

Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene

Rev. RENE, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 1-167, abr./jun.2008

Publicação da Rede de Enfermagem do Nordeste/Departamento de Enfermagem/UFC

A **Rede de enfermagem do Nordeste – RENE** foi criada em 24 de novembro de 1994, através do “Termo Aditivo ao Convênio de Protocolo de Integração do Nordeste – PINE”, assinado pelos Reitores das Universidades Federais, Estaduais e particulares do Nordeste do Brasil, e visa contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem da Região Nordeste, objetivando o fortalecimento do ensino, da pesquisa e da extensão; apoiar o desenvolvimento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para a Região Nordeste- PROPREENE.

RENE

PRESIDENTE

BERTHA CRUZ ENDERS

VICE-PRESIDENTE

TELMA RIBEIRO GARCIA

PÓLO I

Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso/UFC

Nair Portela Silva Coutinho/UFBA

Inez Sampaio Nery/UFPI

PÓLO II

Bertha Cruz Enders/UFRN

Telma Ribeiro Garcia/UFPB

Lígia Maria de Almeida/UNESCO

PÓLO III

Cristina Maria M. de Melo/UFBA

Maria Jésia Vieira/UFSE

Célia Rosendo Alves/UFAL

CONSELHO EDITORIAL

Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso/UFC

Lorita Marlena Freitag Pagliuca/UFC

Maria de Nazaré de Oliveira Fraga/UFC

Maria Salete Bessa Jorge/UECE

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos/UNIFOR

BIBLIOTECÁRIA

Norma de Carvalho Linhares

PROJETO GRÁFICO

Carlos Alberto Alexandre Dantas

CAPA

Geraldo Jesuino da Costa

PERIODICIDADE

Trimestral

Indexação

A **Rev. Rene** é indexada nas seguintes bases de dados:

Internacionais

CUIDEN – www.index-f.com

LILACS – www.bireme.ops.oms.org

CINAHL – www.cinahl.com

Periódica – Índice de Revistas Latino-Americanas en Ciencias

Nacionais

BDENF

Afiliação – Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)

Tiragem – 400 exemplares

Endereço

Universidade Federal do Ceará

Departamento de Enfermagem

Rede de Enfermagem do Nordeste

Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo

60430-160 – Fortaleza-CE – Brasil

Fone: (0*85)3366.8453

Fax/fone.: (0*85) 3366.8451 / 3366.8456

E-mail: revistarene@hotmail.com ou rene@ufc.br

Rev. Rene: revista da rede de enfermagem do nordeste. / Rede de Enfermagem do Nordeste.
Vol. 9, n. 2 (abr./jun. 2008) – Fortaleza [CE]: A Rede, 2000-

V.

Trimestral

ISSN 1517-3852

1. Enfermagem – Periódicos. I. Rede de Enfermagem do Nordeste. II. Protocolo de Integração do Nordeste. III. Programa de Pós-graduação da Rede de Enfermagem.

CDU 616-083 (05)

Sumário

EDITORIAL

DIVULGAÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

DIVULGATION OF NURSING KNOWLEDGE

DIVULGACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO

7

ARTIGOS ORIGINAIS

RELAÇÕES FAMILIARES ANTE OS VALORES E COSTUMES EM DIFERENTES ETNIAS

FAMILIAR RELATIONSHIP BEFORE VALUES AND CUSTOMS IN DIFFERENT ORIGINS

RELACIONES FAMILIARES FRENTE A LOS VALORES Y LAS COSTUMBRES EN DIVERSAS ETNIAS

SONIA SILVA MARCON

FABIANA MAGALHÃES NAVARRO

LILIANA YUKIE HAYAKAWA

MÁRCIA GLACIELA DA CRUZ SCARDOELLI

MARIA ANGÉLICA PAGLIARINI WAIDMAN

9

AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL: CARACTERIZAÇÃO DA ADESÃO DE USUÁRIOS AO AGENDAMENTO

PSYCHIATRIC OUTPATIENT IN GENERAL HOSPITAL: CHARACTERIZATION OF USER'S APPOINTMENT COMPLIANCE

POLICLÍNICA DE PSIQUIATRÍA EN HOSPITAL DE CLÍNICAS: CARACTERIZACIÓN DE LA ADHESIÓN DE USUARIOS A MARCAR CONSULTA

KELLY GRAZIANI GIACCHERO

ADRIANA INOCENTI MIASSO

20

O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA ESTOMIZADA NA PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE

THE NURSING CARE TO OLD PEOPLE WITH OSTOMY IN THE PERSPECTIVE OF COMPLEXITY

EL CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA PERSONA ANCIANA OSTOMIZADA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA COMPLEJIDAD

EDAIA NE JOANA LIMA BARROS

SILVANA SIDNEY COSTA SANTOS

ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

28

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: PERCEPÇÕES DE MULHERES AO PRIMEIRO EXAME E ATITUDES PROFISSIONAIS

UTERUS' CANCER PREVENTION: WOMEN'S PERCEPTIONS TO THEIR FIRST EXAMINATION AND THE PROFESSIONAL PERFORMANCE

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO: PERCEPCIONES DE LAS MUJERES EN EL PRIMER EXAMEN Y ACTITUDES PROFESIONALES

IVNA GIOVANA DA SILVA SOUSA

ESCOLÁSTICA REJANE FERREIRA MOURA

NANCY COSTA DE OLIVEIRA

KYLIA GARDÊNIA TORRES EDUARDO

38

PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE MAMA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO CEARÁ
PROFILE OF PATIENTS WITH BREAST CANCER IN A HOSPITAL REFERENCE IN CEARÁ
PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN CEARÁ

CARLA MONIQUE LOPES MOURA
JOSÉ GOMES BEZERRA DA SILVA
ANA FÁTIMA CARVALHO FERNANDES
DAFNE PAIVA RODRIGUES

47

PERCEÇÃO DAS MÃES SOBRE ALEITAMENTO EM PREMATUROS DA UNIDADE CANGURU DE UMA MATERNIDADE DE FORTALEZA-CE

MOTHERS PERCEPTION ABOUT BREASTFEEDING IN PREMATURES ATTENDED IN THE KANGAROO UNIT OF A MATERNITY IN FORTALEZA – CE

PERCEPCIÓN DE LAS MADRES SOBRE AMAMANTAR PREMATUROS EN LA UNIDAD CANGURO DE UNA MATERNIDAD DE FORTALEZA – CE

KARLA MARIA CARNEIRO ROLIM
ANA FERREIRA VIDAL
MONALISA ABRANTE MARIANO
ANTONIA DO CARMO SOARES CAMPOS
MIRNA ALBUQUERQUE FROTA

54

AValiação DO USO DE ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR DE PARTURIENTES

NON PHARMACOLOGICAL STRATEGIES EVALUATION IN PARTURIENTS' PAIN RELIEF

EVALUACIÓN DEL USO DE ESTRATÉGIAS SIN FÁRMACOS PARA ALIVIAR EL DOLOR DE PARTURIENTAS

REJANE MARIE BARBOSA DAVIM
GILSON DE VASCONCELOS TORRES

64

INDICADORES CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO ESTADO NUTRICIONAL REGISTRADOS NUM CENTRO DE PARTO NATURAL

NURSING DIAGNOSIS CLINICAL INDICATORS RELATED TO THE NUTRITIONAL STATE

INDICADORES CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS AL ESTADO NUTRICIONAL

ADRIANA LIMA SALES
MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA LOPES

73

CAUSAS E CARACTERÍSTICAS DA RESISTÊNCIA À VASECTOMIA EM HOMENS

CAUSES AND CHARACTERISTICS OF MEN'S RESISTANCE TO VASECTOMY

CAUSAS Y CARACTERÍSTICAS DE LA RESISTENCIA A LA VASECTOMÍA EN LOS HOMBRES

KARLA DE ABREU PEIXOTO MOREIRA
AURÉLIO ANTÔNIO RIBEIRO DA COSTA
MICHELL ÂNGELO MARQUES ARAÚJO
MARIA VERACI OLIVEIRA QUEIROZ

82

CATETERIZAÇÃO VENOSA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-UTI PEDIÁTRICA

VEIN CATHETERIZATION: PEDIATRIC ITU NURSING ASSISTANCE

CATETERIZACIÓN VENOSA: ATENCIÓN DE ENFERMERIA-UVI PEDIÁTRICA

MARIA IVONEIDE VERÍSSIMO DE OLIVEIRA
MARIA GORETTE ANDRADE BEZERRA
VANESSA RAMOS PEREIRA

90

A INSERÇÃO DA PRECEPTORIA NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TUTORING INSERTION IN THE UNDERGRADUATE NURSING COURSE

LA INSERCIÓN DEL PRECEPTOR EN EL CURSO DE GRADUACIÓN EN ENFERMERÍA

EVANILDA SOUZA DE SANTANA CARVALHO

NORMA CARAPIA FAGUNDES

98

ANÁLISE DAS DISSERTAÇÕES E TESES DE ENFERMAGEM SOBRE ESTOMIAS, BRASIL, 1979-2005

ANALYSIS OF NURSING DISSERTATIONS AND THESIS ON OSTOMY WOUNDS, BRAZIL, 1979-2005

ANÁLISIS DE LAS DISERTACIONES Y TESIS DE ENFERMERÍA SOBRE OSTOMÍAS, BRASIL, 1979-2005

ADRIANA KARLA SILVA

THEREZA MARIA MOREIRA MAGALHÃES

MARIA EURIDÉA DE CASTRO SILVA

CONSUELO HELENA AIRES DE FREITAS LOPES

MARIA SALETE BESSA JORGE

106

ARTIGOS DE REVISÃO

REVISÃO DA LITERATURA SOBRE FRAGILIDADE E SUA RELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO

REVIEW ON LITERATURE ABOUT FRAGILITY AND THEIR RELATIONSHIP WITH AGEING

REVISIÓN DE LA LITERATURA ACERCA DE LA FRAGILIDAD Y SU CORRELACIÓN CON EL ENVEJECIMIENTO

SUZELE CRISTINA COELHO FABRÍCIO

ROSALINA APARECIDA PARTEZANI RODRIGUES

113

O ENFERMEIRO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÃO PARA A MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL

THE NURSE AND FAMILY HEALTH STRATEGY: CONTRIBUTION FOR ASSISTENCIAL MODEL CHANGE

EL ENFERMERO Y LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: CONTRIBUCIÓN PARA EL CAMBIO DEL MODELO ASISTENCIAL

ROBERTA KALINY DE SOUZA COSTA

FRANCISCO ARNOLDO NUNES DE MIRANDA

120

ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AO SUS: FRAGMENTOS HISTÓRICOS E DESAFIOS ATUAIS

ACCESSIBILITY OF DISABLED PEOPLE TO THE SUS: HISTORICAL FRAGMENTS AND CURRENT CHANGES

POSIBILIDAD DE ACCESO DE LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA AL SUS: FRAGMENTOS HISTÓRICOS Y RETOS ACTUALES

INACIA SÁTIRO XAVIER DEFRANÇA

LORITA MARLENA FREITAG PAGLIUCA

129

ARTIGOS DE REFLEXÃO

UMA OLHADA QUALITATIVA SOBRE O CUIDADO INTEGRAL EM INFECÇÕES HOSPITALARES

QUALITATIVE GLANCE ON TOTAL CARE IN HOSPITAL INFECTIONS

UNA MIRADA CUALITATIVA DEL CUIDADO INTEGRAL EN INFECCIONES HOSPITALARIAS

NORA MARGARITA JACQUIER

LUISA DS SANTOS

JORGE HUGO CENTENO

138

O ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
DOMICILIARY HEALTHCARE AND PUBLIC HEALTH POLICIES
EL CUIDADO DOMICILIAR Y LAS POLITICAS PÚBLICAS EN LA SALUD

SORIANE KIESKI MARTINS
MARIA RIBEIRO LACERDA

148

VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: ESTUDO REFLEXIVO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS
VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS: REFLECTIVE STUDY ON PUBLIC POLICIES
VIOLENCIA CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTES: REFLEXIÓN SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

QUITÉRIA CLARICE MAGALHÃES CARVALHO
MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO
MARIA JOSEFINA DA SILVA
VIOLANTE AUGUSTA BATISTA BRAGA
MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO

157

RESUMO DE DISSERTAÇÃO

APLICAÇÃO E VALIDAÇÃO DA BREASTFEEDING SELF – EFFICACY SCALE – SHORT FORM (BSES-SF) EM PUÉRPERAS

APPLICATION AND VALIDATION OF BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE - SHORT FORM (BSES-SF) IN POSTNATAL MOTHERS

APLICACIÓN Y VALIDEZ DE LA BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE-SHORT FORM (BSES-SF) EN PUÉRPERAS

REGINA CLÁUDIA MELO DODT

165

Editorial

DIVULGAÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

DIVULGATION OF NURSING KNOWLEDGE

DIVULGACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

O conhecimento em enfermagem vem a cada dia sendo aprofundado e aperfeiçoado, uma vez que se observam diversificação dos temas pesquisados, referenciais teóricos, tipos de estudos e a busca pela vinculação com temas emergentes. Com isso, a sua divulgação se faz útil e necessária perpassando por vários caminhos para que alcance os canais de comunicação, com o intuito de fornecer à sociedade o que há de inovador e relevante para a área em estudo.

Os periódicos científicos consagram-se com uma das formas escolhidas para que o consumidor de pesquisa seja informado da crescente demanda de produção de conhecimento. Na enfermagem, percebe-se que, embora tenham ocorrido avanços na quantidade e qualidade dos periódicos da área, com importantes indexações no contexto nacional e internacional, ainda é visível o quanto ainda tem-se que percorrer para que esses periódicos sejam considerados de grande impacto para a comunidade científica mundial. O caminho a seguir apresenta-se com forte vinculação a quais bases de dados o periódico está indexado, sua inserção nacional e internacional, política editorial, qualidade e tipos de artigo, sendo os originais e inéditos aqueles de maior prioridade.

A Rev. Rene, assim como outros periódicos, vem lutando para se enquadrar nos critérios exigidos para sua ascensão. Sabe-se que ainda tem-se que caminhar muito, mas o esforço conjunto dos que a compõem, ou seja, os membros do Conselho Editorial, os pareceristas Ad-Hoc, a secretaria, os revisores, os responsáveis pela diagramação e impressão, e em parte os próprios assinantes são munidos de força, compromisso e vontade para o alcance de outros patamares, objetivando qualidade, regularidade e pontualidade em seus números.

Mudanças são requeridas a cada ano e a Rev. Rene, em 2008 passou a ser um periódico trimestral, iniciando um sistema de submissão e administração de artigos “on line” visando maior agilidade, praticidade e dinamicidade, permitindo menor tempo para submissão de artigos, mostrando o aprimoramento de sua política editorial e, vem trabalhando para obter novas indexações em base de dados nacionais e internacionais para que obtenha maior visibilidade. Classificada como Internacional C, e embora se saiba que em breve será divulgado o novo QUALIS CAPES e, conseqüentemente, se espera a divulgação dos próximos critérios que nortearão os comportamentos e atitudes dos editores dos periódicos, é mister enfatizar que se existirem esforços conjuntos entre todos que compõem os atores no cenário da produção e divulgação do conhecimento em enfermagem, a compreensão e prática dos elementos desafiadores para a melhoria dos periódicos se dará com maior força. Com certeza, a Rev. Rene continuará sua missão e agradece a todos que compartilham de seu processo de existência a cada número lançado.

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO
Presidente do Conselho Editorial

RELAÇÕES FAMILIARES ANTE OS VALORES E COSTUMES EM DIFERENTES ETNIAS*FAMILIAR RELATIONSHIP BEFORE VALUES AND CUSTOMS IN DIFFERENT ORIGINS**RELACIONES FAMILIARES FRENTE A LOS VALORES Y LAS COSTUMBRES EN DIVERSAS ETNIAS*SÔNIA SILVA MARCON¹FABIANA MAGALHÃES NAVARRO²LILIANA YUKIE HAYAKAWA³MÁRCIA GLACIELA DA CRUZ SCARDOELLI⁴MARIA ANGÉLICA PAGLIARINI WAIMAN⁵

Realizamos o presente estudo, com o objetivo de investigar o conceito de família presente em diferentes etnias e apontar tradições culturais que se constituem em indicadores de preservação e manutenção cultural. Para tanto, optamos por um estudo do tipo exploratório descritivo de natureza qualitativa, com o uso de um questionário semi-estruturado. Os informantes do estudo foram dez indivíduos das etnias japonesa, portuguesa, alemã, italiana e árabe, que constituíram família no Brasil. Os entrevistados foram escolhidos dentro das respectivas comunidades existentes na cidade de Maringá/Paraná. Observamos que todos os entrevistados visam ao bem familiar, e tentam conviver e transmitir aos seus descendentes valores e costumes herdados, tanto no que diz respeito a própria etnia quanto a valores éticos e espirituais.

PALAVRAS-CHAVE: Família; Grupos étnicos; Cultura; Relações familiares.

The present study was carried through, with the objective of investigating the concept of family which is present in different origins and highlights cultural traditions that consist of indicators of cultural preservation and conservation. Thus, we decided for the descriptive exploratory study of qualitative nature, with the use of a semi-structured questionnaire. The informers of the study were two individuals from the Japanese, Portuguese, German, Italian and Arab origins who set up their families in Brazil. The interviewed people were chosen from the respective existing communities in the city of Maringá/Paraná. We could observe that all the interviewed people aimed for the family well being and tried to coexist and to transmit to their descendents values and inherited customs, as far as their own ethnic groups as well as ethical and spiritual values are concerned.

KEYWORDS: Family; Ethnic groups; Culture; Family relations.

Hicimos el actual estudio con el objetivo de investigar el concepto de familia presente en diversas etnias y señalar tradiciones culturales que pasan a ser indicadores de preservación y manutención cultural. Para eso, optamos por un estudio de tipo descriptivo, exploratorio y de naturaleza cualitativa, usando un cuestionario estructurado en parte. Los colaboradores del estudio fueron dos individuos de las etnias: japonesa, portuguesa, alemana, italiana y árabe, que formaron familia en Brasil. Los entrevistados fueron elegidos dentro de las respectivas comunidades existentes en la ciudad de Maringá/Paraná. Observamos que todos los entrevistados velan por el bienestar familiar, e intentan convivir y transmitir a sus descendientes valores y costumbres heredados, tanto en lo que se refiere a la propia etnia como a los valores éticos y espirituales.

PALABRAS CLAVE: Familia; Grupos étnicos; Cultura; Relaciones familiares.

¹ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente dos Mestrados em Enfermagem e Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Coordenadora do Nepaaf (Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família). Rua Jailton Saraiva, 526. Jardim América. Maringá –PR. CEP: 87045-300. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com.

² Fisioterapeuta. Mestranda em Ciências da Saúde na UEM. Docente do curso de Fisioterapia da Unidade de Ensino Superior Ingá (Uningá). Membro do Nepaaf. José Gomes Navarro, 132. Jardim Magnatas. Marialva – PR. CEP: 86990-000. E-mail: navarrofabiana@gmail.com

³ Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde na UEM. Docente do Curso de Enfermagem da Unipar. Rua Mario Clapier Urbinatti, 724, Bl K/08. Jd Universitário. Maringá – PR. CEP: 87020-260. E-mail: lilihayakawa@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na UEM. Enfermeira do Programa Saúde da Família de Campina da Lagoa. Travessa Bela Vista, Quadra A, Lote A, Jardim Fornare, Campina da Lagoa – PR. CEP: 87545-000 E-mail: grajacruz@bol.com.br

⁵ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente do Mestrado em Enfermagem na UEM e membro do Nepaaf. Rua São João, 628/302. Zona 7. Maringá – PR. CEP: 87030-200. E-mail: angelicawaiman@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O Brasil é conhecido como o país das várias culturas, uma vez que se fazem presente diversas etnias que se juntaram no início do século XIX transformando uma parte do país, já que a formação se assentava somente sobre a presença do colonizador lusitano, do escravo-negro e do índio que aqui residia. É possível citar alguns grupos que vieram principalmente da Europa e da Ásia, como o alemão, o árabe, o espanhol, o italiano, o japonês, dentre outros, fortalecendo ainda mais a miscigenação no país.

Frente a isso, podemos observar claramente os hábitos e culturas de vários povos, seja na forma de educar, falar e vestir, que mesmo com as influências das demais etnias que vivem no Brasil, seguem buscando pela manutenção de sua própria identidade.

Nesta busca da identidade e de tentar mantê-la os indivíduos da mesma origem tendem a formar grupos étnicos mais ou menos organizados, aos quais estão sujeitos, no sentido de que as culturas originais dos imigrantes foram transformadas no contato com a sociedade brasileira em que certos valores culturais e ideológicos desapareceram¹.

A nossa experiência em trabalhar com famílias tem nos mostrado uma lacuna no que se refere à necessidade dos profissionais de enfermagem conhecer em profundidade os hábitos, crenças e valores das famílias no desempenho do cuidado. Acreditamos que conhecer essa realidade ajuda no planejamento do cuidado de enfermagem, tornando as ações, desenvolvidas junto à família, mais próximas da realidade e assim, possivelmente, mais eficazes.

Ao realizar visitas domiciliares em nossos projetos assistenciais verificamos que na cidade de Maringá há uma diversidade importante de culturas e ao contato com as famílias verificamos que isto decorre do fato de elas serem provenientes de diferentes etnias. Assim, para o desenvolvimento deste estudo buscamos como sustentação a teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado de Madaleine Leininger².

Maringá é uma cidade jovem, colonizada na década de 1930-40 por imigrantes de outros estados do Brasil, especialmente mineiros e paulistas e também por estrangeiros que inicialmente haviam se fixado em outras regiões. Assim, a variedade de etnias presente enriquece a cultura

do município por meio da preservação de tradições e folclore. Esses povos, com culturas tão diferentes, e em convívio harmonioso, com suas colônias em regime de pequenas propriedades e associações, fizeram e fazem a grandeza do município, sendo que suas diferenças vieram acrescentar na formação cultural do povo maringaense.

Hoje, a colônia de alemães no município é congregada na Associação Cultural Teuto-Brasileira de Maringá, fundada há 45 anos, a qual tem por intuito fortalecer a cultura alemã, através de encontros tradicionais, realizados anualmente. Entre as famílias italianas, não existe uma associação representativa, mas algumas famílias residem em colônias.

Os japoneses estão em grande número na cidade, pois junto com Londrina constituem as duas cidades paranaenses com maior número de descendentes de japoneses. Na cidade existe uma associação – Acema (Associação Cultural e Esportiva de Maringá) criada há 60 anos que realiza o festival Nipo-Brasileiro – comemorado uma vez ao ano, além de diversas festas e comemorações realizadas com vistas a promover a prática de esportes específicos e a cultura japonesa por meio de torneios esportivos em âmbito nacional. A referência portuguesa concentra-se no Centro Português, um clube privado aberto a toda a comunidade, onde são realizadas anualmente festas típicas da etnia. E os árabes, por sua vez mostram sua força na prática da religião muçulmana, além de valorizarem seus hábitos alimentares mantendo vários restaurantes específicos em que são oferecidos pratos típicos. Cabe destacar que a Mesquita de Maringá constitui um dos pontos turísticos importantes do município.

A importância destas etnias é comprovada não só pelo grande número de descendentes, mas também pela presença de barracas típicas nas duas festas tradicionais do município, a “festa das nações” e a “festa da canção”.

A heterogeneidade da imigração e a intensidade das transformações resultantes do processo de colonização com imigrantes, entre outras coisas, contribuíram para a formação de um pluralismo étnico e cultural, no município, sendo isto, o que mantém de certa forma, alguns valores e símbolos que servem como elementos definidores dos grupos étnicos aqui existentes. Dentre os símbolos da etnicidade de cada grupo que marcam respectivamente as identidades étnicas destacam-se, principalmente, a manutenção da lín-

gua materna, ainda falada por parcelas significativas de cada grupo de descendentes de imigrantes, e a manipulação de critérios etnocêntricos, no sentido de estabelecer os limites sociais entre os diferentes grupos².

O cuidado cultural em seus conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais pode ser utilizado de forma diferente (diversidade) e similar (universalidade) e estas formas são comuns em todas as culturas do mundo, em que cada cultura tem sua própria maneira de cuidar, a qual é influenciada pela linguagem, religião, contexto político-social e econômico, educação e pelo ambiente². Assim, cada indivíduo, grupo ou família desenvolve o cuidado com base no contexto em que vive, ou seja, de acordo com suas crenças, valores, costumes, modo de vida, entre outros.

Oferecer cuidado compatível com as crenças, valores e modo de vida dos indivíduos diminui os conflitos culturais, o estresse e as preocupações ético – morais², e isto reflete nos resultados que poderão ser alcançados para que a enfermagem possa oferecer a sua clientela um cuidado humanístico e que satisfaça as suas necessidades³.

Um aspecto que está relacionado à construção de valores, costumes, crenças e símbolos, resultante dos saberes provenientes da família de origem e do ambiente sociocultural, é o reconhecimento da base em que ela foi construída e é sustentada, por isso o profissional precisa estar atento ao ambiente no qual a família e o indivíduo está inserido e perceber o que norteia as ações familiares. Assim, para conhecer os significados adotados por cada família, é preciso considerar alguns elementos do contexto cultural, tendo em vista que o cuidado familiar se fundamenta no significado que cada família dá a sua vivência e ao seu desenvolvimento durante o processo de viver, já que ele pode ocorrer de forma inter e intrageracionalmente⁴.

Ao trabalhar com famílias que estão inseridas dentro de diferentes contextos socioculturais é preciso compreender a forma como as pessoas expressam ou desenvolvem seus comportamentos de cuidar, sabedores de que este cuidado está diretamente ligado aos padrões culturais em que elas estão inseridas.

Assim, conhecer os rituais de cuidado é de extrema importância para Enfermagem e demais profissionais da saúde, sobretudo em países como o Brasil, onde existe uma

vasta gama de culturas. A enfermagem é uma profissão que necessita conhecer a família e seus valores culturais, pois os enfermeiros oferecem cuidados a pessoas de inúmeras culturas diferentes, embora, quase sempre, não avaliem, nem trabalhem, a partir de uma perspectiva transcultural. Contudo, para ser eficiente, legítima e relevante à diversidade de raças do mundo, a enfermagem e os profissionais precisam se basear no conhecimento e nas habilidades do cuidado transcultural².

A teoria da universalidade propõe três formas para realização do cuidado: preservação do cuidado, acomodação e repadronização². A preservação refere-se àqueles cuidados já praticados por um indivíduo, família ou grupo, que são benéficos ou mesmo inócuos para a saúde. A acomodação são ações e decisões voltadas para assistir, dar suporte, facilitar as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou negociar com provedores de saúde profissionais e a repadronização refere-se às ações e decisões que buscam facilitar, dar suporte, e ajudar indivíduos e grupos a reordenar, trocar ou em grande parte, modificar seus modos de vida para o novo, o diferente, beneficiando os padrões de cuidado à saúde².

O conhecimento de hábitos, padrões e comportamentos nas diferentes etnias auxilia na forma de como se desenvolverá o processo de cuidar, principalmente para verificar que aspectos podem ser preservados, e se há necessidade de acomodação ou repadronização de outros e assim os profissionais estarão mais capacitados a entender certas atitudes e comportamentos de seus clientes, propiciando um cuidado realmente significativo⁵.

Cuidar da família em seu processo de viver respeitando suas crenças e valores exige do profissional de enfermagem o conhecimento da história do indivíduo e da família, saber como vivem, para assim compreender suas necessidades e oferecer um cuidado adequado respeitando a individualidade de cada um. Em razão disto, a predisposição para conhecer e compartilhar o cuidado com a família é extremamente importante, pois demonstra que o profissional tem interesse e sensibilidade à sua vivência, reconhecendo o outro como um ser único inserido no contexto familiar e cultural. Tais legados de cunho genético, sócio-cultural, psicológico e espiritual tendem a se perpetuarem para as gerações seguintes⁶.

Ademais, a família é um sistema formado por pessoas que se relacionam entre si, ligadas por afeto e produção, ou que viveram um processo histórico de vida em comum, mesmo que não sob o mesmo teto. Trata-se então de um grupo de pessoas que interagem entre si, no qual um influencia o outro agindo todos a partir de suas crenças, valores, comportamentos, tradições e modo de pensar^{6,7}.

E é esta família que deve ser vista como parte fundamental na saúde de seus membros, necessitando ser ouvida, valorizada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar. Afinal, a família é a primeira unidade de assistência à saúde, a que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, e que muitas vezes interage com profissionais da saúde⁴.

Com base nas informações até agora arroladas e no fato das pesquisadoras serem descendentes de etnias diversas (italiana, japonesa, portuguesa e alemã) propomos esse estudo, o qual tem como objetivo investigar o conceito de família presente em diferentes etnias e apontar tradições culturais que se constituem em indicadores de preservação e manutenção cultural.

MÉTODO

Estudo do tipo exploratório descritivo de natureza qualitativa, desenvolvido na cidade de Maringá – Paraná. A população de estudo foi formada por 10 pessoas, sendo dois indivíduos de cada uma das etnias mais representativas do município – japonesa, portuguesa, alemã, italiana e árabe.

Os informantes foram escolhidos aleatoriamente, dentro das respectivas comunidades existentes na cidade. Foi realizado um contato prévio com os prováveis participantes por telefone, para agendar uma visita. Os dados foram coletados no mês de junho de 2006, por meio de entrevista semi-estruturada. O roteiro de coleta de dados foi composto por questões de identificação do entrevistado, a compreensão de família, a ligação com a cultura de origem/etnia e os hábitos e costumes familiares ligados a vivência do dia-a-dia.

Durante a interação com os informantes, evitamos qualquer atitude que gerasse constrangimentos ou tensões

bem como procuramos manter respeito a crenças e valores dos (as) mesmos.

Após a coleta dos dados, as entrevistas foram enumeradas com as iniciais da etnia de cada entrevistado acrescido de um número indicando a ordem em que foram incluídos no estudo (PO1, PO2, JA1, JA2, AL1, AL2, AR1, AR2, IT1, IT2). Os depoimentos foram transcritos e analisados segundo a técnica da análise de conteúdo⁸ resultando em duas categorias temáticas: A família na visão dos diferentes grupos étnicos e Preservação e mutação cultural: estratégias das famílias para manter vínculos e subcategorias que foram construídas por semelhança.

Foram levados em consideração todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos seguindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assim sendo, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para melhor análise e fidedignidade dos resultados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer nº1155/2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às características dos informantes, verificamos no Quadro 1 que a idade dos entrevistados variou entre 46 e 75 anos, com média de 60 anos. A maior parte (60%) é do sexo feminino e todos casados. Quanto a religião metade são católicos e a outra metade frequentam a Igreja Luterana, Presbiteriana, Budista, Adventista e muçulmana.

Observamos que dos dois entrevistados dentro de cada etnia, apenas os portugueses professam a mesma crença religiosa, pois ambos são católicos. Há algum tempo atrás, no Brasil, existia uma importância da família e da Igreja (catolicismo) para os imigrantes portugueses, principalmente os da primeira geração⁹. Constatamos que eles não se desvinculam das suas origens, valores e raízes, mesmo quando optam por permanecerem no país de acolhimento. Sendo esta dimensão religiosa em relação à fé, considerada como um valor étnico que reforça a identidade do grupo.

QUADRO1 – CARACTERÍSTICAS DOS INFORMANTES DO ESTUDO, POR ETNIA. MARINGÁ – PR, 2006.

Sujeitos	Idade	Sexo	Estado Civil	Religião
AL1	64	Feminino	Casado	Luterana
AL2	68	Feminino	Casado	Adventista
JA1	49	Feminino	Casado	Católica
JA2	50	Feminino	Casado	Budista
PO1	75	Feminino	Casado	Católica
PO2	75	Masculino	Casado	Católica
IT1	56	Feminino	Casado	Católica
IT2	71	Masculino	Casado	Presbiteriana
AR1	46	Masculino	Casado	Católica
AR2	54	Masculino	Casado	Muçulmana

A família na visão dos diferentes grupos étnicos

Na presente pesquisa, questionamos os entrevistados em relação aos membros de sua família, a fim de observarmos quem eles consideram como integrante da mesma e observamos que apenas um participante da etnia alemã (AL1) referiu-se à família somente os indivíduos que residiam sobre o mesmo teto. Os demais consideraram pessoas com algum grau de parentesco, surgindo famílias extensas, conjugadas, nucleares e monoparentais. Ademais, foi possível perceber que, embora o significado do que é família seja individual, essas questões estão ligadas ao momento da vida de cada um e da sua etnia.

“Somos em seis, eu e a minha esposa e meus 4 filhos” (IT-1)

“São os pais, os filhos, os tios né, avós, primos aí vem e vai indo né” (AL-1)

“Os filhos que são três, meus irmãos...faleceu um agora na semana passada (o mais velho). Todos os parentes né, mas é mais os filhos, que a gente se apega mais é os filhos” (AL-2)

A família é uma instituição social básica, que aparece sob as formas mais diversas em todas as sociedades humanas, sendo um grupo caracterizado pela residência em comum e pelo convívio de pais e filhos, isolados ou não

dos demais parentes. A moradia apresenta características que refletem a identidade familiar, mas a família não é apenas um conjunto de pessoas, mas também é caracterizada pelas relações e ligações entre elas¹⁰.

Na verdade, os grupos étnicos além de diferirem acentuadamente em relação à cultura pré-existente eles têm seus comportamentos, crenças e valores associados ao estágio do ciclo de vida que estão vivenciando, o que pode interferir no conceito de família de cada etnia. Por exemplo, nas famílias italianas as festas de casamento, batizados, entre outras, reúnem toda família (parentes próximos e distantes), no entanto nas famílias japonesas as festas são reservadas e com poucas pessoas¹¹. No entanto, neste estudo não encontramos essa diferença na definição de família dessas duas etnias, como a autora acima descreve, significando que muitos costumes brasileiros já foram incorporados na vivência dessas famílias no município de Maringá.

Cada família tem seu mundo próprio, e este é parte do ambiente sociocultural, onde são compartilhados e construídos crenças, valores, significados, práticas e saberes¹². Assim, dentro de cada etnia se constrói um ambiente familiar, com relações construídas em base na cultura vivenciada.

O conceito de família, independente da etnia, mostrou-se bastante arraigado nos termos como união, amor, consideração, compreensão e ajuda mútua. No tocante às prioridades no relacionamento familiar, foram citadas a “união”, “respeito”, “honestidade”, “religiosidade”, “harmonia” e “compreensão”. Observamos que esses valores são comuns ao ser humano, demonstrando que independente da etnia as famílias valorizam questões que envolvem o caráter da pessoa o que direta ou indiretamente interfere nos relacionamentos.

Esses resultados corroboram com os dados encontrados em um estudo no qual foi identificado como aspecto fundamental da convivência familiar, a construção de valores, que ocorrem através de interações entre os membros da família, apontando o respeito e honestidade como sendo valores essenciais para construção do convívio familiar e social¹⁰. Observamos no presente estudo que tais valores foram citados e reafirmados pelos entrevistados como prioridade de um bom relacionamento familiar, mas vimos também que existem outros valores, como a união e a

compreensão, que proporcionam gratificações pessoais e estabelecem as relações na família.

O casamento costumava ser o principal marco de transição para a vida adulta, simbolizava o primeiro passo para a paternidade, atualmente isso tem mudado, pois os filhos, às vezes, aparecem na adolescência e os adultos cada vez mais postergam o casamento e o sair de casa¹¹. Ademais, nos dias atuais a formação familiar não tem o casamento como seu fundamento principal, pois com o passar dos anos essa união sofreu mudanças importantes na sociedade em que vivemos.

Observamos que todas as etnias referiam que na época de seus avós, se priorizava casar com a pessoa da mesma etnia (endogamia), devido aos costumes e hábitos característicos, mas hoje todos miscigenaram, não existindo mais esta prioridade. O casamento pode ser compreendido a partir de duas formas, a primeira, pela escolha do sujeito com base no amor romântico e a segunda caracterizada pela escolha cultural quando parentes e a própria sociedade interferem no casamento, determinando acordos conjugais em virtude da manutenção de costumes e tradições¹³. Esse segundo tipo de casamento era muito comum nas primeiras décadas do século XX no Brasil¹³, demonstrando assim que essa forma de pensar dos antepassados dos entrevistados era comum também em famílias brasileiras.

Mesmo os japoneses e alemães, que demonstravam maior importância ao fato de se manter a mesma cultura, todos relatam que hoje existe uma maior liberdade.

“Antes se cobrava casar com alemão, mas meus parentes já casaram todos com brasileiros, porque antigamente existia muito racismo, agora não mais” (AL-2)

“Eu queria um casamento tradicional, que minha filha casasse com japonês, mas ela não quer, então ela que vai escolher...” (JA – 1)

Se considerarmos a escolha do cônjuge como um início importante para entender o tipo de socialização aberta ao indivíduo e às famílias imigrantes, é preciso observar que uma tradição cultural comum não foi suficiente para unir as pessoas. Isto porque o processo de integração a um meio urbano, trabalho e mudanças de

hábitos de vida cotidiana, influenciaram esta desvinculação e miscigenação entre as culturas imigrantes. É interessante observar que no Brasil isso também aconteceu por causa da própria evolução da família, dos conceitos, aspirações, etc. Portanto, são mudanças decorrentes não somente da cultura e etnia, mas da própria inserção da mulher no mercado de trabalho, da globalização, pós-modernidade, entre outros.

Preservação e mutação cultural: estratégias das famílias para manter vínculos

A etnicidade influencia o pensamento, sentimentos e comportamentos de uma família/comunidade de maneiras óbvias e sutis, consciente ou inconscientemente. Essa etnicidade está relacionada à condição de vida numa combinação que envolve a raça, a religião e a história cultural, está impregnada na forma de ser e viver em família que varia de acordo com o apego às tradições passadas, à religiosidade, ao envolvimento no ambiente social, entre outros¹¹.

Convivência em sociedade

Quando questionamos sobre a vivência em sociedade e o ciclo de amizades, observamos que entre os alemães existia muito preconceito, por isso priorizavam amizades apenas com alemães, mas hoje, como eles mesmos percebem, estão mais abertos e acolhedores a outras raças e etnias. Os japoneses por sua vez, sempre estimularam e ainda mantêm maiores laços de amizades com pessoas da mesma origem e cultura, pois existe um incentivo desde crianças para estarem sempre no meio de outros japoneses e manter estes laços de amizades. Tal fato reflete na união que existe entre a raça japonesa, que se mostra na ajuda mútua, organização de festas tradicionais e estímulo à aprendizagem da língua.

Descendentes de origem asiática, principalmente indivíduos da raça japonesa, mantêm traços culturais comuns relacionados com a valorização da família e a preservação de sentimentos de união entre seus semelhantes¹⁴. Já os árabes demonstraram dar muito valor à amizade e mesmo que esta seja diversificada, se tornam verdadeiros anfitriões/amigos.

“É importante manter laços com japoneses, mas não só japoneses. É preciso ter afinidade, mas os pais sempre influenciam as crianças a terem amigos japoneses...” (JA – 1)

“Quando nos identificamos com alguém, nos tornamos amigos de verdade e com pessoas de qualquer raça....” (AR – 2)

A família não é uma unidade isolada, mas uma unidade integrante da sociedade, por isso estabelece ligações com outras pessoas e unidades sociais que estão além de seu grupo⁹. Desta forma, o ciclo de amizades é peça fundamental do viver em família e podemos observar que algumas etnias mantêm mais fortemente estes laços de amizade.

“Quando morava em Santa Catarina tinha muita convivência com alemães, só alemães, mas depois que eu mudei para cá tenho amizade com todo mundo...” (AL-1)

“Não havia escolhas... quando morávamos em Tupã, em Estado de São Paulo, nós morávamos em um lugar que tinha uma loja muito grande que era de italianos, próximo ali tinha uma outra família que eram mineiros que praticamente foi quem ajudou a criar um dos meus irmãos. Aí nos mudamos para o alto da cidade, e lá tinha uma família de japoneses então o que que eu fazia... eu brincava o dia inteiro com os filhos dos japoneses, as vezes até eu almoçava com eles e eu tomava banho até no ofuro. Então eu acho que você ter assim, um tipo de vida que você tem que ter uma barreira assim de ter que escolher amizades não é correto e nossos filhos também foram criados assim. Eu tive um amigo que era preto que trabalhava comigo, e era como um irmão para mim” (IT-1)

“Nunca exigi que meus filhos fossem amigos somente de descendentes, mas, parece engraçado, os melhores amigos dos meus filhos, aqueles que são confidentes, que vem aqui em casa a hora que for, que choram juntos, são japoneses. Acho deu sorte das afinidades acontecerem assim... mas não foi nada premeditado e nem imposto... aconteceu!” (JÁ-2)

Tradição alimentar: da preservação ao compartilhamento

As festas tradicionais e costumes característicos da própria raça encontram-se permanentes e marcantes nas etnias japonesa e árabe, – os japoneses com suas festas tradicionais e comidas típicas, apresentação de danças e incentivo à música, e os árabes mantendo costumes em todas as reuniões e festas familiares. Estas duas etnias são as que mantêm o costume de saborear com maior frequência seus pratos típicos. Já nas demais este aspecto não é mais observado com tanta nitidez, revelando um entrelaçamento de hábitos alimentares e uma forte influência destas cozinhas na comida brasileira e vice-versa, levando-nos a inferir que a pizza e o macarrão fazem parte do nosso cotidiano.

“Toda reunião tem festa, com muita comida típica, muita dança, tocando o Durbak.... comemos, kibe cru, assado ou frito, charuto, coalhada, este é nosso hábito...” (AR – 2)

“No Clube tem festival nipo-brasileiro, com comidas típicas, danças e músicas... gostamos de comidas mais típicas, bastante verdura, legumes, aji no moto, peixe cru e menos sal...” (JA – 1)

“Às vezes faço grão de bico, bacalhau, mas como os filhos nasceram aqui, eles gostam de arroz e feijão, carne, macarrão, então é isso que fazemos para as refeições” (PO – 1)

Observamos pelas falas dos entrevistados que os japoneses são os que mais preservam a tradição relacionada aos costumes, principalmente em relação à alimentação e participação de reuniões de clubes e festas típicas. Mas, de uma forma geral, cada grupo cultural transmite as suas práticas alimentares por meio do ensinamento aos mais jovens, o que acontece de geração para geração. Neste sentido, a cultura de uma sociedade tende a ser semelhante em muitos aspectos. Esta continuidade é mantida pelo processo de enculturação, que é a aprendizagem na qual a geração mais velha exerce, premiando ou punindo. Muitos hábitos alimentares são assim transmitidos às novas gerações. Esta transmissão é, na maior parte das vezes, um

ensinamento informal, adquirido na partilha das refeições com familiares e amigos. No entanto, a replicação dos padrões culturais nunca é completa.

O processo de transmissão da cultura ou de parte dela se deve pela relação do indivíduo com o território geográfico e social que o cerca e os vínculos que ligam o imigrante ao país de origem, quais sejam, os laços familiares e de amizade, os costumes e tradições e as questões políticas¹⁵. Neste estudo verificamos que os costumes e as tradições demonstraram ser o vínculo que mais liga os entrevistados a sua origem.

Procurar manter o contato é a estratégia utilizada pelos integrantes da família para preservação de relacionamentos, se mostrando através dos rituais familiares, quando destacamos principalmente a reunião dos membros ao redor da mesa para refeição. Este reunir em família é uma estratégia para promover a aproximação entre os membros, assim algumas famílias priorizam o fato de se reunir ao redor da mesa em uma determinada hora do dia, um dia da semana ou apenas em datas comemorativas¹⁰.

“No domingo aqui em casa, reúne todo mundo, os filhos, netos, namorado de neta... parece uma festa” (IT – 1)

“Cada domingo o almoço é na casa de um de um filho, uma filha. Todos participam, se querem sair, almoça e depois sai, mas almoçar juntos é sagrado... um leva uma sobremesa, outro um prato qualquer e a gente almoça todos” (PO – 1)

Quando a família estrutura sua convivência com base nos valores que considera importante, como a culinária, festas tradicionais e típicas, costumes, entre outros e comunga destes mesmos valores, reconhecendo sua importância para a convivência familiar, eles demonstram um comportamento baseado num modelo positivo, isto é, geram um modo de convivência que pode ser reproduzido. Por outro lado, quando não há comunhão de valores e as pessoas agem de forma distinta, reflete um modelo negativo, ou seja, uma convivência conflituosa e desgastante para todos os membros da família¹⁰.

O padrão cultural de origem de cada etnia não é total e completamente repetido por gerações sucessivas

porque novos padrões são continuamente acrescentados como, por exemplo, mediante o contato com outras culturas¹⁶. Por isso, a partir dos resultados aqui encontrados, podemos dizer que os hábitos alimentares são simultaneamente resistentes e abertos à mudança e esta evolução acompanha o dinamismo de cada sociedade. Dessa forma, verificamos que as etnias japonesa e árabe são as que também cultivam maior número de tradição e costumes. Os japoneses com seu ritual do dia de finados e as comidas essenciais do ano novo. Os árabes com a forma de receber os amigos na fatura para recepcioná-los da melhor maneira possível.

A linguagem

Verificou-se em todas as etnias do estudo, que houve um grande interesse em se cultivar a língua original, mas com as novas gerações e influência do português brasileiro este, foi deixado de lado na maioria das etnias. Apenas os mais velhos procuram manter o contato com sua língua de origem.

“Quando minha mãe era viva, só falava alemão, agora minha irmã é a única que fala e meus sogros, os filhos não sabem falar e nem entender...” (AL – 1)

“Meus pais só falam em japonês em casa, eu entendo e falo, mas não escrevo e minha filha estuda língua japonesa.” (JA – 1)

“Eu aprendi dos meus pais e até ensinei para os meus filhos quando pequenos, mas devido às misturas, não teve como manterem a língua...” (IT – 2)

Observamos, mais uma vez, que as famílias de descendência japonesa são aquelas que mais preservam a língua original e tendem a manter isso junto às novas gerações, como no exemplo acima que a neta, terceira geração, procura estudar a língua de origem dos avós.

A partir dos dados aqui demonstrados, é possível afirmar que as famílias pesquisadas estruturam sua convivência com base nos valores que consideram importan-

tes para o viver comum, transmitindo-os como parte do legado familiar no processo educativo de seus filhos. Assim, questionamos os entrevistados em relação à aceitação de todos os costumes e hábitos pelos filhos. Neste caso, constatamos que a grande maioria referiu nunca ter tido problema algum quanto a esta aceitação, somente um entrevistado português relatou que os filhos não gostavam da forma com que o avô os repreendia na frente de outras pessoas.

Quando os membros da família comungam dos mesmos valores e compreendem sua importância para conviver em família, eles apresentam comportamentos que indicam um modelo positivo, ou seja, um modo de convivência que pode ser reproduzido. Deste modo, de geração em geração, os valores familiares são transmitidos e incorporados pelos membros de cada nova formação familiar¹⁰.

REFLETINDO SOBRE ETNIAS E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nos serviços de saúde são encontradas pessoas das mais diversas etnias e, um dos grandes desafios da atualidade, para os profissionais de saúde, constitui-se em articular a igualdade e a diferença, a base cultural comum e expressões de pluralidade social e cultural¹⁷. A idéia de globalização, segundo a qual as fronteiras culturais seriam derrubadas e todos fariam parte de um mundo como cidadãos planetários, com linguagens gerais, homogêneas e as expressões particulares, seriam extintas pela imposição cultural¹⁸. Contudo, percebemos que as peculiaridades de cada cultura e as multiculturas presentes em cada comunidade têm apontado várias possibilidades e elementos que fundamentam essa reflexão, tanto para a superação com a imposição de culturas globalizadas, quanto para a manutenção quando as famílias fazem questão de manter rituais, valores e costumes de seus antecedentes.

Pensando no cuidado de enfermagem à família de diferentes culturas e etnias destacamos ser importante que o enfermeiro esteja preparado para o desempenho deste e para isso os pressupostos da teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado de Leininger² podem ajudar na estruturação do mesmo. Acreditamos que ao desempe-

nhar o cuidado é preciso em alguns momentos, haver negociação e adequação, pois ao aproximar o mundo do profissional ao do cliente/família é preciso levar em consideração o contexto real, para assim, efetivar as formas de cuidar, preservando ou repadronizando o cuidado desenvolvido na família¹⁹.

Neste contexto, se torna necessário compreender como se dá o processo de relacionamento nas famílias, para que se possa buscar um trabalho profissional que seja mais adequado a cada situação, e isso envolve a compreensão de valores, crenças, normas e práticas da vida daquela comunidade e o profissional, especialmente o enfermeiro, precisa apreender que estes são decorrentes do aprendizado que foi partilhado e transmitido por várias gerações e que eles, de alguma forma, orientam o pensamento, as decisões e as ações, de forma particular as relacionadas a saúde, daquele grupo.

Assim, todos os profissionais de saúde necessitam ter o mínimo de conhecimento da cultura de origem dos seus clientes, a fim de permitir a sua articulação na esfera da relação dialógica, para que se possa agir e também prever o comportamento das pessoas em determinadas situações²⁰. Acreditamos que isto possibilita ao profissional a compreensão da vida, tanto em sua objetividade quanto na subjetividade, e isto muitas vezes, caso não seja levado em consideração, pode prejudicar o relacionamento e a ação do profissional com a família.

Já que o Brasil congrega várias etnias e estas preservam, total ou parcialmente, seus valores, enquanto profissionais precisamos entender a família no contexto do processo migratório e de seu papel na transmissão de tais valores. A forma de cuidar da família pode estar relacionada a sua cultura, por isso o profissional precisa enxergar/ver a família como mantenedora dos costumes relacionados a casamentos, batizados, festas religiosas e outros rituais presentes em sua cultura de origem. Neste estudo verificamos que algumas famílias mantêm as tradições relacionadas a esses rituais, outras, porém, referiram mudanças, tanto nos costumes, quanto nas crenças e valores.

Outro fato importante que o profissional precisa compreender e levar em consideração ao cuidar dessas famílias é a sua dinamicidade, ou seja, ela muda e se adapta aos movimentos históricos e se transforma à medida que a

sociedade se modifica e que estas mudanças acabam interferindo na função e estrutura da família¹.

Desta forma, à medida que vamos compreendendo o significado das ações estabelecidas por cada cultura, enquanto profissionais, temos a possibilidade de aceitar os múltiplos valores e crenças que advêm das diversas camadas sociais, com as quais trabalhamos no cotidiano, respeitando suas diferenças de modo a perceber cada família na sua unicidade e todas na diversidade do cuidar.

Sendo assim, cabe aos profissionais da saúde, encontrar formas de compreender e respeitar o contexto cultural dos grupos com quem trabalha, os valores familiares, e as redes e suporte sociais destes, de modo que possa cuidar de forma coerente – aceitando cada pessoa e sua família como elas são. Os profissionais de saúde precisam pensar que eles fazem parte da rede social das famílias a quem atendem e podem, na medida do possível, contribuir para o estreitamento de relações dessas famílias com a equipe de saúde e com a comunidade em que vivem.

Enfim, trabalhar com famílias exige do profissional ações coerentes com os contextos culturais, sociais e econômicos de cada família e de cada grupo étnico, de forma a compreender suas características, necessidades e expectativas, sabendo que estas são decorrentes de valores, crenças e particularidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que os imigrantes, em geral, mantêm alguma ligação com a cultura e sociedade de origem, por maiores que sejam as pressões no sentido da assimilação. Muitas vezes guardam sempre alguma forma de identificação étnica, por mais que os laços com seus países de origem estejam diluídos.

Diante disso, é preciso compreender como se dá o processo de cuidar nas famílias frente a esta diversidade cultural existente para que se possa buscar um cuidado profissional que seja mais adequado à situação, e que o foco deste referencial é o ser humano, na sua unidade e diversidade, na sua totalidade individual e coletiva, em relação recíproca com o meio ambiente natural e social; nas suas expectativas individuais e coletivas; seus sentimentos e sua cultura, em seus valores, suas crenças e práticas de

saúde, sua história de vida; nas suas condições de crescimento e desenvolvimento, e nos seus recursos em todas as dimensões, inclusive afetivas, para o atendimento de suas necessidades de bem viver no mundo, ou seja, seu processo de viver em família e ser saudável.

Ao abordar diferentes grupos étnicos, foi possível identificar como a cultura, os valores, influenciam na maneira da família se adaptar e enfrentar as alterações internas e externas. E conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, dificuldades e esforços, permite ao profissional de saúde e enfermagem oferecer uma melhor e adequada assistência, ou seja, mais congruente às reais necessidades experimentadas por estas famílias.

REFERÊNCIAS

1. Seyferth G. Etnicidade e cidadania: algumas considerações sobre as bases étnicas da mobilização política. *Bol Museu Nacional*; 1990; 42: 1-16.
2. Leininger M. *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press; 1991. 432p.
3. Oriá MOB, Ximenes LB, Alves, MDS. Madeleine leininger e a teoria da diversidade e universalidade cultural do cuidado- um resgate histórico. *Online Braz J Nurs* [online] 2005 [acesso 2006 abr 15] Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm>
4. Elsen I. Desafios da enfermagem no cuidado das famílias. In: Bub L, organizador. *Marcos para prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis:USFC; 1994.
5. Waldow VR. *Cuidar: expressão humanizadora de enfermagem*. Petrópolis: Vozes; 2006.
6. Patrício ZM. Cenas e cenários de uma família: a concretização de conceitos relacionados á situação de gravidez na adolescência. In: Bub L, organizador. *Marcos para prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis:USFC; 1994.
7. Araújo MFM et al. Obesidade infantil: uma reflexão sobre dinâmica familiar numa visão etnográfica. *Rev. Rene*, 2006 abr; 7(1):103-8.
8. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz NO, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2002.

9. Fiss RLRS. A imigração e as associações como forma de manutenção da identidade lusitana – Sul do Brasil. *Rev Eletrônica Geografia Ciências Sociais* 2001; 94(27). [online] [acesso 2006 abr 15]. Disponível em: www.ub.es/geocrit/sn-94-27.htm.
10. Althoff CR. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2ª ed, Maringá: Eduem; 2004. p.29-42.
11. MacGoldrick M, Carter B. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
12. Nitschke RG. *Mundo Imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos*. Pelotas: UFPEL; 1999.
13. Lisboa AV, Carneiro TF, Jablonski B. Transmissão intergeracional da cultura: um estudo sobre uma família mineira. *Psicologia em Estudo* 2007 jan/abr;12(1):51-9.
14. Souza JR, Zagonel IPS, Maftum MA. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. *Rev. RENE* 2007 set./dez; 8(3):117-25.
15. Machado M, Muller KM. Identidade cultural imigrante e o boletim “A família da Pompéia”. *Unirevista*, 2006 jul [acesso 2006 abr 15]; 1(3). Disponível em: http://www.unirevista.unisinos.br/_pdf/UNIrev_MachadoMuller.PDF.
16. Rechembach MT. A refeição em família: um lugar de encontro entre a história da alimentação e da enfermagem. *Cogitare Enferm*, 2004 jul/dez; 9(2): 53-65.
17. Budó MLD, Resta DG. A cultura e as formas de cuidar em famílias na visão de pacientes e cuidadores familiares. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 2004; 26(1):53-60.
18. Candau VM, Lima ACG, Muller AC, Anhorn CTG, Batista GA, Souza MG, et al. Nas teias da globalização: cultura e educação. In: Candau VM, organizador. *Sociedade, educação e cultura: questões e propostas*. Petrópolis: Vozes; 2002. p.13-29.
19. Boehs AE. Análise do conceito de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. *Rev Latinoam Enfermagem*, 2002 jan/fev; 10(1):90-6.
20. Flores Y, Franco MC. *Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem*. Florianópolis: Papa-Livro; 1996. p.120.

RECEBIDO: 08/10/2007

ACEITO: 18/03/2008

AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL: CARACTERIZAÇÃO DA ADESÃO DE USUÁRIOS AO AGENDAMENTO

PSYCHIATRIC OUTPATIENT IN GENERAL HOSPITAL: CHARACTERIZATION OF USER'S APPOINTMENT COMPLIANCE

POLICLÍNICA DE PSIQUIATRÍA EN HOSPITAL DE CLÍNICAS: CARACTERIZACIÓN DE LA ADHESIÓN DE USUARIOS A MARCAR CONSULTA

KELLY GRAZIANI GIACCHERO¹

ADRIANA INOCENTI MIASSO²

Os transtornos mentais e do comportamento são importante causa de morbidade e incapacitação em todo o mundo. O sucesso no tratamento de tais transtornos requer um seguimento prolongado, que hoje tende a se desenvolver em serviços abertos. Esta é uma pesquisa quantitativa de cunho descritivo, retrospectiva e transversal cujo objetivo foi caracterizar o seguimento de usuários ao agendamento em um serviço público de psiquiatria ambulatorial do interior do estado de São Paulo no ano de 2004. Para tanto, foi realizada uma análise de dados adquiridos no Serviço de Arquivo Médico do serviço em questão. Os resultados apontaram que 30% dos pacientes faltaram em 50% ou mais dos retornos agendados. Tal achado evidencia que há usuários que não têm adesão satisfatória ao seguimento, o que aponta para a necessidade de investigação de fatores que levam a não-adesão desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos mentais; Assistência ambulatorial; Agendamento de consultas; Psiquiatria.

The mental and behavioral disorders are important causes of morbidity and incapacitation all over the world. The success in the treatment of such disorders require a prolonged follow up, which nowadays tend to be developed in open services. This is a descriptive, retrospective and cross-sectional study that aimed to characterize the users' attendance to consultations at an outpatient clinic psychiatric service in the interior of São Paulo in 2004. Therefore, data were collected from the Medical Filing Service of the institution and subject to analysis. The results showed that 30% of the patients missed 50% or more of the appointments. Such finding evidences that there are users who do not adhere satisfactorily to the follow up, which points to the need of investigating the factors that lead to the non-adherence of these patients.

KEYWORDS: Mental disorders; Ambulatory care; Appointments and Schedules; Psychiatry.

Los trastornos mentales y los de conducta son causas importantes de morbilidad e incapacidad en todo el mundo. El suceso en el tratamiento de tales trastornos requiere un acompañamiento prolongado, que actualmente tiende a desarrollarse en servicios abiertos. Esta es una investigación cuantitativa de tipo descriptiva, retrospectiva y transversal cuyo objetivo fue caracterizar el acompañamiento de los usuarios al marcar consulta en un servicio de psiquiatria de una policlínica situada en el interior de la provincia de São Paulo en el año 2004. Para esto, se realizó un análisis de los datos obtenidos en el Archivo Médico de la institución. Los resultados mostraron que un 30% de los pacientes faltaron en 50% o más de los retornos constados. Los resultados evidencian que hay usuarios que no adhieren de forma satisfactoria al acompañamiento, lo que señala hacia la necesidad de investigar los factores que inducen a que esos pacientes no se adhieran al tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Trastornos mentales; Atención ambulatoria; Citas y Horarios; Psiquiatria.

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Bolsista FAPESP. Endereço: Rua Deputado Campus do Amaral, 603. Bairro Centro, São Sebastião do Paraíso, MG. Cep: 37950-000. E-mail: kellygiacchero@yahoo.com.br

² Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto. CEP: 14040-902

INTRODUÇÃO

Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, resultantes de uma complexa interação de fatores genéticos e ambientais. Os transtornos mentais e do comportamento representam cinco das dez principais causas de morbidade em todo o mundo e o impacto desses distúrbios é evidenciado por representarem quatro das dez principais causas de incapacitação¹.

No Brasil, durante muito tempo, o atendimento à pessoa com transtorno mental esteve fortemente ligado a grandes hospitais, tendo como principal característica internações prolongadas e seu afastamento do ambiente familiar.

No século XX, a partir dos anos 60, em outros países, e dos anos 80, no Brasil, a assistência hospitalar psiquiátrica começou a ser criticada do ponto de vista político, técnico e ético, entre os profissionais de saúde ligados à área. Assim, de modo gradual, a idéia de transformação e reforma da assistência psiquiátrica vem permeando, em geral, as discussões (e o trabalho) de profissionais de saúde mental, de familiares e da comunidade².

Atualmente, ocorre no Brasil, um processo de reestruturação da atenção à saúde mental onde os hospitais psiquiátricos progressivamente têm deixado de constituir a base do sistema assistencial, cedendo terreno a uma rede de serviços extra-hospitalares de crescente complexidade³. A partir do processo de desinstitucionalização psiquiátrica, os serviços substitutivos têm sido o principal local de atendimento dos portadores de transtornos mentais⁴.

Os transtornos mentais, em sua maioria, são caracterizados como crônicos, o que implica em seguimento prolongado. Sabe-se, entretanto, que o tratamento destes transtornos encontra, na sua adesão, um grande e sério problema, cujas conseqüências são a falta de seu controle, o aumento de internações evitáveis e o aumento no custo dos cuidados de saúde. Por sua magnitude, a não adesão ou a baixa adesão ao tratamento constituem problemas de saúde pública⁵.

Mesmo considerando que as recaídas podem ser uma fase natural no curso da doença, a não adesão ao tratamento é apontada, em vários estudos científicos, como fator determinante ao agravamento das doenças estando intimamente ligada às recaídas⁶.

As conseqüências da recaída são diversas: a ruptura psicossocial; desajuste do ambiente familiar; necessidade de utilização de serviços de emergência, internação, maior número de consultas para o controle clínico; aumento do custo financeiro para os serviços públicos e para a própria família⁷. Em determinados casos, em conseqüência das recaídas, o tempo para recuperação torna-se mais longo e a resposta inferior ao tratamento⁸.

Nesse contexto, destaca-se a variedade e a complexidade de elementos que contribuem para que a pessoa com uma condição crônica de saúde, como o transtorno mental, tenha dificuldades com a adesão ao regime terapêutico. Em suma, estão envolvidas as características sociodemográficas dessas pessoas e sua situação de saúde, os fatores políticos, socioeconômicos, culturais e ambientais que fazem parte de seu contexto de vida e saúde, a quantidade e a qualidade dos serviços de saúde ofertados a elas e o tratamento complexo a que algumas estão submetidas.

Assim, facilitar a adesão e aderir ao tratamento não são tarefas fáceis, são desafios que sofrem oscilações e demandam atenção contínua. Estudos apontam para a necessidade de ampla exploração deste fenômeno pelos profissionais de saúde, por meio do desenvolvimento de pesquisas nesta área⁵.

A adesão ao tratamento é fundamental para aumentar a chance de melhorar o prognóstico das pessoas portadoras de transtornos mentais e a eficácia do tratamento está diretamente relacionada à adesão⁹. Considerando que os ambulatórios de psiquiatria são importantes dispositivos de tratamento no contexto da reforma psiquiátrica, torna-se relevante a caracterização dos usuários destes serviços quando ao seguimento ao tratamento. Um trabalho dessa natureza poderá, ainda, contribuir para discussões com a equipe de saúde envolvida no tratamento, visando à implementação de estratégias que promovam adesão ao mesmo, bem como o aprimoramento na assistência prestada à pessoa com transtorno mental.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivos identificar e classificar os usuários que realizaram acompanhamento, no ano de 2004, em um Serviço Ambulatorial de Clínica Psiquiá-

trica (ACPQ) de um Hospital Universitário Público, quanto ao diagnóstico, faixa etária e adesão ao agendamento.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, fundamentado na avaliação da adesão ao tratamento, em pacientes ambulatoriais portadores de transtornos mentais. Tem, assim, o intuito de revelar uma dada realidade por meio de descrições sobre o objeto estudado¹⁰, tendo como referencial teórico a literatura disponível sobre a temática.

Conhecendo o local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em Serviço Ambulatorial de Clínica Psiquiátrica de um hospital universitário de grande porte, localizado no interior paulista. Este hospital está credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma instituição de caráter público, prioriza as atividades de ensino, pesquisa e assistência.

O Ambulatório do referido hospital funciona de segunda a sexta-feira, no horário das sete às dezoito horas. São recebidos pacientes que buscam o serviço pela primeira vez, encaminhados pelo SUS e pacientes que fazem seguimento ambulatorial.

Por constituir uma instituição de nível terciário e de referência para várias patologias, o hospital possui Ambulatório apto para a realização de tratamentos complementares, na maioria das vezes de qualquer natureza, os quais devem ser realizados sem a necessidade de internação hospitalar.

O Ambulatório de Clínica Psiquiátrica (ACPQ) do referido hospital é dividido, basicamente, em dois grandes grupos de unidades: as unidades de Psiquiatria Geral e as unidades de Psiquiatria Especializada.

As unidades de Psiquiatria Geral compreendem: a unidade de Triagem Psiquiátrica (APQT) e a unidade de Psiquiatria Geral (APQU). A porta de entrada do ACPQ é a Triagem Psiquiátrica (APQT), cuja finalidade é verificar as condições e a adequação do encaminhamento. Os casos que são aceitos pelo APQT são encaminhados para um período

de avaliação e levantamento de história clínica na unidade de Psiquiatria Geral. Após o esclarecimento diagnóstico e a instituição da terapêutica adequada, com estabilização do quadro, é tomada a decisão de encaminhamento aos programas especializados ou o paciente é contra-referenciado para a rede básica de saúde, se as condições clínicas permitirem.

Os serviços especializados estão distribuídos de acordo com critérios de grupos diagnósticos ou de técnicas psicoterapêuticas. Este estudo foi realizado considerando-se os grupos diagnósticos: Unidade de Transtornos de Humor (APQH1 e 2) e Unidade de Esquizofrenia e outros Transtornos Delirantes (APQE).

Optamos por este local de estudo por apresentar uma população representativa do contingente de pessoas com transtornos mentais que não se encontram internados em instituições de assistência, portanto, fora do quadro agudo do transtorno, porém necessitando de atenção e/ou acompanhamento psiquiátrico, inclusive no que se refere ao controle medicamentoso.

Amostra

Foram escolhidos para compor a amostra todos os usuários que tiveram atendimento no ano de 2004 na Unidade de Psiquiatria Geral (APQU); e nas unidades de Psiquiatria Especializada: Unidade de Transtornos de Humor (APQH1 e 2) e Unidade de Esquizofrenia e outros Transtornos Delirantes (APQE).

Coleta e análise dos dados

Para coleta dos dados, inicialmente foi solicitado ao Serviço de Arquivo Médico do hospital em questão, um levantamento, por grupo diagnóstico, referente ao ano de 2004, de todos os pacientes que tiveram suas consultas agendadas nos respectivos ambulatórios especializados, bem como, os possíveis dados de caracterização dos mesmos e do seguimento ambulatorial.

Para coleta dos dados foi utilizado um instrumento, elaborado pelas próprias pesquisadoras, visando identificar variáveis como: sexo, idade, grupo diagnóstico ao qual os pacientes pertenciam, procedência, número de retornos agendados, situações em razão das quais o aten-

dimento não foi efetuado (greves, faltas, altas, reinternações), bem como situações onde houve atendimento sem agendamento prévio.

Foram analisadas variáveis relacionadas à idade, diagnóstico e situação quanto ao seguimento ambulatorial, que definiu a vinculação do paciente ao tratamento (alta, faltas, atendimentos fora do dia, não atendido em função de greves, etc).

Em seguida, foi identificada a necessidade de avaliar a porcentagem das faltas de cada paciente. Para tanto, foi feita uma classificação dos pacientes de acordo com a porcentagem de faltas dos mesmos.

O cálculo da porcentagem de faltas de cada paciente foi realizado em relação ao total de retornos agendados previamente para este, desconsiderando os dias em que o paciente não compareceu ao serviço por motivo de greve, por ter remarcado a data da consulta ou quando houve atendimento sem agendamento prévio.

Aspectos Éticos

Este estudo foi desenvolvido após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados revelaram que um total de 543 usuários recebeu atendimento no serviço ambulatorial, sendo que 369 usuários receberam atendimento no PQU, 62 no PQH1, 50 no PQH2 e 62 no PQE. A tabela 1 apresenta a categorização dos usuários segundo a categoria diagnóstica e faixa etária.

TABELA 1: CLASSIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DO INTERIOR DE SÃO PAULO SEGUNDO CATEGORIA DIAGNÓSTICA E FAIXA ETÁRIA, NO ANO DE 2004.

FAIXA ETÁRIA (anos)	PQH1		PQH2		PQE		PQU		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 10	-	-	-	-	01	1,6	-	-	01	0,2
11 a 20	03	4,8	01	2,0	03	4,8	59	16,0	66	12,1
21 a 30	06	9,7	09	18,0	14	22,6	52	14,1	81	14,9
31 a 40	10	16,1	07	14,0	11	17,8	80	21,7	108	20,0
41 a 50	15	24,2	10	20,0	16	25,8	79	21,4	120	22,1
51 a 60	15	24,2	12	24,0	14	22,6	59	16,0	100	18,4
61 a 70	13	21,0	08	16,0	02	3,2	33	8,9	56	10,3
71 ou mais	-	-	03	6,0	01	1,6	07	1,9	11	2,0
TOTAL	62	100	50	100	62	100	369	100	543	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico da Instituição em estudo.

Os resultados apresentados na tabela 1 apontam para a predominância de pacientes na faixa etária entre 41 e 60 anos em todos os ambulatorios analisados, (variando entre 37,4 e 48,4%) provavelmente, devido a uma das características do serviço, o qual é voltado para uma clientela de pessoas não internadas em instituições, portanto, fora do quadro agudo do transtorno, porém necessitando de atenção e/ou acompanhamento psiquiátrico, o que pode ser assinalado como pacientes em cronicidade.

A faixa etária de 11 a 20 anos, que compreende os adolescentes, é maior na PQU (16%), quando comparada à porcentagem destes nos seguimentos específicos, que variou entre 2,0 e 4,8%. Este dado pode significar que a maior parte dos adolescentes que fazem seguimento no referido ambulatório não tem ainda diagnóstico definido.

Sabe-se que a adolescência é tradicionalmente conhecida como uma fase de instabilidade emocional, conflitos, questionamentos, ambivalências, e fragilidades psicossociais, quando o indivíduo tem dificuldade de distinguir os limites de "normalidade" e onde os momentos depressivos e de luto e conflito são comuns¹¹, tais fatores podem dificultar a conclusão de um diagnóstico de transtorno mental.

A tabela 2 mostra que houve um total de 3543 agendamentos no ano de 2004, sendo 543 para os 62 pacientes do PQH1; para os 50 usuários do PQH2 houve 454; para os 62 que faziam acompanhamento no PQE houve 533 atendimentos e para os 369 usuários no PQU houve 2013.

Encontrou-se uma média de atendimentos/paciente nos ambulatorios em questão, referente ao ano de 2004, de 8,8 (PQH1), 9,1 (PQH2), 8,6 (PQE) e 5,5 (PQU), bem como que 187 (5,3%) atendimentos deixaram de ser realizados no período investigado, por motivo de greve. Verificou-se que 80 (2,2%) atendimentos foram feitos sem agendamento prévio (fora do dia) e 726 (20,5%) deixaram de ser realizados por motivo de falta do usuário.

Vale destacar a alta porcentagem de faltas (20,5%) voluntárias dos pacientes ao agendamento, podendo comprometer a continuidade das modalidades terapêuticas implementadas

TABELA 2: CLASSIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DO INTERIOR DE SÃO PAULO SEGUNDO CATEGORIA DIAGNÓSTICA E VINCULAÇÃO AO SEGUIMENTO AMBULATORIAL, ANO DE 2004.

PÓS-CONSULTA	PQH1		PQH2		PQE		PQU		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GREVE	21	3,9	32	7,0	28	5,3	106	5,3	187	5,3
FORA DIA	15	2,8	09	2,0	19	3,6	37	1,8	80	2,2
FALTOU	111	20,4	52	11,5	61	11,4	502	24,9	726	20,5
S/ RETORNO	32	5,9	37	8,2	36	6,8	211	10,5	316	8,9
N. RESP. CH.	-	-	-	-	01	0,2	02	0,1	03	0,1
REMARCOU	13	2,4	06	1,3	03	0,5	20	1,0	42	1,2
MUD. TIPO.	03	0,5	02	0,4	03	0,5	17	0,8	25	0,7
REFERÊNCIA	01	0,2	01	0,2	-	-	06	0,3	08	0,2
CONTRA-REFERÊNCIA	-	-	-	-	-	-	02	0,1	02	0,1
ALTA	03	0,5	03	0,7	03	0,5	36	1,8	45	1,3
INTERNAÇÃO	-	-	01	0,2	01	0,2	03	0,2	05	0,1
RETORNO	344	63,4	311	68,5	378	71,0	1071	53,2	2104	59,4
TOTAL	543	100	454	100	533	100	2013	100	3543	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico da Instituição em estudo.

pelo serviço: tratamento medicamentoso e terapias psicossociais. Sabendo-se que muitos dos pacientes utilizam medicamentos controlados e que é rotina do ambulatório a disponibilização de receituário contendo a quantidade de medicamentos necessária no período interconsultas, tais faltas podem repercutir negativamente na adesão ao medicamento.

Não havendo adesão ao medicamento, poderá ocorrer o agravamento do transtorno, com conseqüente piora das condições clínicas do paciente e de sua qualidade de vida. O agravamento do transtorno pode, ainda, acarretar a necessidade da realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos mais custosos e complexos, havendo um maior consumo de recursos do que seria preciso, sem que necessariamente se obtenham os resultados esperados⁵. Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), isso poderá afetar a otimização do uso de seus escassos recursos.

Ressalta-se que dentre os usuários que não foram atendidos por motivo de greve ou falta, apenas 42 (1,2%) tiveram sua consulta remarcada. Mudaram de tipo de diagnóstico e, conseqüentemente, de ambulatório especializado, oito usuários, sendo três do PQH1, dois do PQU2 e três do PQE. Do PQU, 17 usuários foram encaminhados para os ambulatórios especializados no ano de 2004. Constatou-se que um total de oito usuários foi referenciado para outros serviços e dois pacientes do PQU foram contra-referenciados para o serviço de origem.

Encontrou-se que 36 receberam alta do PQU e nove usuários tiveram alta dos ambulatórios especializados, no período investigado, sendo três de cada ambulatório e não esteve explícita a contra-referência dos pacientes. Sabe-se que para garantir o acompanhamento do paciente após a alta é recomendado que se faça a contra-referência, pois o sistema de referência e contra-referência é essencial para a viabilização da implantação efetiva do SUS. Com o funcionamento adequado deste sistema podem ser alcançadas melhorias no perfil de saúde e maior resolutividade no acompanhamento de pacientes com algum agravo à saúde¹².

Obteve-se que cinco usuários foram submetidos à internação integral, sendo um do PQU2, um do PQE e três do PQU, indicando recaída em relação ao transtorno mental. Sabe-se que um dos fatores relacionados às recaídas nos transtornos mentais consiste no não seguimento ou seguimento inadequado da terapêutica medicamentosa prescrita. Assim, para a pessoa com transtorno mental, parar de tomar os psicotrópicos é perigoso, porque, a longo prazo, pacientes que interrompem suas medicações, após a resolução de um episódio agudo do transtorno, aumentam acentuadamente o risco de recaída durante o ano seguinte, em comparação com as pessoas que permanecem em terapia de manutenção. Ademais, o risco de incapacidade permanente nesses transtornos aumenta com cada recaída aguda adicional^{13, 14}.

TABELA 3: CLASSIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA DO INTERIOR DE SÃO PAULO SEGUNDO CATEGORIA DIAGNÓSTICA E GRAU DE ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO, NO ANO DE 2004.

FALTAS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE RETORNOS AGENDADOS	PQH1		PQH2		PQE		PQU		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não faltou	13	21,0	25	50	30	48,4	136	36,8	204	37,6
Menos de 50% de faltas	32	51,6	18	36	26	42,0	100	27,1	176	32,4
Igual a 50% ou mais, e menor que 100%	10	16,1	04	08	03	4,8	67	18,2	84	15,5
100% de falta aos retornos	07	11,3	03	06	03	4,8	66	17,9	79	14,5
TOTAL	62	100	50	100	62	100	369	100	543	100

Fonte: Serviço de Arquivo Médico da Instituição em estudo.

A porcentagem de pacientes que nunca faltaram ao serviço foi maior nos ambulatórios PQH2 (50%) e PQE (48,4%).

Uma porcentagem considerável (30%) dos pacientes de todos os ambulatórios estudados faltou de 50% a 100% dos agendamentos. Em estudo com pacientes vinculados a serviços ambulatoriais em um município do interior de São Paulo identificou uma taxa de abandono de 51,4%, no período de 4 meses de estudo, corroborando os achados deste estudo¹⁵.

A aderência ou adesão significa o grau em que o paciente segue as recomendações médicas ou do profissional da saúde consultado, retorna e mantém o tratamento indicado. Pode ser também chamada de obediência ao tratamento e inclui o comparecimento às consultas marcadas, o ingresso em um programa de tratamento e a frequência até seu final, o correto consumo de medicamentos e a obediência às recomendações de comportamento ou dietas¹⁵.

Muitas são as variáveis que podem estar intervindo no não-comparecimento a consultas e na dificuldade de continuidade do tratamento, o que aqui chamamos de não-aderência ou não-retorno.

A não-adesão ao tratamento é responsável por grandes frustrações na psiquiatria e muitos fatores tentam explicar este fenômeno: fatores ligados aos pacientes, como atitudes e crenças em relação ao tratamento; uso de álcool e outras drogas; características demográficas; sexo; idade; personalidade; história familiar de transtornos psiquiátricos; estrutura familiar; gravidade da doença; fatores ligados a medicamentos utilizados como: regimes posológicos complexos, efeitos adversos e interações medicamentosas¹⁶.

Outros fatores que devem ser considerados são: conflitos de decisão, conhecimento insuficiente, conflitos familiares, desconfiança do pessoal de atendimento de saúde,

questionamento sobre a seriedade do problema, a suscetibilidade e os benefícios do regime, apoio social insuficiente, confiabilidade insuficiente e experiências anteriores malsucedidas¹⁷. Os procedimentos terapêuticos oferecidos podem não estar em consonância com as necessidades dos usuários, distância física da instituição em relação ao local onde moram os pacientes, relação com o profissional, dificuldades de horário, dentre outras, cuja confirmação poderia ser feita através de estudos qualitativos⁴.

A cronicidade dos transtornos psiquiátricos exerce grande influência em relação à adesão dos pacientes ao tratamento. Se o paciente tem remissão de sintomas, ele pode não sentir a necessidade de continuar a fazer um acompanhamento, podendo, até mesmo, achar que está curado, se libertando do estigma de ser um doente mental. Por outro lado, se evolui com períodos de recaída, ele e sua família podem tender ao desânimo quanto à eficácia do tratamento^{16, 18}.

Mais do que em outras áreas da saúde, na psiquiatria, o paciente pode apresentar o comprometimento do juízo crítico e do seu estado mental, fatores capazes de influenciar de modo significativo na sua adesão ao tratamento.

Além disso, o paciente, muitas vezes, não é incluído no seu processo de cuidado, ficando este a cargo única e exclusivamente da equipe de saúde, gerando pouca responsabilização do mesmo no seu próprio tratamento. A pouca autonomia dada ao paciente no processo de tomada de decisão e a centralização da assistência na doença, são características negativas que comumente são encontradas em hospitais¹⁹, mas que também podem permear o atendimento ambulatorial.

As visões de profissionais e pacientes com relação ao tratamento podem ser diferentes e, até mesmo, diver-

gentes. Muitos profissionais podem ter a ilusão de implementar um tratamento adequado concebendo o paciente como um objeto supostamente dócil¹⁹. Isso dificulta a identificação de problemas que tem como causa principal a não-adesão.

Acredita-se que uma melhor compreensão dos fatores associados e determinantes da não-adesão, a partir da perspectiva de quem a vivencia, permitirá um salto na implementação de estratégias de intervenção nos serviços de saúde direcionadas à qualidade da assistência a essa clientela⁵. E esse é um ato que se espera para que os serviços de saúde possam alcançar o sucesso no tratamento aos seus pacientes.

CONCLUSÃO

Este estudo objetivou identificar a adesão de usuários ao agendamento no ano de 2004, em um serviço ambulatorial de um hospital geral. Participaram do estudo 543 usuários que receberam atendimento neste período. Observou-se a predominância de pacientes na faixa etária entre 41 e 60 anos.

Houve um total de 3543 agendamentos para consulta no ano de 2004. No entanto, 726 (20,5%) consultas deixaram de ser realizadas por motivo de falta do usuário. Uma porcentagem considerável (30%) dos pacientes faltou de 50% a 100% dos agendamentos.

A formulação de políticas em saúde mental depende, em parte, de informações a respeito da frequência e distribuição dos transtornos mentais²⁰. Há uma grande demanda nos serviços ambulatoriais de saúde mental, paralelamente, há usuários que não têm adesão satisfatória ao seguimento, o que aponta para a necessidade de investigação de fatores que levam a não-adesão desses pacientes.

Entretanto, ao estudar temas relacionados à saúde, somos pesquisadores em um contexto no qual participamos ativamente como equipe de saúde. Dessa forma, a completa imparcialidade pode ser inatingível. Não raro abordamos a não-adesão como uma transgressão do paciente. Todavia para propor ações capazes de colaborar para a solução desse problema, é necessário conhecer melhor a ótica do paciente a respeito do tratamento. Uma estratégia para tal, nos serviços de saúde, consiste na manutenção de

terapias psicossociais associadas à terapêutica medicamentosa, incluindo grupos de psicoeducação, inexistentes no ambulatório em estudo.

Apesar dos comprovados benefícios das abordagens psicossociais, estas não alcançaram, na prática, o reflexo possível e necessário. A falta de cultura grupal nas instituições, bem como escassez de pesquisas nessa área, são motivos de preocupação há alguns anos²¹. Recentemente, tem sido demonstrado que as abordagens psicossociais além de propiciarem a aderência ao tratamento visam melhorar globalmente tanto a qualidade de vida dos pacientes como a forma de lidar com eventos estressantes²²⁻²⁴. Estudos comprovam que, além desses aspectos, ocorre, ainda, maior adesão ao medicamento e menor número de reinternações, evidenciando a eficácia terapêutica de tais abordagens²⁵⁻²⁷.

Salienta-se, ainda, a necessidade de trabalhos qualitativos que verifiquem os motivos da não-adesão. A intenção deste estudo não é esgotar as possibilidades de avaliação do serviço; pelo contrário, ele aponta para a necessidade da continuidade de novos estudos que possam responder às questões que neste trabalho foram levantadas.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10). 18. ed. São Paulo: EDUSP; 2000.
2. Otto JG. O desafio de assistir a família e a saúde do paciente com transtorno mental. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2001.
3. Dalgalarrrondo P, Botega NJ, Banzato CEM. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5):629-34.
4. Pelisoli CL, Moreira KA. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev Psiquiatr Rio Grande Sul* 2005; 27(3): 270-7.
5. Miaso AI. "Entre a cruz e a espada": o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na de seu familiar. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006.
6. Weiden PJ. Neuroleptic noncompliance in schizophrenia. In: Tamminga CA, Shutz SC. *Advances in neuropsychiatry*

- and psychopharmacology. New York (NY): Raven Press; 1991. p. 285-96.
7. Glazer WM, Kane JM. Depot neuroleptic therapy: underrutilized treatment option. *J Clin Psychiatry* 1992; (53):426-33.
 8. Bechelli LPC. Long-acting antipsychotics in the maintenance treatment of schizpphrenia. Part I. Foundations of its development, benefits and acceptance level in different countries and cultures. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11(3):341-9.
 9. Moreno RA, Moreno DH. Novos anticonvulsivantes no tratamento do transtorno do humor bipolar: manejo clínico, eficácia e tolerância. *Rev Psiquiatr Clín* 1999; 26(6):288-96.
 10. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
 11. Avanci JQ, Assis SG, Oliveira RVC, Ferreira RM, Pesce RP. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psic Teor Pesq*, 2007; 23(3):287-94.
 12. Juliani, CMC; Ciampone, MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev. Esc. Enf. USP*, 1999 dea; 33(4):323-33.
 13. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2003.
 14. Ketter TA, Houston JP, Adams DH, Risser RC, Meyers AL, Williamson DJ, Tohen M. Differential efficacy of olanzapine and lithium in preventing manic or mixed recurrence in patients with bipolar I disorder base don number of previous manic or mixed episodes. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(1): 95-101.
 15. Amaral, MA. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Rev Saúde Pública* 1997 jun; 31(3): 288-95.
 16. Santin A, Cereser K, Rosa A. Compliance to treatment in bipolar disorder. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32(supl.1):105-9.
 17. Carpenito LJ. *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 6ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. 812p.
 18. Shirakawa I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(supl.1):56-8.
 19. Lima MADS. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1998.
 20. Lima MS, Tassi JL, Novo IP, Mari JJ. Epidemiologia do transtorno bipolar. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32 (supl.1):15-20.
 21. Andrade ACF. Abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. *Rev Psiquiatr Clín* 1999; 26(6):1-8.
 22. Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N et al. A randomised controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:145-52.
 23. Sajatovic M, Davies M, Hrouda DR. Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2004; (55):264-9.
 24. Knapp P, Isolan L. Psychotherapeutic approach in bipolar disorder. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32(Suppl. 1):98-104.
 25. Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Reinares M, GOikolea JM, et al. Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disord* 2005; 7(Suppl. 5):32-6.
 26. Ball JR, Mitchell PB, Corry JC, Skillecorn A, Smith M, Malhi GS. A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(2):277-86.
 27. Gillam T. Drugs or no drugs? *Nurs Stand* 2006; 20(23):26-7.

RECEBIDO: 12/07/2007

ACEITO: 07/04/2008

O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA ESTOMIZADA NA PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE¹

THE NURSING CARE TO OLD PEOPLE WITH OSTOMY IN THE PERSPECTIVE OF COMPLEXITY

EL CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA PERSONA ANCIANA OSTOMIZADA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA COMPLEJIDAD

EDAIANE JOANA LIMA BARROS²
SILVANA SIDNEY COSTA SANTOS³
ALACOQUE LORENZINI ERDMANN⁴

Este estudo de caso de abordagem qualitativa objetivou (re)olhar o cuidado de enfermagem à pessoa idosa estomizada na perspectiva da Complexidade. Os sujeitos deste estudo foram quatro pessoas idosas estomizadas atendidas em um serviço de estomaterapia do Rio Grande do Sul. Realizaram-se entrevistas em profundidade cuja análise apontou três categorias: Ser humano idoso estomizado complexo, que apresenta sua totalidade biopsicossocial e necessita de estímulo ao autocuidado, à autodeterminação e a independência; Saúde complexa do idoso estomizado, fazendo com que a pessoa idosa necessite compartilhar experiências, no convívio com os outros estomizados, grupo de estomaterapia; Cuidado complexo à pessoa idosa estomizada, possibilitando reintegração social à pessoa idosa estomizada, permitindo-lhe um (re)olhar de si como ser humano em construção e, com isso, ajudando-a a desenvolver uma melhor aceitação da sua nova imagem corporal e melhor entendimento da nova situação. Essas categorias dão conta de um cuidado complexo à pessoa idosa estomizada.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem; Idoso; Ostomia.

The aim of this qualitative case study was to (re) view the nursing care to old people with ostomy in a complex perspective. The subjects of this study were four old people with ostomy assisted in an ostomy therapy service in Rio Grande do Sul. Interviews were made in depth, and the analysis indicated three categories: Human being ostomized, complex— who shows his biopsychosocial totality and needs to stimulate his self-care, self-determination and independence; Old Ostomate Complex Health – promoting in the old person the need of sharing experiences, in the conviviality with other people with ostomy, ostomy therapy group; and, Complex Care to the Old Person with Ostomy – enabling social reintegration to the old ostomized person, which allows a self (re) view as a construction of the human being and, help them develop a better acceptance of their new body image and better understanding of the new situation. Those categories involve a complex care to the ostomized old person.

KEYWORDS: Nursing care; Aged; Ostomy.

Este estudio de caso con planteo cualitativo tuvo como objetivo (re) pensar el cuidado de la enfermería con la persona anciana ostomizada en perspectiva a su complejidad. Los sujetos de este estudio fueron cuatro personas ancianas ostomizadas atendidas en un servicio de estomaterapia de Rio Grande do Sul. Se realizaron entrevistas a fondo, cuyo análisis determinó tres categorías:– Ser humano anciano ostomizado complejo – que presenta su totalidad biológica, psíquica y social y necesita estimular el auto cuidado, la autodeterminación y la independencia; – Salud compleja del anciano ostomizado – Haciendo que la persona anciana necesite compartir experiencias, en la convivencia con otros ostomizados, grupo de estomaterapia; y, – Cuidado complejo a la persona anciana ostomizada, consintiendo reintegración social de la misma, permitiéndole una (re) mirada de sí misma como ser humano en construcción y, con esto, ayudándola a desarrollar una mejor aceptación de su nueva imagen corporal y mejor comprensión de su nueva situación. Esas categorías permiten de un cuidado complejo a la persona anciana ostomizada.

PALABRAS CLAVE: Atención de Enfermería; Anciano; Ostomia.

¹ Parte da dissertação “O ser idoso estomizado sob o olhar complexo: uma proposta de gerontotecnologia educativa”. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG/RS).

² Enfermeira da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande. Mestre em Enfermagem. Integrante do GEP-GERON. Rua Santa Catarina, 536. Rio Grande/RS. CEP: 96211-600. edaiane_barros@yahoo.com.br.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e da Pós-graduação em Enfermagem da FURG/RS. Líder do GEP-GERON. silvanasidey@terra.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Filosofia de Enfermagem. Professora Titular da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Bolsista de Produtividade do CNPq. Coordenadora do GEPADES. alacoque@newsite.com.br

INTRODUÇÃO

O cuidado significa um trabalho profissional específico. Cuidar é um verbo cuja ação ocorre entre, no mínimo, duas pessoas presentes na situação e no ambiente de cuidado: uma pessoa que assume a posição de ser cuidador, e outra pessoa que assume a posição de ser cuidado. Ao longo dos anos, o conhecimento na Enfermagem vem sendo construído e direcionado no sentido de fazer a mesma crescer como ciência, capaz de valorizar a qualidade de vida do ser humano¹.

O cuidado de enfermagem não se restringe às pessoas doentes. O cuidado é o fundamento da ciência e da arte da Enfermagem. É fundamento, finalidade, objetivo e prática e, mesmo entendendo que cada um possa cuidar de outra pessoa é o enfermeiro, o profissional que tem no cuidado, a especificidade de sua ação profissional².

O cuidado é o que diferencia a Enfermagem das demais profissões da área da saúde³. A Enfermagem é uma profissão complexa, de ajuda e composta por vários elementos, sendo o cuidado seu construto principal⁴, necessitando direcionamento específico à pessoa idosa.

As pessoas idosas são determinadas cronologicamente como sendo os maiores de 60 anos que residem em países em desenvolvimento, ou os maiores de 65 anos e moram em países desenvolvidos⁵. Essa cronologia faz-se importante diante da organização de serviços de saúde, porém não se mostra suficiente para determinar quem é a pessoa idosa. Considere-se que esse ser humano depende de seu espaço e tempo, faz parte de uma consciência coletiva e vem desenvolvendo suas próprias forças e possibilidades⁶. Completa-se que na velhice vivemos todas as idades precedentes⁷, mostrando-se uma fase de vida complexa e necessária ser vista com um novo olhar.

A pessoa estomizada é aquela portadora de um estoma. O estoma resulta de uma cirurgia mutilante, traumática para a pessoa idosa por sua trajetória de mudanças e adaptações relacionadas ao envelhecimento. Ser submetido a este processo ou a própria percepção da cirurgia traz ao idoso a idéia de que a imagem do seu corpo foi alterada, rompeu-se todo o esquema que ele tinha em relação a seu corpo, englobando um acentuado desconforto social, físico e psicológico, interferindo sobremaneira na sua qualidade de vida.

Uma estomia é um procedimento cirúrgico que consiste na extração de uma porção do tubo digestivo, neste caso do intestino, e na abertura de um orifício, é o desvio do trânsito intestinal para o exterior, assim como na bexiga. A estomia pode apresentar-se, comumente, como colostomia (no intestino grosso), ileostomia (no intestino delgado) e urostomia (na bexiga)⁸.

Alguns indivíduos, em especial pessoas idosas, recusam-se em olhar para o estoma, por relacionar a problemática às alterações corporais que surgem devido à idade avançada, têm dificuldade em aceitar sua presença; alguns se afastam do convívio social⁹.

Os principais diagnósticos de enfermagem identificados na situação de ostomia são: Ansiedade relacionada ao conhecimento insuficiente sobre os cuidados e os supostos efeitos negativos sobre estilo de vida; Risco para isolamento social relacionado à ansiedade sobre o possível odor ou vazamento da bolsa¹⁰. Algumas estratégias de cuidados podem ser implantadas como a realização de orientações acerca do processo de adaptação e uso da bolsa; o cuidado com a ostomia e com a alimentação correta, além de encaminhamento a um grupo de apoio e convivência, que possa melhor ajudar os ostomizados a conviverem com esta nova situação, vista por nós como uma situação complexa.

A Complexidade tem como precursor Edgar Morin que nasceu na França, em 1921. Graduou-se em História, Geografia e Direito e a sua preferência pelas ciências humanas o fez desenvolver estudos em Sociologia, Filosofia e Economia. Elaborou a Complexidade, palavra que, em sua origem latina, significa abraçar. Na Complexidade, são consideradas todas as influências recebidas, externas e internas e, ainda, a incerteza e a contradição, sem deixar de conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes¹¹.

Complexidade é um espaço de abertura à dinâmica da organização do mundo e dos seres humanos, por meio de um olhar global modificado, de acordo com os conceitos introjetados e entendidos. A partir disso, a aproximação entre o ser humano, a sociedade e o meio ambiente torna-se um desafio mais compreensível. É uma nova forma de buscar as explicações às coisas que não conseguimos entender.

Compreende-se a Complexidade como uma maneira de entender o mundo, integrando as relações de co-existência entre os seres vivos e não vivos, conceitos de ordem e desordem, uno e diverso, estabilidade e mudança e, principalmente, a noção de incerteza¹¹.

Alguns princípios estão envolvidos na Complexidade como o Dialógico, o Recorrente e o Hologramático, os quais se constituem em um conjunto ligado, integrado, proporcionando uma visão global.

O *Princípio Dialógico* une duas noções que deviam excluir-se, mas são indissociáveis em uma mesma realidade, permitindo assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo¹².

O *Princípio Recorrente* rompe com a determinação linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito sobre a causa, promovendo processos em circuitos, envolvendo tanto a percepção como o pensamento¹².

O *Princípio Hologramático* põe em evidência o aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, mas o todo está inscrito na parte. Como exemplo, cada célula é uma parte de um todo – o organismo – mas também o todo está na parte, pois a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual. Assim, a sociedade está presente no indivíduo, por meio de sua linguagem, sua cultura, suas normas¹².

Tendo como base a Complexidade de Morin, este estudo justifica-se pela necessidade de visualizar os aspectos que constituem as situações de superação da pessoa idosa estomizada, levando em consideração a estomia e as limitações surgidas na velhice, como situações que se apresentam complexas ao ser humano. Esse novo olhar não pode ser estanque, puntiforme, mas integrando: biologia com emoção; percepção frente ao problema; anseios e raivas; limitações naturais; crenças e valores; perdas consideradas pelo idoso como significativas (anatomia intestinal normal, autonomia, independência, entre outros). Constituindo-se em um conjunto de aspectos complexos que impulsiona à investigação do cuidado de enfermagem complexo.

Assim, surgiu como problema desse estudo a seguinte questão de pesquisa: como se dá o cuidado de enfermagem à pessoa idosa estomizada, considerando a Complexidade, segundo Edgar Morin?

Este estudo teve por objetivo (re)olhar o cuidado de enfermagem à pessoa idosa estomizada na perspectiva da Complexidade.

CAMINHO METODOLÓGICO

Estudo de caso com abordagem qualitativa, realizado inicialmente em um serviço de estomaterapia de um hospital universitário, na Cidade do Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil; depois, no ambiente domiciliar da pessoa idosa estomizada.

Os quatro sujeitos do estudo, três mulheres e um homem, cadastrados no serviço de estomaterapia apresentaram: idade de 60 anos ou mais; ambos os sexos; estomização permanente/temporária; originadas por acidente/patologia; orientados e em condições de interação; concordância que os dados fossem coletados em seu domicílio e por meio da entrevista gravada; concordância em participar do estudo, assinando o TCLE. Escolheram nomes fictícios: Margarida, Violeta, Rosa e Lírio. Tal procedimento deveu-se ao cuidado de qualquer forma de identificação, resguardando o anonimato quanto às informações colhidas.

Em relação às questões éticas, foi solicitado o consentimento da instituição por meio de um ofício. O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Pesquisa, da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, atendeu às solicitações da Resolução 196/96 e teve parecer favorável com número 010/2007.

Para a coleta dos dados verificaram-se, por meio das fichas cadastrais das pessoas idosas estomizadas do serviço de estomaterapia, os dados de identificação, telefone e endereço residencial; estabeleceu-se, por contato telefônico, um diálogo breve, informando-os da pesquisa e da possibilidade de participação; marcou-se dia e hora conveniente à rotina do idoso; efetuou-se a ida ao domicílio, com a finalidade de realizar a entrevista gravada mediante consentimento dos sujeitos, seguido da transcrição e organização dos dados.

Para análise dos dados realizou-se leitura exaustiva e interpretação, chegando-se às seguintes categorias: Ser humano idoso estomizado complexo; Saúde complexa da pessoa idosa estomizada; Cuidado complexo à pessoa idosa estomizada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ser humano idoso estomizado complexo

O ser humano idoso, que se submete a uma cirurgia nas vias intestinais ou urinárias e torna-se estomizado, encontra-se inserido em um grupo que requer atenção e cuidados específicos. Ele passa a não se aceitar como pessoa estomizada, entendendo que não poderá participar ativamente das atividades sociais e percebendo-se inválido e dependente do outro.

Essa pessoa idosa estomizada necessita ser vista como um ser humano singular, dinâmico, complexo e capaz de desenvolver suas atividades, como evidenciado no testemunho a seguir:

“Fácil. Para mim foi fácil. Se bem que cada cabeça é uma cabeça, cada pessoa pensa de um jeito e aceita de um jeito. Eu aceitei bem. ... A vida continua. ... Não me impede de nada. Eu saio, eu passeio, não tem nada que me atrapalhe. Penso que nem todos vão dizer isso.” (Violeta)

Em relação ao processo de envelhecimento, Morin o correlaciona com situações de perdas, como a morte, direcionando a certo pessimismo¹³. Muitas vezes, nas pessoas idosas estomizadas, esse pessimismo se faz presente. Frente ao procedimento cirúrgico de amputação do reto ou da bexiga, o idoso, já com limitações impostas pelo envelhecimento, tende a apresentar sentimentos de baixa auto-estima, desânimo diante das dificuldades, o que culmina em uma visão pessimista de si, sendo refletida aos outros ao seu redor:

“Não tenho condições de sair para rua; dificultou. ... faço uma coisinha e outra e me deito. ... Eu tenho dificuldade de me agachar, faço aquelas atividades de pé com vassoura. Passo um pano no chão com a vassoura, ... É muito recente, eu tenho medo da estomia, para me agachar, porque aperta.” (Rosa)

O ser humano necessita ser ouvido em suas diversas situações. Na pessoa idosa estomizada percebe-se que a

questão da velhice é mais difícil que o fato de portar uma estomia. Os medos sentidos pelas pessoas idosas incluem ainda o isolamento e, principalmente, medo das perdas, seja pelas disfunções de parte de seu intestino ou aparelho urinário, seja pela iminência da morte. Processo inerente ao ser humano em situação de doença grave:

“Agora eu parei total com minhas atividades, porque eu já estou velho; mas quando eu me operei, que eu vim para casa, eu trabalhava, eu fazia de tudo; agora estou aposentado.” (Lírio)

Viver é morrer e rejuvenescer incessantemente, ou seja, vive-se da morte das células, como uma sociedade vive da morte dos seus indivíduos, o que lhe permite rejuvenescer. Ocorre um processo recursivo em que se vive da morte e morre-se da vida¹⁴.

O sujeito é representado pelo pronome EU, que realiza ações sob o domínio do pensamento, o que o torna *concreto*, por existir. Mas ao considerar-se este mesmo sujeito em um plano coletivo, ele ainda tende a fazer parte da cadeia múltipla e não ser visto como pontual. Nesse contexto, este EU é capaz de se auto-refletir como modo de epistemologia intersubjetiva, levando em consideração um a um¹². Conforme a fala abaixo:

“Eu sei que tem gente muito pior que eu. Eu vi que não estou sozinha. Tem outras pessoas com o mesmo problema. Tem bastante gente. Naquela reunião, a gente sai satisfeita.” (Rosa)

Refletir sobre o significado da ação de cuidar do idoso na enfermagem é importante. Não podemos esquecer de inter-relacionar a ação do cuidar, o cuidado e a tecnologia. Nessa última, procurando entendê-la, não como uma prática reducionista na ação curativa e limitada, mas fundamentada na percepção do ser humano que enxerga o idoso como pessoa com valores, crenças e experiências¹⁵.

Boa parte dos enfermeiros não compreende que há casos onde o cuidado não depende de tratamento, mas, principalmente, de abrir um espaço para ouvir a pessoa idosa estomizada, como ser humano complexo, porque abrange uma multidimensionalidade de fatores. Ele é inse-

rido em um universo dialógico, em que, ao mesmo tempo em que é autônomo em sua história, é dependente de cuidados por outros. Conforme transcrição a seguir:

“Lá no grupo, o pessoal, os enfermeiros me atendem muito bem. É uma família que eu considero. ... Foram eles que me deram apoio. Foram eles que me ajudaram.” (Lírio)

Cuidar da pessoa idosa estomizada como ser complexo, com suas limitações, significa considerar sua totalidade biopsicossocial e estimulá-lo ao autocuidado, à autodeterminação e a sua autonomia frente às escolhas que necessita realizar. Considere autonomia, sinônimo de liberdade individual, privacidade, livre-escolha, autogoverno, auto-regulação e independência moral¹⁶.

O cenário da Complexidade é integrado pela transposição das barreiras entre os campos do conhecimento, a discussão de novas perspectivas à educação e à sociedade, enfim, é um convite ao desafio. A concretização desses aspectos é importante para o desencadeamento de um novo olhar sobre o futuro: a educação, como um processo de construção do conhecimento com suas subjetividades, incertezas e diversidades.

O pensamento complexo é aquele que possibilita a compreensão das múltiplas dimensões da complexidade, ou seja, uma visão de uma realidade variada e multidimensional de uma totalidade. No entanto, não garante a leitura fácil do real, mas é um caminho que se faz ao andar, como um desafio¹⁷.

Visualizar a pessoa idosa estomizada de uma forma multifacetada e complexa é apreender o todo que a cerca. Essa pode ser a forma mais acertada em um modelo de saúde que traz ao centro das discussões o idoso estomizado, com sua singularidade e incertezas.

O ser humano é um ser do cuidado, complexo, singular e plural, ser de consciência, cognoscente, político, trabalhador do conhecimento, ator e construtor das relações, interações e associações no exercício do cuidado para o viver mais saudável, a promoção da saúde e a valorização da vida. É um ser social, de relações sócio-afetivas-político-culturais, é produto e produtor das práticas de saúde¹⁸.

Saúde complexa da pessoa idosa estomizada

As pessoas em condições crônicas de saúde, principalmente as estomizadas, necessitam de apoio que vai além das intervenções tradicionais, que dizem respeito à realização de técnicas, simplesmente. A maioria dessas pessoas tem 60 anos, ou mais, encontrando dificuldades em enfrentar essas questões, somadas às demais perdas inerentes à velhice, principalmente no que diz respeito a sua funcionalidade, conforme verificado no depoimento:

“Tirou e botou mais aqui para cima. Fechou aquela ali e abriu aqui, outra colostomia. O problema é que tem que estar sempre cuidando essa dor que eu tenho e a anemia, a dor na perna que me incomoda muito. ... Tenho ido ao médico, e agora estou com duas fístulas aqui atrás [região sacral]. ... Dói muito ... Não posso passar muito tempo sentada.” (Margarida)

Funcionalidade na fase da velhice é vista como uma capacidade para adaptar-se aos problemas de todos os dias, apesar da presença de incapacidade física, mental ou social. Esse conceito envolve aquelas atividades que são desenvolvidas diariamente e estão diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado de seu entorno e à participação social, “constituindo-se como fato crítico de avaliação à saúde e ao bem-estar dos idosos”¹⁹: 186.

Dentre todas as modificações e fases de transição que o ser humano necessita enfrentar durante sua existência, a mais temida é a velhice, por suas características específicas, como a perda da capacidade vital, bem como por “tecer um universo de significados, ainda incompreendido pela sociedade”²⁰: 118.

É necessário propiciar à pessoa idosa, em especial a estomizada, novas formas de adaptação; mostrar-lhe sua importância como cidadã; mostrar que ela pode ser ativa e detentora de uma grande experiência de vida e que esta vida após a cirurgia não acaba, apenas recomeça uma nova, com outros desafios que, se aprendidos, deixam de ser desafios.

A não-aceitação, por parte da pessoa idosa estomizada da sua condição de saúde, pode levar à negação dos proble-

mas e à rejeição do tratamento pelo constrangimento imposto por sua situação, ou por possíveis complicações, resultando em um agravo que poderá se tornar irreversível e afastá-la do tratamento. Cabe aos enfermeiros esforçarem-se para fazer com que essas pessoas tenham a devida adesão ao tratamento, o que se verifica na fala a seguir:

“O ruim é que eu quero sair na rua. Se me sujo, rebenta alguma coisa [a bolsinha]. ... Então me sujo toda. Então, não posso. Enquanto não acertar aqui, para saí, fica ruim. ... Quando eu fiz o exame último, a bolsa arrebentou na máquina [ressonância], sujou sapato, roupa.” (Rosa)

“A partir da segunda colostomia, ... tomando banho vi que minha barriga estava de ponta de um lado e chamei meu filho que confirmou. Fui no médico, que disse que era uma hérnia. Eu disse: ‘Ah! Doutor, pelo amor de Deus! Tem que operar, tirar essa hérnia?’.” (Margarida)

Uma estratégia de reabilitação para a pessoa idosa estomizada é perceber que não está sozinha, é compartilhar experiências e mudanças ou melhorias em suas vidas, no convívio com os outros que estão com as mesmas dificuldades, talvez assim encontre um sentido circular da vida humana e social. Assim, surge a importância do grupo de estomizados.

Uma outra alternativa dá-se ao compreender a pessoa idosa estomizada no desenvolvimento de sua potencialidade, quando estimulada à mudança de atitude e a reinserção dela no meio familiar e social. O enfermeiro, como agente de mudança, necessita mostrar-se disposto a fortalecer a rede social da pessoa idosa.

O conhecimento deve mobilizar não apenas uma cultura diversificada, mas também a atitude geral do espírito humano para propor e resolver problemas e situar toda a informação em seu contexto²¹. O idoso é um ser humano dotado de complexidade e o cuidado direcionado a ele necessita de uma ação complexa, interdisciplinar, direcionando-se à transdisciplinaridade²². Esse modo de visualizar contempla questões que recorrem à religação dos saberes, como meta a ser percebida na saúde do idoso estomizado.

É oportuno enfatizar a necessidade do olhar singular, humanizado, frente aos desafios imputados pela presença de uma nova situação – a estomia, por meio do ensino do autocuidado, do olhar singular, não biologicista por parte dos enfermeiros. Da compreensão da família acerca das limitações da pessoa idosa estomizada, que se depara com uma nova expressão de seu corpo. Torna-se necessária uma forma complexa do cuidado a este ser humano, por envolver não só ele na sua individualidade, mas a família/comunidade.

A pessoa idosa estomizada apresenta uma saúde complexa, tendo em vista suas limitações. Os conceitos de saúde e qualidade de vida são de suma importância. Possibilitar educação em saúde; fomentar a reflexão individual; compreender a situação que se apresenta; além de olhar seu processo de envelhecer específico, torna-se uma proposta de oportunidade para ajudá-la na superação das limitações de viver/com-viver com a estomia.

Cuidado complexo à pessoa idosa estomizada

Tendo em vista o processo de adaptação que o organismo sofre, frente às mudanças decorrentes do envelhecimento, para a pessoa idosa com estomia, é fundamental redirecionar as estratégias de cuidado para essa constante adaptação à estomização, pois o estomizado passa por alterações importantes referentes à representação do seu corpo já envelhecido e, agora, modificado.

Muitas vezes, a pessoa idosa estomizada apresenta dificuldades no manuseio dos acessórios de cuidado com o estoma, seja por *déficit* motor, seja por receio ou por compreender a estomização como uma etapa difícil em sua vida. Por sua condição de ser pessoa idosa, algumas vezes, necessita de um familiar ou amigo para auxiliá-la no cuidado ou na manutenção de sua autonomia, como denotado a seguir:

“Meu filho é quem me ajuda. ... Nesta aqui [3ª cirurgia de colostomia] é difícil colocar [bolsinha] sozinha, porque aquele buraco [estoma] tem que ficar certinho e é difícil. Outra pessoa botando, tenho que levantar o seio. É difícil, mas não tinha outro lugar.” (Margarida)

“E quando chega no dia de trocar, minha família troca. Quando eu estou no Cassino [praia], tenho dois vizinhos que trocam. Um dia eu estava num passeio com um padre, e ele nunca tinha visto e, conforme eu senti que a bolsa vazou, o padre também trocou, e vamos levando a vida assim.” (Lírio)

“Eu não tenho medo de olhar. Eu só tenho medo de colar a bolsinha, de colar em cima da bolinha. Então é ele [esposo] que coloca para mim. Ele está até arrumando um jeito de uma maneira diferente ..., que eu faça sozinha.” (Rosa)

A reabilitação da pessoa idosa estomizada visa a restituir-lhe as atividades de convívio social e a melhorar sua qualidade de vida diante do impacto da aquisição do estoma. Esse momento caracteriza-se por uma primeira etapa, onde transcorre a aceitação do estoma pela pessoa idosa e, com isso, ela necessita entender que o estoma foi confeccionado com o intuito de preservar sua saúde²³.

Compreender as limitações da pessoa idosa, que apresenta uma estomia, é possibilitar-lhe reintegração social, permitindo-lhe um (re) olhar de si como ser humano em construção e, com isso, ela poderá desenvolver uma melhor aceitação da sua nova imagem corporal e melhor entendimento da nova situação.

É possível estabelecer um modelo de cuidado que permeia as mudanças próprias do envelhecimento associadas à sua experiência de vida, e, com isso propor ações cuidativas que consideram seu contexto de saúde-doença²⁰.

Frente a essa situação, o enfermeiro necessita assumir estratégias do cuidado de enfermagem, como a organização de um grupo de apoio, que voltem à percepção dessa pessoa idosa aos aspectos positivos do tratamento e da importância da sua determinação para participar no seu cuidado. Essa relação transcende ao trabalhador que o cuida, no sentido do cuidado como forma sistemática e organizada do agir profissional ético e integrado, como proposta de mudança que relaciona as partes ao todo e o todo às partes, como exemplificado a seguir:

“O grupo significa muita coisa. ... a vida da gente está ali. Se não tivesse ali, o que seria de nós? Eu

acho que ali é uma maravilha. Muito bom.”
(Rosa)

Um (re) olhar dá-se quando o trabalhador de enfermagem, ao prestar os cuidados ou ao estabelecer um diálogo com a pessoa idosa estomizada, percebe que ela sente medo de perder sua autonomia e independência ao deparar-se com a saída involuntária de material orgânico para o meio externo, podendo gerar uma sensação de impotência, tristeza e depressão.

Um importante elemento a ser incluído no cuidado à pessoa idosa estomizada é o familiar, que acompanha e compartilha toda evolução, conflitos e angústias da pessoa idosa. Nesse momento, o apoio da família se faz de suma importância frente ao processo de adaptação ao estoma e à nova vida. Há necessidade de se reformar, de estimular a pessoa idosa estomizada a ter uma nova concepção de si e dos que o rodeiam. O familiar vai auxiliar o caminhar dos trabalhadores da enfermagem no cuidado específico a esse idoso. Isso pode ser constatado nos trechos dos discursos a seguir:

“O velho [esposo] está sempre comigo. Meu marido me ajuda ... Sozinha não tem condições. Tem que ter outra pessoa para ajudar...” (Rosa)

“De início, a minha nora trocava a bolsinha, aquela coisa toda. Depois eu comecei a trocar. Eu mesma cuido. Não tenho dificuldades para cuidar. Eu mesma troco com a maior facilidade.” (Violeta)

“A calcinha aperta [a estomia], é um inferno. Eu tenho muita coragem, senão nem saberia o que fazer. E, ainda não sei que calça vou usar, porque a colostomia é aqui em cima. Minha neta viu para mim umas calcinhas que venha até aqui em cima.” (Margarida)

As características de Doença Crônica Não-Transmissível (DCNT), como: permanência, remissão, necessidades de diferentes intervenções, parece levar à alteração no sistema familiar, pois seus membros possuem maior vulnerabilidade para perdas em geral, constituindo-se como um fator de estresse para a família como um todo²⁴.

O envelhecimento, como processo de vida, ocorre em nível individual e coletivo. A família é a fonte primária de suporte social, constituindo-se num sistema informal de cuidado ao idoso. A enfermagem, com enfoque na família, coloca-se como um sistema que interage com a pessoa idosa e seus respectivos familiares, em busca de objetivos e metas propostos em conjunto.

A família é uma unidade de cuidado. Sua capacidade para cuidar de seus membros pode estar comprometida, diminuída ou ausente em determinadas situações ou fases da trajetória familiar. Sua presença no cuidado compreende as ações, interações e interpretações por meio das quais demonstra sua solidariedade²⁵.

Emergem questões como a especificidade do cuidado ao ser humano idoso com estomia, levando-se em consideração os aspectos que cercam a condição do processo de envelhecimento e a necessidade do cuidado sistemático e multidimensional direcionado à pessoa idosa estomizada.

Na presença da estomia, a pessoa idosa tende a apresentar maior grau de complicações e dificuldades no processo de adaptação, talvez porque a estomia envolva muitos significados que dizem respeito a sua auto-imagem e ao aumento de sua dependência.

Uma estomia pode ser um sério limitador da qualidade de vida. As pessoas estomizadas enfrentam dificuldades, tanto físicas quanto psicológicas. Há questões psicossociais envolvidas na sua dinâmica, como a perda da integridade corporal, a violação involuntária das regras de higiene e a perda da função reguladora do esfíncter anal²³.

A pessoa idosa com estomia, frente às condições que lhe são oferecidas no seu cotidiano, necessita reelaborar a dieta, cuidar do estoma e, com isso, manter o autocuidado ou o cuidar de si e, principalmente, a auto-estima, revendo-se diante das incertezas. Por isso, o enfermeiro é um profissional importante e necessário para promover a orientação, a prática dos cuidados e a educação em saúde.

Todo destino humano implica uma incerteza irreduzível, até na absoluta certeza, que é da morte, pois ignoramos a data. Cada um necessita estar plenamente consciente de participar da aventura da humanidade, que se lançou no desconhecido em velocidade, de agora em diante, acelerada¹².

Frente à idéia do cuidar/cuidado, a sensibilidade aliada à competência científica proporciona à pessoa idosa estomizada uma adesão ao autocuidado mais rápida e menos traumática. Apoiá-la é um ato importante, já que o cuidar vai além do recuperar a saúde, transcende a sensibilidade, elemento vital na formação/*práxis* do enfermeiro.

Para a pessoa idosa o processo de estomização representa uma agressão à sua integridade, com severas repercussões em relação a sua imagem corporal e ao seu autoconceito. É uma situação produtora de desequilíbrios psíquicos por meio da ruptura da estrutura do EU. O estomizado necessita adaptar-se a essa nova situação em busca da harmonia e da restauração das suas forças. A diminuição da auto-estima faz com que alguns estomizados retraiam-se e busquem o isolamento como forma de auto-defesa, provocando alterações de ordem física, psicológica, social e espiritual. Já a alteração na sua imagem corporal, pode fazer com que eles necessitem de cuidados específicos para conseguirem sua reinserção social²⁵.

A pessoa idosa que porta uma estomia tende a recusar a aceitação de suas condições de saúde, o que muitas vezes, resulta no agravamento de sua deficiência. O enfermeiro necessita estar preparado para reconhecer e elaborar um cuidado efetivo voltado às necessidades manifestadas pela pessoa idosa, bem como às suas fragilidades inerentes à idade. Importante ajudá-la a entender a importância de que há várias pessoas idosas estomizadas vivenciando as mesmas situações/condições.

A idéia de sistema de cuidado de enfermagem passa pela visão abrangente do cuidado, como conteúdo ou essência da vida dos seres da natureza, ou processo dinâmico produtor e protetor da vida²⁶. Essa idéia inclui questões organizacionais e operacionais, facilitando o cuidado do enfermeiro em situações gerais, como organizador do ambiente do cuidado e situações específicas, que para nós representa o cuidar direcionado à pessoa idosa estomizada.

Cuidar é um ato de sustentabilidade de vida para o ser humano e seus descendentes²⁷. Neste enfoque, como trabalhadores da saúde, necessita-se direcionar as práticas à manutenção da qualidade de vida e a sua garantia por período prolongado, estimulando o que é saudável e educando para um viver sustentável.

A estomia para a pessoa idosa é considerada uma forma de penalidade após toda uma vida, uma razão suficiente para se sentir angustiada e solitária. A pessoa idosa e a família envolvem-se em um processo de negação, revolta e sofrimento numa seqüência antes não imaginada, como em uma imensidão recursiva, verificado a seguir:

“Eu antes tomava banho na praia, pescava, fazia tudo normal. Sou um homem igual aos outros. A diferença é que sou velho com estomia.”
(Lírio)

A vida contém elementos que participam ou fazem o processo auto-organizador por meio de ordens e desordens, incertezas, probabilidades e certezas, interdependências por interações de relações múltiplas inesgotáveis²⁶.

O cuidar envolve um agir, uma atitude do enfermeiro inter-relacionado por duas formações: a pessoal e a profissional. Quando esse trabalhador entende os valores inerentes à prática do cuidado ao ser humano idoso estomizado, esses valores remetem à compreensão do processo singular dessa etapa da vida, marcada por mudanças que afetam, não somente a ele, como a sua família, delineando características próprias no relacionamento entre as pessoas idosas e enfermeiros.

Assim, reforça-se a concepção de cuidado pelo olhar da complexidade, ou seja, o cuidado é concebido como uma rede ou teia de processos e produtos que envolvem relações, interações e associações entre os seres, sendo parte organizadora do sistema de saúde e parte organizador do sistema de cuidado, co-organizando-se com aos demais sistemas sociais²⁶.

REFLEXÕES FINAIS

Tendo como sujeitos as pessoas idosas com estomia, com suas características múltiplas e únicas, perceberam-se como necessária a utilização da Complexidade, a partir de Morin, a fim de que pudesse desvendar essa realidade tão desafiadora. Com isso, habilitar-se para o cuidado de enfermagem de forma diferenciada, propondo uma prática que considere o idoso em sua multidimensionalidade.

Ao estabelecer um diálogo, por meio de entrevista, nos domicílios das quatro pessoas idosas, Rosa, Margarida,

Violeta e Lírio, que freqüentam um serviço de estomaterapia do Rio Grande, percebeu-se que a visão da estomização é única, pois representa um universo de sentimentos.

A partir disso, necessita-se entender que os cuidados de enfermagem carecem de reformulação, com o intuito de visar à reconstrução do entendimento acerca da estomia como parte dessa nova imagem corporal, despertando a pessoa idosa estomizada a buscar mais qualidade de vida.

Com essa perspectiva, a pessoa idosa estomizada é alguém que necessita ser vista com suas especificidades e multidimensionalidade, já que o seu processo de percepção acerca de sua auto-imagem pode encontrar-se comprometido pelo envelhecimento, pelos medos internos, pelas incertezas e, principalmente, pela estomia.

A falta de controle na eliminação intestinal ou urinária provoca, nas pessoas idosas, muitos conflitos e sentimentos de rejeição, de culpa e ansiedade, permeada por meio da estomização, de alteração da imagem corporal, configurando-se, assim, como um comprometimento da aceitação da sua nova condição de vida, porque ela se vê diferente de seus amigos e familiares.

Após a descrição dos casos, (re) descobriram-se três noções, a partir da Complexidade de Morin: *ser humano idoso estomizado complexo, saúde complexa da pessoa idosa estomizada e cuidado complexo à pessoa idosa estomizada*. Nessas três noções, reflete-se, sob o olhar de Morin, a relevância da pessoa idosa estomizada como ser integral, em que situações dialógicas, como revolta e aceitação, são sensações pertinentes a essa nova condição rodeada por incertezas. Também surge a preocupação com a implementação de estratégias que busquem a reforma do pensamento ou um novo olhar/cuidar do ser idoso em relação à estomização.

REFERÊNCIAS

1. Garcia TR. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. *Acta Pau. Enf* 1998; 11(3):24-31.
2. Caldas CP. Cuidado do idoso que vivencia uma síndrome demencial: a família como cliente da enfermagem. *Texto & Contexto Enferm* 2001; 10(2):68-93.

3. Trentini M, Paim L. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial. *Texto & Contexto Enferm* 2001; 10(1):11-31.
4. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS, Cupello AJ, Souza SROS, Machado WCA, organizadores. *Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções*. São Paulo: Atheneu; 2004. v. 2, p. 37-63.
5. Organização das Nações Unidas – ONU. Assembléia mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena: 1982. Disponível em: http://www.un.org/esa/socdev/ageing/vienna_intlplanofaction.html
6. Sá JLM. A formação de recursos humanos em Gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 1119-124.
7. Morin E. *Meus demônios*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
8. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. O impacto da ostomia no processo de viver humano. *Texto & Contexto Enferm* 2007; 16(1):163-7.
9. Barros EJJ, Gomes GC. O ensino do autocuidado do estomizado idoso. In: *Anais da IV Jornada da Associação Nacional de Gerontologia-RS; 2006, Brasil*. Porto Alegre: ANG; 2006. p.14.
10. Carpenito LJ. *Manual de diagnóstico de enfermagem*. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
11. Petraglia I. *Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Petrópolis; 2001.
12. Morin E. *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
13. Santos SSC. *O ensino da enfermagem gerontogeriátrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da complexidade de Edgar Morin*. Florianópolis: UFSC; 2003.
14. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. 3ª ed. Lisboa: Piaget; 2001.
15. Brum AKR, Tocantins FR, Silva TDJ. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. *Rev Latinoam Enferm* 2005; 3(6): 1019-26.
16. Néri AL. *Palavras-chave em gerontologia*. 2ª ed. Campinas: Alínea; 2005.
17. Martinazzo CJ, Cherobini AL. *Pedagogia e complexidade: implicações e transdisciplinaridade*. *Contexto e Educação* 2005; 20(73/74):55-72.
18. Erdmann AL, Marino SRA, Mello ALSE, Meirelles BHS. *Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo*. *Texto & Contexto Enferm* 2006; 15(3):483-91.
19. Lebrão ML. *SABE- Saúde, Bem-estar e envelhecimento – o projeto de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
20. Souza JR, Zagonel IPS, Maftum MA. O cuidado de enfermagem ao idoso: uma reflexão segundo a teoria transcultural de Leininger. *Rev RENE* 2007; 8(3):117-25.
21. Morin E. *Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental*. Natal: UFRN; 1999.
22. Santos SSC. *Educação em enfermagem e a complexidade*. *Contexto e Educação* 2005; 20 (73/74): 103-17.
23. Bechara RN, Bechara MS, Bechara CS, Queiroz HC, Oliveira RB, Mota RS et al. *Abordagem multidisciplinar do estomizado*. *Rev Bras Coloproctol* 2005; 25(2):146-9.
24. Marcon SS et al. *Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos*. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadoras. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: UEM; 2002.
25. Gomes GC, Farias DHR, Zappas S. *Convivendo com uma estomia: conhecendo para melhor cuidar*. *Cogitare Enferm* 2004; 9(1):25-32.
26. Erdmann AL. *Sistema de cuidados de enfermagem*. Pelotas: UFPEL; 1996.
27. Santos SSC. *O ensino educativo sobre desenvolvimento sustentável na enfermagem: reflexões*. *Texto & Contexto Enferm* 2002; 11(3):88-95.

RECEBIDO: 05/12/2007

ACEITO: 05/05/2008

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: PERCEPÇÕES DE MULHERES AO PRIMEIRO EXAME E ATITUDES PROFISSIONAIS

UTERUS' CANCER PREVENTION: WOMEN'S PERCEPTIONS TO THEIR FIRST EXAMINATION AND THE PROFESSIONAL PERFORMANCE

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO: PERCEPCIONES DE LAS MUJERES EN EL PRIMER EXAMEN Y ACTITUDES PROFESIONALES

IVNA GIOVANA DA SILVA SOUSA¹

ESCOLÁSTICA REJANE FERREIRA MOURA²

NANCY COSTA DE OLIVEIRA³

KILVIA GARDÊNIA TORRES EDUARDO⁴

O estudo teve por objetivos verificar percepções de mulheres com relação ao primeiro exame de prevenção e identificar atitudes profissionais favoráveis ao bem-estar das mulheres na realização do mesmo. Estudo descritivo-exploratório realizado com 34 mulheres atendidas no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará em março e abril de 2006 e que obedeceram aos critérios: ter terminado de realizar o primeiro exame de prevenção e aceitar participar livremente do estudo. Os dados foram coletados por entrevista. Participaram também os cinco profissionais responsáveis pelo atendimento. A organização das falas seguiu a Técnica de Análise Categorical da Análise de Conteúdo de Bardin. Os sentimentos das mulheres foram agrupados nas categorias vergonha; medo; tensão, desconforto e dor; "corpo de laboratório"; e naturalidade. As atitudes profissionais foram agrupadas em diálogo, toque, paciência, acolhimento e aproximação do universo cultural das mulheres. Atitudes citadas pelos profissionais foram efetivas e humanizadoras e se apresentam como sugestões para profissionais que atuam nessa área.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção de cancer do colo uterino; Esfregaço vaginal; Emoções; Relações profissional-paciente.

The aim of the study was to survey about women's feelings concerning the first examination for cancer prevention and to identify favorable professional attitudes for the well being of the women during the examination. It was an exploratory-descriptive study which took place at the Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará, with 34 women from March to April 2006. All of them fit into the criteria of having been examined for the first time and accepted to take part in this study. The data were collected through interviews. Along with them there were the five professionals responsible for the examination. The organization of their speech was according to Bardin's Categorical Analysis Technique of Content Analysis. The women's feeling, were grouped in the following categories: shame, fear, tension, discomfort and pain, laboratory body, and naturalness. The attitude of the professional included: dialog, touch, patience, welcoming and getting closer to the women's cultural universe. The attitudes mentioned by the professionals were effective and can be used as suggestions for the professionals of the area.

KEYWORDS: Cervix neoplasms prevention; Vaginal smears; Emotions; Professional-patient relations.

El estudio tuvo como objetivos verificar las percepciones de las mujeres en relación al primer examen de prevención e identificar actitudes profesionales favorables al bienestar de las mujeres en la realización del mismo. Estudio descriptivo-exploratorio realizado con 34 mujeres atendidas en el Instituto de Prevención del Cáncer de Ceará en marzo y abril de 2006 y que obedecieron a los siguientes criterios: haber realizado el primer examen de prevención y aceptar participar libremente del estudio. Los datos se recogieron a través de entrevista. También participaron los cinco profesionales responsables por la atención. La organización de las declaraciones siguió la Técnica del Análisis de Categorías del Análisis de Contenido de Bardin. Los sentimientos de las mujeres fueron agrupados en las categorías vergüenza; miedo; tensión, incomodidad y dolor; "cuerpo de laboratorio"; y naturalidad. Las actitudes profesionales fueron agrupadas en diálogo, toque, paciencia, acogida y aproximación al universo cultural de las mujeres. Las actitudes citadas por los profesionales fueron efectivas y humanitarias y se presentan como sugerencias para profesionales que actúan en esta área.

PALABRAS CLAVE: Prevención de cáncer de cuello uterino; Frotis vaginal; Emociones; Relaciones profesional-paciente.

¹ Enfermeira. Pronto Atendimento Cardiológico – Prontocardio / Centro Cirúrgico. R. Capitão Melo, 3708. São João de Tauape. 60.120-220. Fortaleza-CE. E-mail: ivnasousa@terra.com.br Fone: (85) 3272 7103.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Prof^ª. Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Av. Filomeno Gomes, 80. Apt^o. 401. Ed. Carajás. Jacarecanga. CEP: 60.010-280 Fortaleza-CE. E-mail: escolpaz@yahoo.com.br Fone: (85) 3366 8454

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Programa Saúde de Fortaleza-CE. R. Oscar Bezerra, 72. Apt^o. 401. Damas. 60.425-720. E-mail: nancostaoliveira@terra.com.br Fone: (85) 3492 1647.

⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Programa Saúde da Família de São Gonçalo do Amarante-CE; R. Estado do Rio de Janeiro, 50. Apt^o. 1133, Pan Americano, CEP: 60441-150, Fortaleza-CE. e-mail: kilvyaeduardo@yahoo.com.br Fone: (085) 88076426.

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é o segundo tipo de câncer mais comum na população feminina, perdendo apenas para o câncer de mama. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), para 2008, o número de casos novos esperados no Brasil é de 18.680, com um risco estimado de 19 casos em cada 100.000 mulheres. Para o Ceará a estimativa foi ligeiramente menor, ou seja, de 17,8 casos para cada 100.000 mulheres, perfazendo um total de 770 novos casos no referido período¹.

A detecção de lesões de colo pré-invasivas é realizada por meio da citologia cérvico-vaginal pelo método de Papanicolaou. Este procedimento é utilizado há mais de 50 anos com excelente razão custo-benefício, sendo o método de avaliação que tem modificado efetivamente as taxas de incidência da doença². É reconhecido mundialmente como sendo seguro e eficiente, exigindo infra-estrutura simples para ser realizado, sendo recomendado para mulheres em atividade sexual e de até 60 anos de idade, uma vez ao ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos, orientação que se apóia na lenta progressão do câncer de colo de útero³.

A coleta de material para a citologia é efetuada com auxílio de espécuro, que introduzido na vagina permite a visualização do colo uterino. Em seguida faz-se a raspagem da ectocérvice com a espátula de *Ayre* e com a escovinha “campos da paz” se faz uma leve esfoliação da endocérvice, trazendo material para pesquisa de alterações celulares. Também é realizada a inspeção visual com ácido acético a 5% e o teste de *Schiller*, exames que permitem descrever alterações que colaboram com a análise do material coletado². O exame é rápido e indolor, porém mulheres descrevem desconforto ou pressão no baixo ventre, de modo que promover o relaxamento da musculatura pélvica é importante para que estas se sintam confortáveis.

Estudo registrou sentimentos negativos vindos de mulheres que se submeteram ao exame de prevenção, como medo, vergonha, ansiedade e nervosismo, o que foi associado, pelas mesmas, à educação sexual inadequada e ao desconhecimento acerca do exame⁴. O medo e a vergonha são sentimentos que afastam a mulher do exame preventivo, sendo necessário que o profissional de saúde saiba lidar

com esses sentimentos, particularmente em se tratando do primeiro exame, pois é a partir deste que a mulher registrará suas impressões para futuros exames⁵. Estudo de observação realizado com 11 enfermeiros atuantes em oito municípios do Ceará mostrou que somente quatro desses profissionais explicavam o exame para as usuárias⁶.

Diante do exposto e remontando à nossa prática profissional que confirma a dificuldade de mulheres em realizar o exame de prevenção com tranquilidade e o desempenho inadequado de parte dos profissionais que o realiza, surgiu o interesse pelo desenvolvimento deste estudo, desenhado para responder as seguintes questões: quais as percepções de mulheres frente ao primeiro exame de prevenção? Quais atitudes profissionais são adotadas para amenizar percepções negativas das mulheres com relação ao exame? Neste contexto, definimos como objetivos: verificar percepções de mulheres com relação ao primeiro exame de prevenção; e identificar atitudes profissionais favoráveis ao bem estar das mulheres na realização do exame.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-exploratório realizado no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará (IPCC), referência estadual para prevenção do câncer de colo uterino. O aspecto descritivo consistiu em observar, registrar, classificar e interpretar dados da coleta citológica sem interferência do pesquisador e, mais, obter o retrato preciso de como as mulheres sentiam-se frente à realização do primeiro exame ginecológico⁷. As mesmas autoras complementam que o estudo exploratório explora as dimensões deste fenômeno, como se manifesta e se relaciona com outros fatores.

Participaram 34 mulheres atendidas no referido serviço de saúde durante o período estabelecido para a coleta de dados (março a abril de 2006) e que obedeceram aos critérios de ter terminado de realizar o primeiro exame de prevenção e aceitar participar livremente do estudo. Ao sair da sala de exame a mulher era abordada pela pesquisadora a fim de esclarecer se aquele era o seu primeiro exame de prevenção. Em caso positivo, esta era convidada a participar da pesquisa, por meio de entrevista. O número de mulheres foi definido pela saturação das falas, ou seja, em torno da vigésima entrevista percebeu-se repetição de in-

formações e idéias, tornando-se mais persistente à medida que prosseguimos, chegando ao ponto em que novas idéias deixaram de ocorrer, encerrando-se, pois, a coleta dos dados. Participaram, ainda, o total de profissionais (cinco) que atenderam as respectivas mulheres.

As entrevistas seguiram roteiros específicos para cada categoria de participantes. Para as usuárias foram contempladas questões relacionadas à identificação (idade, anos de estudo, condição marital, ocupação, renda familiar, e início da vida sexual) e à satisfação em relação ao atendimento (sentimentos frente à realização do exame e percepção sobre a atuação do profissional que a atendeu). As entrevistas realizadas com os profissionais continham questões sobre a percepção destes sobre os sentimentos demonstrados pelas usuárias por ocasião do exame e sobre as estratégias que utilizavam frente a estas manifestações. Os depoimentos foram gravados, transcritos e identificados de acordo com cada informante pela letra "U" de usuária seguida de um número que obedeceu a ordem das entrevistas. Os depoimentos dos profissionais foram identificados pela letra "M" de médico e pela letra "E" de enfermeira e numerados conforme a ordem das entrevistas.

A organização das falas para a análise seguiu a Técnica de Análise Categrorial da Análise de Conteúdo de Bardin, que sugere a descrição objetiva e sistemática dos dados obtidos e o agrupamento em categorias comuns. Categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão de características comuns destes elementos⁸. Percepções de 29 mulheres foram agrupadas em quatro categorias que revelaram sentimentos negativos ou ameaçadores: vergonha; medo; tensão, desconforto e dor; e "corpo de laboratório"; e uma categoria que reuniu percepções de outras cinco mulheres que descreveram sentimento de confiança, de ter recebido um cuidado humanizado: "senti-me à vontade... profissional super gente boa".

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer N^o. 346/05 e seguiu as normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos conforme Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde⁹.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Percepções de mulheres quanto ao primeiro exame de prevenção

A faixa etária das 34 participantes variou entre 13 e 28 anos, sendo que 21 (73,6%) tinham entre 17 e 24 anos; a escolaridade variou de 4 a 11 anos e mais de estudos, com 17 (50%) tendo de 8 a 10 anos de estudos; a renda familiar variou entre ½ a 3 salários mínimos, porém 22 (64,7%) apresentaram renda superior a um salário mínimo.

Neste estudo, "percepção" foi compreendida como a representação que cada ser humano tem de si e de tudo que faz parte de seu meio e da realidade, interpretando e transformando a informação obtida pelos sentidos, registrando-a na memória. A percepção é seletiva para cada pessoa, o que significa que qualquer situação é vivenciada de uma maneira única, por cada um dos indivíduos envolvidos, correspondendo ao principal componente do sistema pessoal¹⁰.

Vergonha

Expor a intimidade do corpo para um profissional desconhecido foi a causa da vergonha expressa pelas mulheres, aspecto que se confirmou nos testemunhos que seguem:

"Foi ruim a sensação de estar sem roupa, mas foi preciso" (U18)

"Você não conhece ela [referindo-se à profissional] e você tem que estar lá toda sem roupa. É ruim o estado, mas fazer o quê?" (U29)

"Ah! eu fiquei com vergonha, sabe?" (U30)

"Muito constrangida. É horrível, você nunca viu a pessoa, né? Então fica difícil você fazer o exame, tirar a roupa. Foi até difícil eu sair pra fora [sair do consultório]. Tive que tomar coragem..." (U32)

Quando o exame foi realizado por profissional do sexo masculino, o mesmo sentimento foi exacerbado, sobre o que U7 narrou: "Durante o exame, fiquei toda me

tremendo, morrendo de vergonha, porque foi homem. Fiquei tremendo e nervosa direto, durante o exame inteiro”. Nesse contexto, U26 destacou: senti-me melhor durante o exame porque era mulher [referindo-se à profissional]. Se fosse homem era mais ruim”.

Por fim, a vergonha apareceu como sentimento capaz de adiar a realização do exame por parte de U1: “Eu não vim mais cedo porque eu tinha muita vergonha”.

O primeiro exame de prevenção é um passo importante para a garantia da saúde da mulher. Porém, mesmo consciente da necessidade de fazê-lo, a vergonha a afasta do serviço. Esse sentimento também foi citado como motivo para a não adesão ao exame por 32,5% das mulheres participantes de um estudo em município da região sudeste, também correlacionando vergonha e desconforto físico ao exame de prevenção¹¹.

Percebeu-se, ainda, que o sentimento de vergonha teve maior impacto quando o exame fora realizado por profissional do sexo masculino, o que pode ser explicado por uma possível conotação de cumplicidade entre seres assemelhados, portadores de uma mesma anatomia e talvez com as mesmas vivências de ocultamentos do corpo e de quem se pode esperar compreensão⁴.

Medo

O medo é uma perturbação angustiosa conseqüente de um risco ou um mal real ou imaginária, que desaparece com o fim da situação ameaçadora¹². Boa parte das mulheres relatou sentir medo do exame, o que se mostrou associado a concepções equivocadas acerca do mesmo (doloroso, mutilador), passadas por outras mulheres, bem como a orientação de que “as doutoras são ignorantes”.

“Muitas pessoas falaram que o ferro [referindo-se ao espéculo vaginal] era grande, doía e que as doutoras eram ignorantes por a gente ser a primeira vez. Aí eu tive medo, né?” (U18)

“Disseram que a mulher [a profissional] rasgava o negócio da gente [referindo-se ao órgão genital], abria assim com um bico de pato e rasgava. Aí eu fiquei morrendo de medo” (U22)

Parte das mulheres já chegou para realização do primeiro exame com idéias pré-concebidas a respeito do mesmo, elaboradas a partir de experiências negativas passadas por outras mulheres. Nesse contexto, sugerimos aos profissionais, numa perspectiva de promover o protagonismo e a autonomia dessa clientela, a promoção de atividades de informação com a parceria das próprias pacientes como multiplicadoras, de forma a ganharem cada mulher de seu círculo de convivência familiar e comunitária no sentido de superar boatos, mitos e fantasmas desfavoráveis à procura do exame de prevenção.

Outros autores identificaram o medo como decorrente de preocupações com a existência de doenças sexualmente transmissíveis e/ou a expectativa em relação a resultado positivo de câncer, possivelmente devido à presença de sintomas outros como leucorréia e prurido¹¹.

Tensão, desconforto e dor

A tensão manifesta pelas mulheres interferiu na realização do exame, pois a contratilidade da musculatura pélvica e vaginal dificulta a introdução do espéculo, provocando desconforto e dor:

“Fiquei muito dura, tensa, né? Não consegui relaxar” (U14)

“Não relaxei as pernas, isso aqui tudo ficou duro [apontando para a região pélvica]” (U22)

Ficar em posição ginecológica foi o motivo de tensão de U30 que argumentou ser o desconforto durante o exame, algo inevitável, por não haver outra maneira de realizá-lo sem essa exposição: “. . . a gente não fica à vontade. Por mais que a pessoa tente ficar relaxada, sossegada, não consegue naquela posição” (U30).

Estudo sobre o conhecimento de mulheres acerca do exame de Papanicolaou afirmou que a posição ginecológica proporciona sensação de impotência, desproteção e perda do domínio sobre o próprio corpo, desencadeando tensão, vergonha e medo durante o exame. Também presumiu que o toque ginecológico, a introdução do espéculo e a utilização do foco luminoso podem ocasionar tais sentimentos¹³.

“Corpo de laboratório”

O sentimento demonstrado por este grupo de mulheres traduziu uma forma de atendimento impessoal, voltada tão somente para a realização mecânica do procedimento, desconsiderando o ser cliente. “Corpo de laboratório” foi uma expressão tomada de uma das depoentes para descrever essa categoria:

“Eu me senti um corpo de laboratório. É tão prático pra ela [referindo-se a profissional] ter estudado sempre aquilo, que pra ela é uma coisa normal, mas pra nós não, é muito artificial” (U3)

“Ela [a profissional] fica muito quieta, muito “cara de gelo”, uma coisa bem séria, como se o trabalho dela só importasse isso: abre as pernas, pronto, acabou”(U5)

“Ela [a profissional] foi extremamente direta: Minha filha abra as pernas que eu vou lhe consultar agora...”(U19).

Ficou evidente a visão fragmentada dos profissionais em lidar com essas mulheres por ocasião do exame, causando-lhes insatisfação. Tal atitude mostra o predomínio da técnica sobre um corpo que vibra, necessitando de uma relação mais humana e uma visão integrada¹³. Diante do exposto faz-se necessária a oferta de serviços de qualidade técnica e, sobretudo, humanizada. A humanização depende de mudanças profissionais, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre profissionais e usuárias, bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária são instrumentos poderosos para mudança. Na realidade, a construção de organizações que estimulem os profissionais a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo, e que estas pessoas, como eles próprios, têm interesses e desejos com os quais se deve compor, é um caminho forte para se construir um modo de convivência humano¹⁴. Nesse contexto, é importante observar a invasão da tecnologia nas práticas de saúde, acarretando falta de contato pessoal e os aspectos emocionais ficando em segundo plano. Ser solidário com o outro, valorizar o aspecto humano, prestar o cuidado

holístico e estabelecer uma relação de ajuda e empatia é a base da Enfermagem. Ademais, os códigos de Ética Médica e de Enfermagem incorporam valores que delineiam a informação sobre o procedimento a ser executado e a decisão consciente do cliente quanto aos procedimentos e intervenções indicadas como dever profissional.

“Senti-me à vontade... profissional super gente boa”

Essas mulheres vivenciaram o exame com naturalidade, o que foi atribuído por todas à atitude da profissional “super gente boa” que realizou o atendimento:

“Pra ser sincera me senti normal. Não fiquei nervosa. Antes eu tava um pouquinho nervosa, mas na hora que ela começou a falar, passou” (U10).

“A enfermeira foi super gente boa, me relaxou bastante. Aí fiquei normal, normal” (U28).

“Pra falar a verdade, eu achei que ia me sentir pior, entende? Eu acho que devido a pessoa que tava ali eu me senti à vontade, não senti nada, agi normal” (U34).

Ficou evidente a atitude profissional como forma de proporcionar a aproximação e confiança das pacientes, gerando satisfação e bem-estar. Interações dessa natureza estão no cenário da humanização da assistência. Apesar de a humanização não apresentar consenso teórico e operacional, conforma-se como uma diretriz de trabalho, com possibilidade de gerar uma nova prática de assistência. Para que essa inovação ocorra é preciso a aproximação e o respeito do profissional pelas bases culturais da paciente, conhecer suas expectativas, representações¹⁵. Para tanto, práticas e mecanismos de “permitir a voz do usuário” e sua “livre verbalização” é o que determina discursos como os de U28 e U34 – “Senti-me à vontade”, – “A enfermeira foi super gente boa...”.

Comportamentos e atitudes profissionais empregadas para amenizar sentimentos negativos das mulheres durante o exame de prevenção

Três dos profissionais eram enfermeiros e dois eram médicos; quatro eram do sexo feminino e todos tinham

idade acima de 45 anos. O tempo de formados variou entre 23 e 31 anos e já atuavam na respectiva área do cuidado por mais de seis anos, sendo que três atuavam há mais de 21 anos; e todos trabalhavam nessa área por escolha e não por necessidade de inserção no mercado de trabalho.

Comportamentos e atitudes descritas pelos profissionais para amenizar sentimentos negativos de mulheres ao primeiro exame de prevenção foram agrupados nas categorias: diálogo, toque, paciência, acolhimento e aproximação do universo cultural das mulheres.

Diálogo

O diálogo é uma comunicação, discussão, uma conversa entre duas ou mais pessoas envolvendo exposição de idéias por perguntas e respostas¹².

Os profissionais deste estudo destacaram o diálogo como forma de amenizar sentimentos negativos por parte das mulheres, em duas dimensões: 1) explicar como é feito o exame e porque fazer; e 2) distrair as mulheres.

Explicar o procedimento que a paciente vai ser submetida e a importância de realização do mesmo é direito seu e dever do profissional. Essa atenção gera empatia e confiança entre quem assiste e é assistido. Este aspecto foi lembrado pelos profissionais nas falas que se apresentam a seguir:

“... a gente explica como é o exame, conversa com a paciente pra tirar a tensão, demonstra pra ela a colocação do espéculo, peço que a mulher aperte a sua mão e mostro pra ela que se ficar tensa na hora do exame sua vagina se contrai como a sua mão e, assim, o especulo vai incomodar. Então ela entende que deve relaxar” (E1).

“Na maioria das vezes a gente procura conversar com a paciente e explicar a necessidade do exame” (M1)

Estudo realizado com 200 mulheres argentinas a respeito do conhecimento, atitude e prática no exame de Papanicolaou concluiu a necessidade dos profissionais de saúde também dialogarem com suas pacientes, sobretudo fornecendo-lhes informações sobre o exame, pois a sua

prática foi considerada adequada por apenas 30,5% das participantes¹⁶.

O diálogo como forma de distração foi apresentado no sentido de desviar a atenção das mulheres. Neste sentido, os profissionais enfatizaram que quando uma paciente se mostra preocupada ou nervosa com o exame é recomendável desviar sua atenção para outro foco:

“Digo assim: pronto, primeiro respira, não treme e vamos lá conversar. Tu moras aonde, tu és de onde, qual é o teu interior? vou distraíndo...” (E3)

“Mando relaxar o dedo do pé, então eu desvio a atenção delas. E realmente quando ela relaxa o dedo do pé, que ela desvia a atenção, ela ta relaxando o resto. É minha estratégia pessoal” (M2)

Esse último depoimento evidenciou uma atitude profissional desenvolvida a partir do seu contexto prático, pautada na experiência acumulada, na intuição e no envolvimento sincero de amenizar o sofrimento das mulheres no exame.

O caráter da distração também foi conduzido com diálogos que trazem brincadeiras, humor, ou seja, um tipo de comunicação que promova sorriso, alegria. Para os profissionais, as brincadeiras bem humoradas são utilizadas como forma de descontração, fazendo com que a paciente sinta-se à vontade e relaxada no momento do exame de prevenção.

“Eu tenho mania de brincar dizendo: não é injeção não, menina! Aí elas [as pacientes] acham graça e relaxam” (E3).

“Eu digo assim: você tem marido? E ele presta? Aí elas [usuárias] morrem de rir. Elas riem de cada pergunta besta que eu faço” (E3)

Tal estratégia foi reconhecida na voz de U1: “A doutora examina a gente brincando, todo tempo rindo, é tão bom a gente se distrai e esquece do que ta fazendo”(U1).

O riso é um estimulador do hipotálamo, que sintetiza as betas endorfinas, substâncias analgésicas similares às morfina, mas com potência analgésica cem vezes maior. Estas substâncias são produzidas nas situações de riso, gar-

galhadas, alegria ou em toda situação de bom humor¹⁷. É baseado neste princípio fisiológico que a terapia do riso ou a risoterapia tornou-se um método terapêutico desde a década de 60, propagado pelo médico americano *Hunter Adams*, que desde sua época de estudante já implantava este método em hospitais e escolas por observar o baixo estado de alegria e de humor em seus clientes. Assim, introduziu a terapia do riso, ou seja, um descondicionamento de atitudes e hábitos perniciosos arraigados na personalidade, para viver com amor e felicidade.

As brincadeiras promovem uma interação aconchegante e de confiança entre profissional e cliente. Desse modo, as brincadeiras facilitam a realização do procedimento, quebra a formalidade e produz satisfação no exercício da profissão.

“Ela brinca muito, tem o espírito jovem. Ela brinca com a gente como se a gente fosse amiga dela. Uma brincadeira de amizade, como se ela fosse adolescente também. Aí a gente fica bem relaxada” (U1).

Toque

Para os profissionais pesquisados, o contato físico, o toque, é estratégia que tranquiliza a usuária durante o exame de prevenção. E1 afirmou que divide com a auxiliar de enfermagem que a apóia na realização do exame essa tarefa: “E lá na hora mesmo [referindo-se a introdução do espêculo] a auxiliar que trabalha com a gente pega na mão da paciente, alisa, faz de tudo um pouco para ela ficar bem tranqüila”. O toque é um gesto que faz parte do cotidiano, sendo considerado um meio facilitador ou dificultador da comunicação e da criação de vínculos. É uma necessidade básica do ser humano e precisa ser satisfeita para que o organismo sobreviva¹⁸. É um dos instrumentos primários que os profissionais dispõem para estabelecer contato direto com os pacientes em um curto período e para identificar as necessidades dos mesmos.

Estudo experimental realizado com 20 ratos da raça *Wistar* pesquisou o efeito do toque terapêutico na cicatrização de lesões de pele de cobaias e concluiu-se que o toque terapêutico acelerou o processo cicatricial dos ratos

que pertenciam ao grupo experimental quando comparados com o grupo controle¹⁹. Estudo a respeito do contato terapêutico realizado com 15 mulheres que receberam massagens durante o trabalho de parto evidenciou que as massagens foram eficazes no alívio da dor, proporcionando relaxamento, bem-estar e redução do medo relacionado ao parto²⁰. Portanto, estes pesquisadores corroboram a estratégia do toque, devendo ser mantida e adotada por profissionais outros que realizam o exame de prevenção, como fonte de alívio da tensão e do desconforto das mulheres.

Paciência

A paciência foi uma virtude apresentada como sendo fundamental na prática de profissionais que realizam exame de prevenção, visto que a usuária demanda tempo para aceitar e colaborar com o procedimento, marcadamente o primeiro, pois para esta tudo é desconhecido: “É procurar ter mais paciência quando é o primeiro exame porque, de qualquer maneira, é diferenciado por que ela [a usuária] não tem a experiência de nenhum, né?” (E2). A paciência da enfermeira foi reconhecida por U32 como força mobilizadora para o seu retorno e como força motivadora para convencer outras mulheres a virem realizar o exame: “Eu voltaria para a mesma enfermeira e recomendaria ela para outras mulheres, devido toda paciência dela com as pessoas que nunca fizeram o exame”.

Na lógica do primeiro exame de prevenção, a paciência da profissional que o realizou colaborou para a adesão ao retorno da usuária e a formação de sua atitude favorável a que outras mulheres procurem o serviço.

Acolhimento

Para os profissionais entrevistados, acolher bem proporciona o estabelecimento de vínculo, de confiança, como foi destacado por E3: “Quem bota a mulher pra dentro sou eu. Eu gosto de chamar, dar o bom dia, olhar pra cara, pois a gente se relaciona melhor”.

O acolhimento corresponde ao ato de receber a paciente, desde sua chegada ao serviço, tomando para si a responsabilidade pelo seu atendimento, ouvindo suas queixas e dando-lhes oportunidade para que suas preocupações sejam

reveladas. O acolhimento implica na escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde do usuário, conforme sua cultura, saber e capacidade de avaliar riscos. Assim, para tornar o acolhimento eficaz E3 orientou para que o profissional se coloque no lugar da usuária e sinta suas inquietações: “na hora que você sentar num birozinho, o outro lado [o lado da paciente] é você de novo”.

Para as usuárias, a falta do acolhimento adequado foi retratada na categoria “corpo de laboratório”, na qual reuniram insatisfações com relação à postura impessoal e desumana adotada por parte dos profissionais. Por outro lado, na categoria “senti-me à vontade... a profissional foi super gente boa” as mulheres reuniram satisfação com a atitude acolhedora de parte dos profissionais.

Aproximação do universo cultural das mulheres

Esse comportamento foi apresentado na forma de apropriação por parte da profissional, de termos, linguagem e costumes da clientela. Quando esse universo é levado pelo profissional no momento do exame, há uma identificação por parte das mulheres gerando equilíbrio na interação profissional-cliente. E3 defende esse ponto de vista ao narrar:

“Aí elas [usuárias] têm confiança porque eu falo igual a um caboclo, porque sou do interior, elas relaxam. Trabalho há 20 anos no interior, aí eu fico igual a elas. Aí elas dizem: a doutora é igual a mim!”

Um dos obstáculos no relacionamento profissional/cliente é o distanciamento socioeconômico e cultural entre os envolvidos. Algumas mulheres procuram o serviço com receio de estabelecer contato com os profissionais por sentir-se diminuída, inferior e por não ter consciência dos seus direitos como usuária do sistema de saúde.

Outro ponto a destacar foi a profissional mencionar seu lugar de origem, estreitando o relacionamento através das raízes interioranas, uma vez que parte das mulheres que procuram o serviço é proveniente do interior do Ceará, ocorrendo, pois, um encontro cultural entre profissional e mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções identificadas nesse estudo a respeito da realização do exame de prevenção, como vergonha, medo, tensão, desconforto e dor, provocados por atitudes impessoais e mecânicas dos profissionais, como falta de diálogo e de orientação, foram semelhantes às aquelas encontradas por outros autores. Todavia, mensagens passadas por mulheres que já realizaram o exame de prevenção foi fator identificado como gerador de sentimentos negativos das mulheres no primeiro exame. Essa realidade foi discutida e foram apresentadas sugestões para a sua superação, ficando a assertiva de que a realização do primeiro exame deve ser feita com respeito e ética por parte do profissional, que deve estar preparado para lidar com boatos e fantasias suscitados em cada mulher.

Vivenciar o exame com sentimentos negativos já não foi comum a todas as mulheres, encontrando-se aquelas que o realizaram com naturalidade e se sentiram à vontade, resultado atribuído à postura acolhedora do profissional que o realizou.

Comportamentos e atitudes apresentadas pelos profissionais para amenizar percepções e sentimentos negativos das mulheres sobre o exame foram relevantes, simples, intuitivos e se apresentam como sugestões para os profissionais que lidam nessa área do cuidado. Destacam-se o diálogo, no sentido de explicar o procedimento para a usuária e levá-la à distração, utilizando-se de brincadeiras; o toque; a paciência; o acolhimento; e a aproximação do universo cultural das mulheres. Os respectivos comportamentos e atitudes apareceram nas falas de parte das mulheres, porém em depoimentos de outras se percebeu exatamente a necessidade de tê-las, do que se conclui haver uma distância entre o discurso profissional e a prática. Neste contexto, levanta-se a necessidade de estudos que procurem mostrar por que os profissionais sendo conhecedores de estratégias que amenizam os sentimentos negativos das mulheres negligenciam neste sentido.

Com base nos depoimentos de U7 e U26 a respeito de sentir-se melhor com profissional do sexo feminino, sugere-se que o profissional não só respeite essa manifestação de sentimento, mas que crie um espaço de aproximação

ção, diálogo, vínculo e confiança com essas mulheres, gerando um ambiente favorável à superação deste evento. Casos de insucesso e tendo o serviço de saúde, profissionais de ambos os sexos, deveriam proporcionar à mulher, o direito de escolha. Não sendo possível essa escolha, que a mulher seja referenciada para outro serviço. Uma simples atitude do profissional em dirigir-se à sala de espera, apresentar-se e conversar com as mulheres sobre o exame e sobre sua postura na realização do procedimento já ameniza esses sentimentos de recusa das mulheres em serem examinadas pelo sexo oposto, conduzindo-as à aceitação.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2008. [on line]. [acesso 2008 jan. 12]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2008/>.
2. Secretaria de Saúde(CE). Saúde reprodutiva e sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial). Fortaleza: SESA; 2002.
3. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero. *Rev Bras Cancerol* 2002; 48(1):13-5.
4. Carvalho MLO, Furegato ARF. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. *Rev Eletronica Enferm*. [on line] 2001 [acesso 2005 maio 25]; 3(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>.
5. Loowdermilk LD, Perry ES, Bobak MI. O cuidado em Enfermagem materna. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
6. Nogueira RA, Moura ERF. Atuação de enfermeiras nas ações de prevenção do câncer cérvico uterino. *Rev Anima*; 2004; (6):37-43.
7. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução no. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
10. King IM. A theory for nursing: systems, concepts, process. New York: J. Wiley; 1981.
11. Paula AF, Madeira AMF. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. *Rev Esc Enf USP* 2003; 37(3):88-96.
12. Rocha R. Minidicionário. São Paulo: Scipione; 1996.
13. Amorim T. Prevenção do câncer cérvico-uterino: uma compreensão fenomenológica. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 1997.
14. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde São Paulo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
15. Bosi MLM, Affonso KC. Direito à saúde e participação popular: confrontando as perspectivas de profissionais e usuários da rede pública de serviços de saúde. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 451-79.
16. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou entre mulheres argentinas. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2):270-6.
17. Lambert E. Rir é o melhor remédio (entrevista). [on line]. [acesso 2006 jul 9]. Disponível em: http://www1.uol.com.br/vyaestelar/vya_estela60.htm.
18. Montagu A. *Tocar: o significado humano da pele*. 5ª ed. São Paulo: Summus; 1988.
19. Saviato RM, Silva, JMP. Efeitos do toque terapêutico na cicatrização de lesões de pele de cobaias. *Acta Paul Enferm* 2004; 17(4):377-82.
20. Silveira IP, Campos ACS, Fernandes AFC. O contato terapêutico durante o trabalho de parto: fonte de bem-estar e relaxamento. *Rev RENE* 2002; 3(1):67-72.

RECEBIDO: 29/11/2007

ACEITO: 31/03/2008

PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE MAMA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO CEARÁ

PROFILE OF PATIENTS WITH BREAST CANCER IN A HOSPITAL REFERENCE IN CEARÁ

PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE CÁNCER DE MAMA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN CEARÁ

CARLA MONIQUE LOPES MOURÃO¹

JOSÉ GOMES BEZERRA DA SILVA²

ANA FÁTIMA CARVALHO FERNANDES³

DAFNE PAIVA RODRIGUES⁴

O Câncer de mama é o mais comum em mulheres e a segunda causa de morte por câncer entre elas. O objetivo deste trabalho foi descrever o padrão de incidência e prevalência do câncer de mama e verificar se estão presentes os principais fatores de risco conhecidos. Utilizamos o estudo individual, observacional, analítico e seccionado, realizado com 1934 pessoas, homens e mulheres, com câncer de mama registrados em um hospital de referência no Ceará no período de 2000 a 2003. Os dados foram coletados no banco de dados do hospital e processados no EPI-INFO 6.04. Resultou que a incidência do câncer de mama está aumentando em pessoas com idade inferior a 50 anos, que é mais prevalente em uma população composta por usuários do serviço público e de baixa escolaridade. Concluímos que o estudo é relevante para o desenvolvimento de outras pesquisas que enfatizem dados epidemiológicos do câncer de mama.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias mamárias; Epidemiologia; Incidência; Prevalência; Fatores de risco.

Breast cancer is the most common in women and is the second cause of death by cancer among them. The purpose of this study was to describe the level of incidence and predominance of breast cancer, and verify if the principal factors of known risks are present. We used the individual, observational, analytical and sectioned study, conducted with 1934 people, men and women diagnosed with breast cancer, registered in a reference hospital in Ceará within the period of 2000 to 2003. The data were collected in the hospital database and processed in the EPI-INFO 6.04. Our studies showed that the incidence of breast cancer is increasing in people less than fifty years of age, which is more evident in a population composed by public service users and low school level. We conclude that the study has a great importance for the development of other researches that emphasize epidemiological data of breast cancer.

KEYWORDS: Breast neoplasms; Epidemiology; Incidence; Prevalence; Risk factors.

El cáncer de mama es muy común en las mujeres y la segunda causa de muerte por cáncer entre ellas. El objetivo de este estudio fue describir el nivel de incidencia y el predominio del cáncer de mama, y verificar si aparecen los principales factores de riesgo conocidos. Fue utilizado el estudio individual, de observación, analítico y seccionado, realizado con 1934 personas, hombres y mujeres, con diagnóstico de cáncer de mama registrados en un hospital de referencia en Ceará, entre 2000 a 2003. Los datos fueron recogidos en el banco de datos del hospital de referencia y procesados en el EPI-INFO 6.04. Nuestro estudio muestra que la incidencia de cáncer de mama está aumentando en personas menores de 50 años, que es más evidente en una población compuesta por usuarios de los servicios públicos y de baja escolaridad. Concluimos que el estudio es muy importante para el desarrollo de otras investigaciones que enfatizen datos epidemiológicos del cáncer de mama.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias de la mama; Incidencia; Prevalencia; Factores de riesgo.

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, PIBIC/UFC/FUNCAP.monique.enf@hotmail.com

² Professor Doutor Adjunto II da Universidade Federal do Ceará. gomes@ufc.br

³ Professora Doutora Adjunto IV do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.afcana@ufc.br

⁴ Profesora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. ccenfermuecebr

INTRODUÇÃO

O câncer representa um grande desafio para a saúde pública. O termo câncer advém do grego *karkinos* e do latim câncer que significa “caranguejo”. Simbolicamente essa comparação ocorre pela semelhança entre as veias intumescidas do tumor e as pernas do animal, como também pela agressividade e imprevisibilidade de ambos ¹.

O câncer caracteriza-se por duas propriedades distintas: crescimento incontrolável de células originárias de tecidos normais que se reproduzem em grande velocidade e propriedades de matar o hospedeiro por meio de extensão local, pela capacidade de difusão para os tecidos vizinhos provocando metástases ².

Nos países ocidentais o câncer de mama representa uma das principais causas de morte em mulheres. Dados estatísticos indicam o aumento da sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes.

No Brasil, o câncer de mama apresenta-se como a segunda causa de morte por câncer em mulheres, sendo o câncer mais incidente no sexo feminino nas regiões norte, nordeste e sudeste. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima para 2008 49.400 casos novos de câncer de mama no Brasil com um risco estimado de 51 casos a cada 100 mil mulheres. Para o Ceará, os dados indicam o surgimento de 1.540 casos novos em todo o Estado. Desses, 640 somente na capital e o restante (900) nos demais municípios, o que corresponde às incidências de 35,65 e 49,64 por 100.000 mulheres, respectivamente ³.

O risco aumenta conforme a idade avança, com a maioria dos tumores estando mais prevalentes em mulheres acima de 50 anos. De acordo com o INCA, a mortalidade por câncer de mama no Brasil aumentou de 6,1 em 1980 para 9,7/ 100.000 mulheres em 1988, o que representa um acréscimo de 62,9%. O número de casos novos apresenta tendência ascendente devido às mudanças ambientais, urbanização crescente e adoção de estilos de vida favoráveis a carcinogênese, assim como ao acúmulo de pessoas idosas na população geral³.

Assim, enquanto as taxas de mortalidade de outras neoplasias tendem a diminuir e a mortalidade por câncer de colo uterino é quase estacionária, o câncer de mama situa-se ao lado daquelas neoplasias, como o câncer de pulmão e próstata, cuja tendência da mortalidade tem sido ascendente ⁴.

Este tipo de câncer é bastante temido pela sua alta frequência e, sobretudo, pelos efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. As causas do câncer são variadas, podendo ser externas (substâncias químicas, irradiação, vírus) ou internas (hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas), estando ambas inter-relacionadas.

As causas externas estão relacionadas ao meio ambiente, hábitos e costumes próprios do contexto social e cultura na qual o indivíduo habita. Enquanto que, as causas internas estão geneticamente pré-determinadas e intimamente relacionadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. A interação entre esses fatores causais aumenta a probabilidade de transformações malignas nas células normais ⁵.

Existem fatores que geram controvérsia entre os pesquisadores, como lactação, aborto, dietas hiperlipídicas, etilismo e tabagismo. Os fatores especulativos são aqueles para os quais existem poucos estudos que confirmem a sua relação com o câncer de mama: obesidade, tamanho da mama, traumatismo mamário, exposição à radiação ocupacional ou doméstica ⁶.

As neoplasias mamárias quando são detectadas precocemente podem ser tratadas com sucesso através da mastectomia, que pode ser definida como um processo cirúrgico agressivo de remoção da mama, podendo acarretar repercussões físicas e emocionais desfavoráveis à vida da mulher. Embora existam procedimentos cirúrgicos menos deformantes, como a tumorectomia e a quadrantectomia, a mastectomia continua sendo o procedimento mais seguro na remissão total e cura e na prevenção da disseminação do câncer de mama, proporcionando um aumento significativo na sobrevida ⁷.

A detecção precoce da neoplasia é a única forma de diminuir suas taxas de morbidade e mortalidade. O auto-exame das mamas pode ser executado pela própria mulher ou por profissional treinado da área da saúde. O sucesso deste procedimento, em bases populacionais, requer uma

forte motivação e o reconhecimento que o câncer de mama é um perigo em potencial⁸.

O objetivo deste trabalho foi descrever o padrão de incidência e prevalência do câncer de mama e verificar se estão presentes os principais fatores de risco conhecidos.

O conhecimento sobre as questões básicas de saúde da mulher, a capacidade do câncer de mama resultar em mastectomia, os fatores de risco e determinantes, as principais manifestações clínicas decorrentes da intervenção cirúrgica, são questões que merecem destaque na saúde para a construção e implementação de uma satisfatória infraestrutura física e organizacional dos serviços de saúde, de uma melhor qualificação da assistência prestada pela equipe de profissionais de saúde, além de ajudar na construção do perfil epidemiológico da população com neoplasias mamárias no Brasil e, em especial no Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, seccionado, individual, observacional e com abordagem quantitativa, que tem sido caracterizado como aquele cujo objetivo principal é descrever cuidadosamente características de pessoas, situações ou grupos, bem como a frequência com que certo fenômeno ocorre⁹.

O estudo foi realizado em um hospital de referência em oncologia no Ceará, onde a população tem sido encaminhada por profissionais de saúde que atuam no diagnóstico do câncer na cidade e região ou mesmo, pelos próprios pacientes que buscam o serviço com suspeita da doença, com seus sinais e sintomas clínicos já conhecidos.

Os dados foram coletados no banco de dados do referido hospital no período de 2000 a 2003 e envolve uma população de 1934 pessoas, entre homens e mulheres, com o diagnóstico de câncer de mama.

As variáveis foram: idade, sexo, estadiamento tumoral, grau de instrução, ocupação, exames e tratamentos. Estas variáveis fazem parte da ficha-padrão, preenchida durante a admissão do cliente no hospital. Os dados foram posteriormente condensados em um banco de dados, processados e analisados no programa estatístico EPI-INFO 6.04.

O estudo obedeceu às recomendações estabelecidas na Resolução n.º 196/96 do Ministério da Saúde, que se refe-

re à pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Câncer do Ceará.¹⁰

RESULTADOS

A amostra constou de 1911 mulheres e 23 homens portadores de câncer de mama, com a idade variando entre 19 e 89 anos. A frequência de casos abaixo de 50 anos atinge 37,4% da população da amostra. A frequência de homens com câncer de mama alcança 1,2% da amostra¹¹.

A tabela 1 apresenta o grau de instrução da população da amostra, sendo que a maioria (36,5%) possui o ensino fundamental incompleto e 9,9% são analfabetos.

Com relação ao estado civil, a maior parte da amostra (57%) era casada, seguido de solteiros 22,2% e viúvos 14,8%.

Quanto à ocupação, podemos perceber na tabela 1 que um pouco mais da metade da amostra (51,9%) atua em trabalhos domésticos, aqui considerados os realizados dentro e fora do lar, tais como faxineiro, doméstica, cozinheiro e costureiro. Tais dados são condizentes com o baixo grau de instrução de certa parcela da população da amostra.

Percebemos que 67,6% da amostra têm procedência de Fortaleza, visto que a capital abriga grande parte da população do interior do estado que é amparada pelas casas de apoio, que são locais sustentados financeiramente por instituições filantrópicas e/ou pelo governo que amparam os pacientes do interior do estado e que não têm residência na capital ou no centro de referência para determinado tratamento. Geralmente os pacientes provenientes dessas casas de apoio apresentam o endereço da mesma para constar nas fichas de admissão.

Relacionado ao tipo histológico, observamos na tabela 2 que prevaleceu o tipo carcinoma ductal infiltrante (89,9%) e o estadiamento tumoral mais prevalente foi o II com 44%.

Porém observamos que logo em seguida por ordem decrescente, 41% da população foi diagnosticada em estágios mais avançados (III e IV). A lateralidade do câncer de mama foi equivalente para ambas as mamas, sendo 44,1% para a mama direita e 44,8% para a esquerda.

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE CÂNCER DE MAMA SEGUNDO IDADE, GRAU DE INSTRUÇÃO, ESTADO CIVIL, OCUPAÇÃO E PROCEDÊNCIA. FORTALEZA- CE 2006

Variáveis	Categorias	N.º	%
Idade	19 a 30 anos	27	1,40
	30 a 50 anos	696	36,00
	50 a 60 anos	908	47,00
	60 anos e mais	303	15,60
Grau de instrução	Analfabeto	192	9,90
	Ens. Fundamental incompleto	706	36,50
	Ens. Fundamental completo	175	9,00
	Ensino Médio completo	394	20,40
	Ensino Superior	272	14,10
Estado Civil	Não informado	195	10,10
	Casado	1112	57,00
	Solteiro	430	22,20
	Viúvo	296	14,80
	Separado	85	4,40
Ocupação	Não informado	11	0,60
	Trabalhos domésticos	1005	51,90
	Área comercial	92	4,70
	Serviço público	107	5,50
	Confecção em série	68	3,50
	Área rural	83	4,30
	Aposentado	353	18,20
	Estudante	108	5,60
Procedência	Não informado	118	6,10
	Maracanaú	45	2,30
	Limoeiro do Norte	25	1,30
	Fortaleza	1307	67,60
	Caucaia	56	2,90
	Outras cidades do CE	501	25,90

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS CASOS DE CÂNCER DE MAMA SEGUNDO TIPO HISTOLÓGICO, ESTADIAMENTO TUMORAL E LATERALIDADE. FORTALEZA-CE 2006

Variáveis	Categorias	Nº	%
Tipo histológico	Carcinoma sem especificidades	79	4,00
	Carc. intra ductal	49	2,50
	Carc. ductal infiltrante	1738	89,90
	Carcinoma lobular	68	3,60
Estadiamento tumoral	0	65	3,40
	1	222	11,50
	2	851	44,00
	3	580	30,00
	4	216	11,10
Lateralidade	Direita	850	44,10
	Esquerda	866	44,80
	bilateral	17	0,90
	Sem informação	201	10,20

TABELA 3: RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE INSTRUÇÃO E O ESTADIAMENTO TUMORAL FORTALEZA-CE 2006

Grau de instrução	Estadiamento 0 e 1	Estadiamento 2, 3 e 4
Analfabeto/Ens. Fundamental incompleto	76	689
Ens. Fundamental completo a nível superior	175	513

Com o cruzamento de duas variáveis, observamos na tabela 3 que quanto menor o grau de instrução, maior a chance de ter estadiamento 2, 3 e 4. O inverso também é notório, visto que quanto maior o grau de instrução, maiores são as chances da doença ser diagnosticada em fases iniciais (estadiamento 0 e 1). Porém, podemos observar na literatura que muitos integrantes da população que tem grau de instrução elevado e que também fazem parte de classes sociais elevadas são diagnosticados com estadiamentos avançados (2,3 e 4) sendo este tipo de câncer mais comum em mulheres que vivem em grandes cidades¹².

DISCUSSÃO DOS DADOS

O câncer de mama é a neoplasia maligna de maior incidência e a maior causa de mortalidade na mulher brasileira, representando cerca de 20% dos casos de neoplasias na mulher e 15% das mortes, sendo também um dos tumores mais estudados em todo o mundo, porém ainda existem muitas controvérsias e questões sobre os seus determinantes¹³.

Em seu conjunto, os dados desse estudo abordam características sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas e apresentam uma população composta por usuários do serviço público, com baixa escolaridade e renda, pouco inseridos no mercado de trabalho e que buscaram o serviço do hospital de referência com alterações mamárias, muitos deles já com o diagnóstico maligno.

O que chama a atenção e preocupa pesquisadores e profissionais da saúde é que cada vez mais, são comuns relatos e casos de câncer mamário em jovens. Analisando os dados da amostra, percebemos que o câncer de mama está aumentando em pessoas com menos de 50 anos.

Outro dado aponta uma percentagem significativa da população masculina portadora de câncer de mama (23=1,2%). Na população ocidental, o carcinoma de mama

masculino representa menos de 1% dos correspondentes tumores femininos considerados na sua totalidade, enquanto é mais freqüente em muitas populações africanas, chegando a atingir 15% em Zâmbia e 8% no Egito, provavelmente devido a um hiperestrogenismo oriundo de lesão hepática causada pela bilharziose e a má nutrição¹⁴.

Relacionado ao grau de instrução, as percentagens mostram uma conexão com a baixa escolaridade, principalmente das mulheres, no Brasil em décadas passadas, visto que 62,2% da amostra têm acima de 50 anos de idade. A baixa escolaridade pode ter um certo vínculo com a falta de informação, no caso a falta de conhecimento sobre métodos de prevenção e detecção precoce, e a dificuldade no acesso aos serviços básicos de saúde¹⁵.

O estado civil predominante na população em estudo foi de casados 57%, estando os demais (43%) distribuídos entre solteiros e viúvos.

Com relação à procedência da amostra, é esperado que a maior parcela esteja na capital, visto que é um centro de referência e encaminhamento de serviços de atendimento primário e secundário. A falta de um programa nacional regionalizado e hierarquizado para detecção precoce dificulta o gerenciamento das ações e capacitação de profissionais de saúde, sendo freqüente a migração de pacientes provenientes de áreas com atendimento deficiente (outros estados e interior), sobrecarregando e onerando os demais centros de referência e de moderado acesso, como ocorre na capital do Ceará e outros estados.

Em São Paulo, a maior concentração de recursos materiais e humanos no município e a grande população de migrantes que lá residem, contribuem para que a metrópole tenha maior número de óbitos decorrentes de câncer de mama¹⁶.

Alguns estudos demonstraram que fatores sócio-demográficos podem estar associados a um maior risco de câncer de mama, mas a magnitude dessa associação é fraca, com riscos relativos baixos. Com exceção da idade, outras variáveis sócio-demográficas não devem ser utilizadas como parâmetros para rastreamento, por pouco diferenciarem as portadoras da doença das mulheres saudáveis¹⁷.

Nos fatores clínicos, consideramos o carcinoma ductal infiltrante (CDI) como o tipo histológico mais

prevalente. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o CDI prevalece em 65 a 80% dos casos¹¹.

Podemos perceber que o estadiamento tumoral mais prevalente foi o II com 44%, o que, de início, é um bom sinal, pois evidenciou que a população foi diagnosticada em estágios iniciais da doença, onde as chances de remissão total e cura são mais elevadas. Porém, o restante da parcela, 56%, teve o câncer de mama diagnosticado em estágios mais avançados, sendo esse fato bastante prevalente na literatura e nos serviços públicos de saúde, ocorrendo principalmente em uma população que tem pouco acesso a serviços especializados¹¹.

Realizando o cruzamento de dois dados (grau de instrução x estadiamento tumoral), obtivemos que quanto menor o grau de instrução maior a chance de ter estadiamento 2, 3 e 4, evidenciando que a falta de informação ou mesmo alguns fatores e crenças culturais estão diretamente relacionadas com o diagnóstico tardio do tumor, dificultando o tratamento e diminuindo as chances de remissão total e cura da doença.

Obtivemos também como resultado o fato de que quanto maior o grau de instrução, maiores são as chances da doença ser diagnosticada em fases iniciais (estadiamento 0 e 1), considerando que um grau de instrução mais elevado favorece o acesso mais fácil a exames diagnósticos e serviços de saúde, havendo assim maiores possibilidades de diagnóstico precoce e tratamento menos agressivo e radical.

CONCLUSÕES

Constatou-se que a população da amostra é composta em sua maioria de usuários do serviço público, de baixa escolaridade e pouco inseridas no mercado de trabalho, tendo essa parcela da população certa dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama em estadiamentos iniciais, com conseqüente remissão e possibilidade de cura da doença.

Esses fatos apontam para uma crescente necessidade de propostas educativas que problematizem o câncer de mama, entre mulheres e homens, e, principalmente para que os serviços de saúde facilitem o acesso e dêem disponibilidade de técnicas e métodos para o diagnóstico precoce.

Com base nos resultados obtidos, destacamos que o câncer de mama está atingindo mulheres com idade inferior a 50 anos, fato antes incomum. Entre as neoplasias, este câncer destaca-se por atingir mulheres em todas as idades, em especial, acima dos 45 anos, pois é um dos fatores de risco para a doença, porém, nos últimos anos, o câncer de mama vem acometendo mulheres com idades inferiores a 40 anos, o que causa preocupação aos especialistas, favorecendo a implementação de campanhas de conscientização da comunidade para a detecção precoce do tumor .

Constatamos que esse tipo de câncer está atingindo uma parcela crescente de pessoas solteiras, levando a uma diminuição da auto-estima e medo de enfrentar novas relações, bem como a grande parcela de pessoas casadas acometidas com a doença, o que leva a um medo de não-aceitação pelo cônjuge e possíveis mudanças no aspecto físico e psicológico que poderão afetar o relacionamento conjugal.

Diante dos resultados encontrados, percebemos que se fazem necessárias medidas de detecção precoce do câncer de mama, não detendo-se somente no auto-exame e no exame clínico das mamas, mas em exames diagnósticos para acesso da população geral atendida pela rede pública de saúde.

Enquanto em países desenvolvidos o auto-exame das mamas já não exerce importância na detecção precoce do câncer mamário por não ter impacto sobre a mortalidade, nas normas para controle do câncer no Brasil o INCA preconiza tal medida apenas como recurso para conscientização da mulher.

Isto implica em adoção de estratégias não só para a ampliação da cobertura assistencial como, sobretudo em investimentos relacionados com a detecção precoce do problema. Com esse fim, uma melhor estruturação da rede primária e secundária de atendimento pode contribuir com a elevação da qualidade e efetividade da assistência. Por outro lado, recursos educacionais em saúde e comunicação social podem ser implementados, tanto direcionados aos profissionais de saúde, como voltados para a população em geral, mediante o desenvolvimento de ações programáticas de saúde destinadas às mulheres, que são a população-alvo.

REFERÊNCIAS

1. James BW, Cecil, SJL. Tratado de medicina interna. 16^a ed. Rio de Janeiro.: Guanabara Koogan; 1986. v. 1.
2. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Est Psicol (Natal)* 2003; 8(1):155-63.
3. Ministério da Saúde(BR). Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Controle de Câncer. O problema do câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2008.
4. Ministério da Saúde(BR). Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 2008. [online]. [acesso 2008 jan 28]. Disponível em: <http://www.inca.org.br> .
5. Cavalcanti, PP. Identificando fatores de risco nos familiares de mulheres mastectomizadas. [monografia]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2003.
6. Morgan JW, Gladson J. Position paper of the American Council on Science and Health on risk factors for breast cancer. *Breast J* 2001; 4(93):177-97.
7. Barbosa, ICFJ. Intervenção da terapia ocupacional com um grupo de mulheres mastectomizadas. [monografia]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2000.
8. Mittra I. Early detecção of breast câncer in industrially developing countries. *Gan To Kagaku Ryoho* 1995; 22(supl. 3):230-5.
9. Polit DE, Hungler BP, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
10. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. [Acesso 2008 mai 19]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/re19696.htm>.
11. Angus J, Paszat L, McKeever P, Trebilcock A, Shivji F, Edwards B. Pathways to breast cancer diagnosis and treatment: exploring the social relations of diagnostic delay. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2007 Out-Dez; 16(4): 591-8.
12. Menke H.C; Biazus J.V. Xavier N.L. et al. Rotinas em Mastologia. Porto Alegre. 2^a ed. Artmed Editora S/A, 2007.
13. Gonçalves SROS, Arrais FMA, Fernandes AFC. As implicações da mastectomia no cotidiano de um grupo de

- mulheres. Rev. RENE. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 9-17, maio/ago. 2007.
14. Veronesi, U, Luini, A, Andreoli, C. Mastologia Oncológica. Rio de Janeiro Editora Médica e Científica Ltda., 2002.
15. Almeida, AM, Prado, MAS, Guidorizzi, LLE, Rossini, FP. Mulheres com câncer de mama: um estudo de morbidade. Disponível: www.cirurgiareparadora.com.br/acta/acta02_81
16. Gebrin, LH, Quadros, LGA. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 28(6): 319-323, jun.2006.
17. Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 23(5): 1061, maio de 2007.

RECEBIDO: 29/10/2007

ACEITO: 05/05/2008

PERCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE ALEITAMENTO EM PREMATUROS DA UNIDADE CANGURU DE UMA MATERNIDADE DE FORTALEZA - CE

MOTHERS PERCEPTION ABOUT BREAST FEEDING IN PREMATURES ATTENDED IN THE KANGAROO UNIT OF A MATERNITY IN FORTALEZA – CE

PERCEPCIÓN DE LAS MADRES SOBRE AMAMANTAR PREMATUROS EN LA UNIDAD CANGURO DE UNA MATERNIDAD DE FORTALEZA – CE

KARLA MARIA CARNEIRO ROLIM ¹

ANA FERREIRA VIDAL ²

MONALISA ABRANTE MARIANO ³

ANTONIA DO CARMO SOARES CAMPOS ⁴

MIRNA ALBUQUERQUE FROTA ⁵

Objetivou-se conhecer a percepção das mães sobre o processo de aleitamento materno em prematuros assistidos na Unidade Mãe-Canguru. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma maternidade pública, em Fortaleza-CE, no período de janeiro a maio de 2007. Os sujeitos foram 10 mães que se encontravam com seus bebês internados na Unidade. Utilizou-se entrevista semi-estruturada, da qual emergiram as categorias: conhecimento materno sobre o bebê prematuro, percepção das mães sobre o método mãe-canguru, percepção das mães em amamentar um bebê prematuro e satisfação com o serviço. O vínculo afetivo do binômio mãe-filho foi evidenciado e, por sua vez, considerado fator significativo na recuperação do bebê.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; Recém-nascido de baixo peso; Prematuro.

The aim of this research was to learn about the mother's perception on the breast feeding process in premature babies attended in the Mother-Kangaroo Unit. It is a descriptive study with qualitative approach, carried out at a public maternity, in Fortaleza-CE from January to May/2007. As subjects of the research there were 10 mothers who had come along with their babies. The babies were interned in the hospital Unit. We used interviews with semi-structured questions. The subject matters were the following: maternal knowledge on the premature baby, mother's perception on the Mother-Kangaroo method, mother's perception in breast feeding a premature baby and the satisfaction with the action. The mother-child affective bond was evidenced and, in turn, it was considered a significant factor in the recovery of the baby.

KEYWORDS: Breast feeding; Infant; low birth weight; Infant; premature.

El objetivo de este estudio fue saber cómo perciben las madres el proceso de lactancia materna en prematuros asistidos en la Unidad Madre Canguro. Estudio descriptivo, con planteo cualitativo, realizado en una maternidad pública, en Fortaleza-CE, en el período de enero a mayo de 2007. Los sujetos sondeados fueron 10 madres que se hallaban con bebés internados en la Unidad. Se utilizó entrevista estructurada en parte, de la cual surgieron las categorías: conocimiento materno sobre el bebé prematuro, percepción de las madres sobre el método madre canguro, apreciación de las madres en amamentar un bebé prematuro y satisfacción con el servicio. El vínculo afectivo del binomio madre e hijo quedó en evidencia y, a su vez, considerado factor significativo en la recuperación del bebé.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna; Recién nacido de bajo peso; Prematuro.

¹ Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Pesquisadora do Grupo de Saúde Coletiva (UNIFOR/CNPq). karlarolim@unifor.br

^{2,3} Enfermeira do Programa de Saúde da Família - Ceará.

⁴ Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC). Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Pesquisadora do Grupo de Saúde Coletiva (UNIFOR/CNPq). toniacampos@unifor.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança – NUPESC. E-mail: mirnafrota@unifor.br

INTRODUÇÃO

O número elevado de bebês prematuros e de baixo peso ao nascimento constitui um significativo problema de saúde, principalmente nos países ditos “em desenvolvimento”, e representa um alto percentual na morbimortalidade neonatal. Muitos são acometidos de distúrbios metabólicos, dificuldades na alimentação e na regulação da temperatura corporal destes, um terço morre antes de completar um ano de vida e apresentam graves conseqüências clínicas e sociais¹.

Recém-nascidos prematuros ou Recém-nascidos Pré-Termos (RNPT) são os que nascem com menos de 37 semanas completas de gestação. O recém-nascido (RN) de baixo peso é aquele cujo peso, ao nascimento, é de 2.500g, ou menos, a despeito da causa e sem considerar a duração da idade gestacional. O bebê que nasce com menos de 1.500g, por seu turno, é considerado como de muito baixo peso; e, se nasce com menos de 1000g, é caracterizado como um bebê de extremo baixo peso. Apresentam características particulares que podem influenciar no crescimento e desenvolvimento como: instabilidade térmica; atividade reflexa pouco desenvolvida; reflexos de deglutição ausentes/diminuídos. Podem apresentar dificuldades para a adaptação extra-uterina, devido à imaturidade dos sistemas orgânicos, sendo assistidos em unidades de cuidados intermediários ou em berçários^{2,3}.

Anteriormente, todos os bebês prematuros e com baixo peso, mesmo adquirindo estabilidade clínica e estando apenas em processo de engorda, eram mantidos nas unidades de cuidados intensivos durante vários dias, até atingirem 2000g de peso. Apesar dos avanços tecnológicos, esse ainda não é um lugar confortável para o bebê⁴.

Nessas unidades, pode-se prever o processo de separação entre mãe e filho, dificultando a instalação do vínculo afetivo e do aleitamento materno, pois o nascimento e a internação de um filho prematuro alteram a dinâmica familiar, desencadeando uma série de dificuldades para estes que tentam conciliar as visitas e a permanência no hospital à vida profissional e doméstica, sendo, ainda, considerada a dificuldade da ida ao hospital devido ao baixo nível socioeconômico de algumas famílias.

A Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe-Canguru (MMC) – visa à humanização

do atendimento ao RN prematuro e de baixo peso, e implica num maior vínculo afetivo entre mãe e filho, diminuindo o tempo de separação entre ambos, atraindo muitas vantagens, inclusive, a prática de aleitamento materno exclusivo. Este método, também, facilita a passagem mais precoce da incubadora ao berço, favorecendo a estabilização mais rápida do controle da temperatura, da frequência cardíaca e respiratória, além de promover a interação recíproca entre mãe e filho por meio do contato direto^{1,2,3,4,5}. Ao permanecer com a mãe na enfermaria, em posição canguru, o contato pele a pele proporciona um papel primordial no estado emocional e fisiológico da mãe. Na Unidade Mãe-Canguru, os pais podem ficar com seus filhos durante o tempo de internamento, amenizando a dor da separação por meio da participação no cuidado e recuperação do bebê, ajudando a superar esse “momento estressante”.

Os RNPT, por possuírem baixa imunidade em relação aos bebês nascidos a termo, apresentam maior risco de vida, sendo importante a amamentação exclusivamente com leite materno, o máximo de tempo possível. O leite materno é o alimento ideal para qualquer RN, pois oferece todos os nutrientes indispensáveis para suprir suas necessidades. A importância da amamentação para o crescimento e desenvolvimento da criança é vista no que diz respeito aos aspectos nutricionais, imunológicos, emocionais e socioeconômicos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a amamentação exclusiva por seis meses, mostrando que esta prática traz benefícios para a mãe e o seu filho sem prejudicar o crescimento da criança¹.

Ressalte-se que muitas mães desejam amamentar, porém, algumas não conseguem, devido aos inúmeros fatores que dificultam a produção e ejeção do leite como a ansiedade e o medo de não conseguir. É comum o profissional da saúde oferecer orientações quanto aos aspectos biológicos e manejo do ato de amamentar em bebês a termo, as quais nem sempre são apropriadas para bebês prematuros, não contemplando os aspectos emocionais vivenciados por essas mulheres. Para total sucesso do aleitamento materno, as necessidades e dificuldades vivenciadas pela mãe devem ser consideradas, oferecendo atenção e apoio emocional diferenciado.

Diante dessas considerações, objetivou-se conhecer a percepção das mães sobre o processo de aleitamento

materno em prematuros assistidos na Unidade Mãe-Canguru, bem como descrever as dificuldades maternas no aleitamento materno.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudo, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, cujo cerne reside em descrever a percepção da mãe sobre o processo de aleitamento materno em prematuros assistidos na Unidade Mãe-Canguru, foi realizado em uma maternidade pública, na cidade de Fortaleza-CE, no período de janeiro a maio de 2007. Trata-se de uma instituição-escola de saúde especializada, considerada de nível terciário, constituindo referência para atendimentos obstétrico e neonatal de alta complexidade. A Unidade Mãe-Canguru busca a recuperação do RN, em tempo hábil, e a estimulação e o fortalecimento do vínculo afetivo mãe/bebê, bem como a promoção do aleitamento materno. O ambiente físico da Unidade está localizado no 2º andar, tem a capacidade para 05 leitos, e o ambiente é climatizado.

Participaram do estudo dez mães que se encontravam com seus bebês internados na Unidade, durante o período da coleta de dados. Quanto ao número de sujeitos, foi determinado pela saturação dos dados, quando as falas dos informantes iniciam um processo de repetição. A técnica utilizada para a coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada na qual o investigador encontra-se presente junto ao informante, elaborando questões relacionadas ao seu problema⁶. Conforme determinado, a entrevista foi gravada e transcrita pelas pesquisadoras, e quatro questões norteadoras serviram de fio condutor para a apreensão da realidade. Foram elas: *O que a senhora sabe sobre prematuridade? A senhora conhecia o Método Mãe-Canguru? Alguma vez a senhora foi orientada quanto à técnica de amamentação de bebê prematuro? Quais as dificuldades vivenciadas durante a internação?*

Os dados e a observação da dinâmica na Unidade Mãe-Canguru foram registrados em um diário de campo, englobando dados do cotidiano assistencial, formas de comunicação verbal e não verbal expressas pelas mães. Foram organizadas e apresentadas em dois momentos: a caracterização dos sujeitos participantes e a análise das falas, que foram ouvidas e transcritas na íntegra. Posterior-

mente, emergiram as categorias descritas, o processo deu-se após decodificação e categorização, consoante Bardin⁷, e a análise foi realizada tendo por base as questões norteadoras. Escolheu-se denominar as mães participantes, adotando anjos como cognomes, pois, ao fazer analogia com a pessoa humana, anjos são todos os que estão ao nosso lado o tempo todo, inspirando, guiando e protegendo.

A partir das descrições das percepções das mães sobre o processo de hospitalização de seus filhos assistidos na Unidade Mãe-Canguru, foram desenvolvidas dinâmicas de acolhimento e sensibilização, buscando desvelar emoções; para tal, foram distribuídos papel e caneta para as mães, e foi solicitado que desenhassem como percebiam seus bebês prematuros, e a descrição de sentimentos em relação a eles. Neste momento, as mães foram incentivadas a discorrer sobre as dificuldades e anseios e indagar a respeito da amamentação do bebê prematuro ou qualquer outra dúvida. Também foi apresentado um vídeo normativo do Ministério da Saúde sobre o Método Mãe-Canguru.

Os pesquisadores apresentaram a cada entrevistada um termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os direitos do indivíduo de participar voluntariamente após serem informados acerca dos procedimentos de pesquisa. Seguiu-se o que preconiza a Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que normatiza estudos envolvendo seres humanos⁸. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Conhecendo as mães entrevistadas

A descrição das participantes inicia com a faixa etária compreendida entre 17 e 45 anos; oito eram casadas e duas viviam em união consensual; duas tinham ensino superior, duas tinham o ensino médio completo, e o restante não conseguiu concluir ou tinham até o ensino fundamental. Além disso, seis eram primíparas e quatro secundíparas, com experiência anterior de amamentação. Quanto à idade gestacional dos bebês e o peso ao nascimento, variou entre 28 e 34 semanas gestacionais, e o peso entre 1085g e 2900g.

As categorias foram extraídas conforme as convergências encontradas nas respostas aos questionamentos feitos às mães acerca da percepção sobre o processo de aleitamento materno em prematuros assistidos na Unidade Mãe-Canguru.

Conhecimento materno sobre o bebê prematuro

A mãe de um bebê nascido prematuro vivencia um período estressante do qual emergem inúmeros problemas e preocupações, incluindo o medo frente à situação de fragilidade e risco ao qual o filho está exposto; insegurança quanto aos cuidados; ansiedade em relação à doença, tratamento e recuperação do bebê, entre outros. Isso provoca alterações no cotidiano, abalando a vivência e dinâmica familiar. Pesquisadores referem que durante o processo de hospitalização os laços afetivos entre pais e crianças podem ser fortalecidos, além de promover ações de educação em saúde que possibilitem momentos de ensino-aprendizagem numa relação mútua entre pais-criança e profissionais de saúde⁹. As falas expressam a percepção da mãe em relação ao RNPT, o sentimento destas, além do conhecimento acerca da doença, tratamento e recuperação do bebê:

Senti medo de uma criança prematura, de cuidar, ou Deus me livre, de chegar a acontecer de elas chegarem a falecer. A gente tem medo, porque prematuro é muito indefeso (Manakel).

Ela foi entubada [...] eu ficava tão preocupada quando olhava naquele computador a saturação dela, para ver a respiração dela, para ver se ela tava respirando bem ou não (Ayel).

Eu fiquei desesperada, eu falei: “Quê? Meu filho vai nascer de sete meses?” Ah, eu fiquei, assim, sem esperanças [...]. A primeira coisa que me veio à cabeça foi o meu filho não vai sobreviver (Haiael).

O importante é o peso, quanto mais peso eles adquirem, melhor; assim terão mais força pra sugar (Mabahel).

Percebe-se que as mães detinham informações acerca da doença e do tratamento dispensado ao filho, assim

como o sentimento de medo, desespero e insegurança diante de um parto prematuro. A mãe, quando participa do processo terapêutico, apresenta uma redução do sentimento de dor e passa a assumir uma postura ativa de doação do imenso amor, facilitando os cuidados com o RN, o estabelecimento do vínculo afetivo, e estimulando o aleitamento materno. A presença da mãe ao lado do bebê hospitalizado traz benefícios para ambos, pois, além de representar segurança e conforto, possibilita prevenir efeitos traumáticos. Revela-se a importância de se avaliar e fornecer suporte aos sentimentos maternos, no percurso entre o nascimento do RNPT e a alta hospitalar. A avaliação clínica possibilita a identificação de mães com maior dificuldade no enfrentamento adaptativo da situação de estresse psicológico, possibilitando, assim, o planejamento e a execução de adequada intervenção psicológica preventiva¹⁰⁻¹¹.

Percepção sobre o método mãe-canguru – MMC

No MMC, o contato íntimo do bebê com o corpo materno ajuda na regulação da temperatura corporal da criança, na promoção do aleitamento materno, na diminuição da incidência de infecção, e propicia o apego entre mãe e filho¹². Define-se como um tipo de assistência que implica precoce contato pele a pele entre a mãe e o RN de baixo-peso, de forma crescente, e, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma participação maior com os pais no cuidado com o seu bebê¹.

O MMC é um projeto social que tem todas as características e qualidades necessárias para ser replicado em qualquer contexto no qual se incluam mãe e filho, fato este que trouxe benefícios na assistência, favorecendo o paciente, a família e os profissionais¹³.

O cuidado oferecido aos bebês na Unidade Mãe-Canguru inclui práticas que contemplam a afetividade, a integralidade do cuidado, além do incentivo ao aleitamento e à competência materna. Muitas das mães entrevistadas desconhecem esse perfil do MMC, outras foram incentivadas por relatos de experiências anteriores.

“Já tinha ouvido falar desse projeto, que passa vinte e quatro horas com o bebê, só isso. Com

certeza, acho que é o mais seguro para qualquer bebê prematuro, mas é meio desconfortável, a gente fica todo o tempo preocupada com o bebê, com as pernas...” (Yabamiah).

“Me disseram que aqui no Canguru seria melhor para eles porque iam pegar mais peso, e era melhor pra mim, não ficar pra lá e pra cá, porque eu só ia dormir em casa e voltava no outro dia de manhã cedo.” (Damabiah).

“Só assim por televisão, que passava às vezes. Muita coisa eu não sei não, estou aprendendo.” (Manakel).

Na Unidade Mãe-Canguru, o RNPT permanece em contato direto com o corpo da mãe, recebendo calor e amor maternos, tendo como uma das metas fundamentais o aleitamento exclusivo, sendo a própria mãe a responsável por cuidar-lhe, sob supervisão profissional. A posição canguru consiste em manter o RN de baixo peso, levemente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra peito do adulto¹. Talvez por falta de conhecimento e informações necessárias, surgiram relatos de desconfortos e desvantagens da posição.

“Eu gostei, mas elas não gostaram muito não, coloquei só no dia em que eu cheguei, não botei mais porque elas ficam muito agoniadas, mexiam muito os pés e os braços, aí eu não botei mais.” (Nanael).

“Gostei, mas melhor do outro jeito, basta ter cuidado, porque no Canguru incomoda muito, ainda mais eu que fiz cesárea, e fica apertando muito o pé da barriga, é melhor deitado porque fica mais apoiado.” (Menadel).

“Eu gosto, o problema é que o pezinho dela fica inchado, aí eu fico preocupada, então tiro ela da posição um pouquinho.” (Mebahel).

Além de estreitar os vínculos do binômio mãe-filho, a relação de apego proporcionada pela posição canguru garante ao pequeno ser humano a força do apoio e do equilíbrio emocional que somente uma mãe pode propor-

nar, tendo sido apontada como facilitadora da amamentação materna entre esse segmento populacional¹².

Para amenizar esses desconfortos, as mães devem ser orientadas pela equipe de enfermagem quanto à maneira correta de colocar o bebê na posição canguru, e a equipe deve discorrer sobre as vantagens e os benefícios do MMC às crianças. O MMC fortalece o vínculo mãe-filho, evita longos períodos sem estimulação sensorial, estimula o aleitamento materno, aumenta a competência e confiança dos pais no manuseio do filho, proporciona controle térmico, melhora o relacionamento da família com a equipe de saúde, e diminui a infecção e a permanência hospitalar¹⁴.

“... às vezes ele dorme comigo na posição. Durante o dia, nem muito, mas ele passa a noite coladinho comigo, quietinho, quietinho. Lindo, lindo!” (Haiael).

“... é bom, principalmente pra dormir. É bom ter ela pertinho, porque eu tenho medo de machucá-la e no Canguru a gente dorme sempre alerta.” (Rochel).

“Agora eu aprendi que é para a criança pegar peso, porque a base de tudo é o peso da criança.” (Ayel).

“... todo dia você está trabalhando, cuidando ... é uma escola. Aqui no Canguru é para a gente ter experiência e aprender a manusear o nosso filho. E isso é muito gostoso, muito bom, porque participam tudo com a gente. A gente que banha, tira o leite, dá o leite, troca a fralda, sabe? E isso tudo é muito bom, muito gratificante pra gente.” (Ayel).

Para o sucesso do Método, a família deve ser estimulada e orientada à participação e, nesse sentido, o papel da enfermagem é primordial, visto que pode auxiliar e apoiar os pais na realização dos cuidados com o filho¹⁴.

Percepção das mães sobre amamentar um bebê prematuro

O aleitamento é primordial para o bebê saudável, sua importância torna-se ainda maior para o bebê que nas-

ce prematuro ou doente. Segundo pesquisadores¹⁵, no entanto, estas crianças permanecem durante muitos dias nas Unidades Neonatais, sendo, na maioria das vezes, privadas tanto do aleitamento como do contato com suas mães. Constatou-se que entre motivos para o insucesso do aleitamento, além das peculiaridades funcionais do RNPT, está a separação da mãe. Ressalta-se que, para a mãe praticar o aleitamento de forma segura e mantida, deve haver um fortalecimento do vínculo afetivo com o filho.

“Só sentir o bebê, aqui, perto de você, entre os seios, já está estimulando. O vínculo mãe-filho é muito importante, muito importante mesmo, tanto pra criança como para nós.” (Ayel).

“O método mãe-canguru é como já diz, ... canguru. Está pertinho do bebê, coladinho, para dar o carinho, para dar o leite. É afinidade da mãe com o filho, uma maravilha mesmo, não tem como o amor de mãe, como esse chamego que a gente tem aqui, botar ele no colo, botar ele no peito.” (Haiael).

O contato entre mãe e filho permite que as mães continuem produzindo leite, assumam os cuidados de seus filhos mais facilmente, reduzam o tempo necessário para atendimento destes RNs, apresentem recuperação física da gravidez e do parto mais rapidamente, e reduzam sentimentos de inadequação¹⁶. Observou-se o sentimento de coragem e esperança em relação ao sucesso do aleitamento, a força da mãe e o desejo de cuidar e amamentar o filho.

“... tem horas que a gente não quer comer, mas eu me alimento por ela, pensando nela, justamente para produzir o leite pra ela, pra que não falte.” (Ayel).

“Desta vez eu acho que vai ser um pouquinho difícil, mas vou fazer o possível e o impossível porque em primeiro lugar tem que ser elas, é por isso que eu fiquei aqui.” (Manakel).

“A prioridade agora é meu filho, o resto lá fora me espera, meu filho agora é minha vida, é tudo pra mim, agora, mais do que nunca, ele

está precisando, e é praticamente o meu sangue, que é o meu leite, e assim, é a hora que eu mais preciso está perto dele, jamais eu vou embora, fico com ele o tempo que for preciso.” (Haiael).

O MMC objetiva um melhor prognóstico dos RNPTs de baixo peso, estimulando o cuidado humanizado, que busca fortalecer os laços entre mãe e bebê e incentivar o aleitamento materno¹⁴. As mães reconhecem os benefícios do Método que, muitas vezes, não existe nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde o processo de separação entre mãe-filho é previsível.

“... Outra coisa é a gente estar falando, falando, como na UTI, aqui a gente está pegando, cuidando, vendo, aí é bom, muito gostoso.” (Ayel).

“Só em você está em contato com o seu bebê, porque quando fica na UTI, você não tem, você vai lá só no horário da dieta, amamenta e pronto. Aqui, só em você ficar em contato, poder amamentar já é gratificante.” (Manakel).

“A vantagem do Canguru é de ficar mais próximo, mais coladinha com o bebê. No Berçário eu só via ele de três em três horas, que era a hora de pegar ele e botar no peito, aqui ele coladinho em mim direto, qualquer hora eu dou mamar, tá sempre pertinho de mim.” (Haiael).

Visto ser o comportamento afetuoso um fator que auxilia no desenvolvimento da criança e nas atitudes de maternagem, é relevante uma prevenção de quadros de privação entre mãe e filho. A equipe de enfermagem deve ser facilitadora neste processo, uma vez que se relaciona diretamente com essa díade e pode perceber a importância e a influência que um exerce sobre o outro. Portanto, as mães de RNPTs, que necessitam de cuidados especiais, iniciam situações particulares em relação ao aleitamento materno, determinadas, de um lado, pela prematuridade, e de outro, pelos sentimentos de culpa, sofrimento e fracasso frente à situação de fragilidade e risco a que o filho está exposto.

A UTIN é vista como um ambiente desgastante, estressante e tenso, onde, muitas vezes, há dificuldade de se prestar a humanização do atendimento do bebê e da família. A dinâmica é marcada pela tecnologia, pois os profissionais dividem o espaço com os bebês e equipamentos utilizados para oferecer o suporte de vida. Esta ambiência acaba por causar desequilíbrio das relações interpessoais enfermeiro/bebê/família. Os profissionais percebem, muitas vezes, que a mãe sofre com a internação e se encontram frente a situações em que essas mães revelam necessidade de atenção, esperam uma palavra de conforto, ser ouvidas, mas os profissionais estão sempre atarefados¹⁷.

Há profundas alterações no modo de “ser com o outro” dessas mulheres, pois passam a conviver com sentimentos de revolta, dúvidas, medo, tristeza e angústia evidenciados por conflitos e dificuldades maternas, que interferem não só na produção e manutenção láctea como também na disponibilidade e no desejo de amamentar¹⁸.

Seguindo este pensamento, cabe ao profissional de enfermagem intervir de modo a minimizar essa ansiedade, ainda no momento que antecede o parto e principalmente durante o período de internação, para que esses sentimentos não interfiram no processo de amamentação e manutenção da produção do leite materno. A dúvida e o conflito quanto à capacidade de manter a lactação por meio da ordenha, confrontados com as orientações recebidas, que enfatizam a sucção direta no peito, o medo e o bebê não conseguir pegar o peito, os efeitos do ingurgitamento mamário e a dor que acompanha a ordenha manual ou mecânica fazem parte do cotidiano dessas mães, enquanto seus filhos não sugam diretamente o seio materno¹².

As principais dificuldades vivenciadas pelas mães de RNPTs devem-se não somente às condições inerentes à prematuridade, mas, sobretudo, à falta de experiência e conhecimento anterior sobre amamentação, além das crenças culturais. As dificuldades decorrem da imaturação dos reflexos de sucção/pega e da hipoatividade apresentadas por esses bebês.

“A minha dificuldade maior é que a minha filha mais dorme do que permanece acordada, aí ela não está conseguindo mamar o meu peito ainda.” (Aysel).

“Eu acho que a dificuldade é essa, é ela não querer sugar, só isso. Tem horas que elas são bem ativas, tem horas que elas já não são, que nem no horário, depois do banho, elas ficam mais preguiçosas do que de costume.” (Manakel).

“A gente fica muito ansiosa, porque quer que ele pegue logo, sugue logo. Tudo vira mais um estresse.” (Rehael).

A sucção do seio materno constitui fator importante para a manutenção da lactação. Todavia, as mães de muitos RNPTs não têm essa possibilidade devido à imaturidade e à condição clínica do filho, além do estresse que vivenciam. Muitas estratégias de alimentação têm sido desenvolvidas para minimizar o trabalho de sucção do prematuro, o qual apresenta habilidade limitada no aumento ou redução da pressão na sucção em relação ao fluxo de leite¹.

Uma recomendação para aqueles casos em que a amamentação não é possível ao seio é a ordenha da mama, que serve para estimular a produção do leite e evitar o ingurgitamento mamário; o leite ordenhado deve ser dado inicialmente por uma sonda orogástrica¹. A ordenha foi revelada como um processo doloroso, e a sonda orogástrica como fator que dificulta o processo inicial de amamentação.

“A dificuldade que eu acho maior é ficar você toda hora, de três em três horas, você ficar puxando seu peito, puxando, puxando, sabe? Porque dói às vezes, às vezes falta, aí vou lá, tomo um copo d’água, me tranqüilizo, aí volto de novo para tirar, porque tem hora que o leite desaparece. Depois volta de novo, sabe? Aí, eu tenho muita dificuldade.” (Aysel).

“Também tem esse detalhe da sonda, também. Eu acho que interfere. Só que eu também tenho medo de pedir para tirar e elas não pegarem o peito de jeito nenhum.” (Manakel).

A sucção débil dos prematuros, junto com a necessidade e desconforto da ordenha e a utilização da sonda orogástrica nesses bebês, geram nas nutrizes sentimentos de dúvidas e preocupações. Os depoimentos revelaram pre-

ocupações referentes à quantidade de leite necessária para satisfazer o bebê.

“A minha preocupação é essa, de se acabar, de faltar o leite dela.” (Ayel).

“A única coisa que eu sinto é assim, porque eles mamam, mamam, e quando eu tiro do peito choram. Eu acho que eles não enchem a barriga ... não tem leite suficiente para terminar de mamar.” (Damabiah).

A falta de experiência com o processo de amamentar, principalmente, a inexperiência com prematuros, também se mostrou como um fator que dificulta o sucesso do aleitamento materno, além da gemelaridade.

Agora não, mas eu já tive. Foi assim, eu chorava porque ele não queria, era porque eu estava fazendo da forma errada. Eu não estava botando a cabecinha dele pertinho mesmo, onde é pra ser, como elas ensinaram, e isso par mim era uma dificuldade porque eu não tinha experiência nenhuma, mas leite tinha demais (*Haiael*).

“Eu não sabia como apoiar a cabeça dele no braço.” (Menadel).

“Senti muita diferença, e logo mais que são dois. Até precisa comer mais porque tem que dá um, tira um, põe o outro, com o filho a termo, foi fácil.” (Damabiah).

Cabe ao profissional enfermeiro buscar compreender as dimensões socioculturais e a perspectiva da mãe inserida no processo de lactação ao aleitamento materno, demonstrando interesse, sensibilidade e compreensão da situação de estresse vivenciada, e mantendo a nutriz informada sobre aleitamento materno.

Satisfação com o serviço

Pode-se dizer que a Unidade Mãe-Canguru na recuperação do RN internado e a satisfação da mãe estão diretamente relacionados à atuação de uma equipe multiprofissional qualificada, e, principalmente, no que se refere aos enfer-

meiros que permanecem em contato contínuo com a díade. Este profissional deve promover o apego mãe-filho, realizando um cuidado holístico, de forma a garantir à mãe conhecimento sobre os cuidados ao bebê, assim como torná-la capaz e segura de praticar os cuidados em domicílio. A satisfação das mães quanto ao serviço foi evidenciada nos discursos.

“... elas ensinam a gente a cuidar, ensinam a trocar, ensinam tudo.” (Haiael).

“Tudo a gente aprende aqui, a maneira de como colocar a fralda, quando a criança está engasgando, aqui eles ensinam a maneira como a gente deve proceder, que eu também não sabia.” (Ayel).

“As funcionárias são ótimas, principalmente a enfermeira da Unidade, os médicos também são muito educados.” (Nanael).

De modo geral, as mães elogiaram a assistência recebida na Unidade, desde higiene, alimentação, conforto, acolhimento, até as orientações recebidas. Esse trabalho deve-se à tentativa de melhoria da qualidade da assistência prestada a essas mães e seus bebês, visto que a internação é um período estressante que deve ser considerado.

A satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado recebido, e pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente. Conforme alguns pesquisadores, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e pacientes são considerados em seus aspectos físicos, subjetivos e sociais, componentes do atendimento à saúde.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fundamentando-se nos resultados do estudo, percebeu-se que existe por parte das mães a visão de que o Método Mãe-Canguru, aplicado na instituição hospitalar, representa uma oportunidade de aprendizagem para a aquisição de segurança quanto ao cuidado às crianças nascidas prematuras e de baixo peso. As mães que vivenciaram a rotina da Unidade Mãe-Canguru, emoções como dúvidas,

medos, inseguranças, angústias e dificuldades no cuidar do bebê, embora ressaltem que aprenderam com a equipe de enfermagem as técnicas, fortaleceram o vínculo afetivo com o filho e revelaram que, com amor, o cuidado tornou-se mais prazeroso e menos cansativo.

Quanto ao aleitamento materno, este deve ser apreendido como uma ação de promoção da saúde holística, pois, além de favorecer um desenvolvimento biológico precoce, é capaz de iniciar um vínculo interativo entre mãe e filho ao estabelecer ações de cuidado, aceitação, proteção e afeto.

O choque pela hospitalização de um bebê prematuro pode ser atenuado com a oportunidade que essa mãe tem ou não de participar, de alguma forma, dos cuidados de seu filho. A enfermeira atenta às necessidades da mãe percebe, por meio de observações verbais ou não, os sentimentos e atitudes por ela tomadas, procurando compreendê-la, não assumindo uma postura crítica, mas de agente transformador, transmitindo a ela uma visão realista, favorecendo sua participação na recuperação da saúde do seu filho e assim resgatando seu papel de mãe.

A experiência em grupo com as mães caracterizou-se como momentos de descobrimento, de exercício da intersubjetividade, pois a interação possibilitou a compreensão do significado para as mães sobre o processo de aleitamento materno em prematuros assistidos na Unidade Mãe-Canguru. Por conseguinte, mediante a conscientização das mães acerca do papel na contribuição para a recuperação do filho, tornam-se imprescindíveis mudanças no olhar e na postura do enfermeiro, cujo principal desafio é compartilhar emoções, inerentes ao modo de cuidar.

Diante das reais condições socioeconômicas e culturais das mães, compreendem-se suas necessidades expressas ou implícitas, portanto, foi oferecido suporte e buscou-se favorecer uma melhor qualidade de vida aos “bebês cangurus”. O vínculo afetivo do binômio mãe-filho foi evidenciado e, por sua vez, considerado primordial na recuperação do bebê. Nesse sentido, o toque, o calor humano e o carinho ofertado pela mãe culminaram na afirmativa de que não seria possível a cura completa do filho sem esses elementos essenciais.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. Brasília; 2002.
2. Rego JD. Aleitamento materno: um guia para pais e familiares. São Paulo: Atheneu; 2002.
3. Mota LA, Sá FE, Frota MA. Estudo comparativo do desenvolvimento sensório motor de recém-nascidos prematuros na unidade de terapia intensiva neonatal e do método canguru. *RBPS Rev Bras Promoção Saúde*, 2005 set/dez; 18(4):185-90.
4. Charpak N, Calume ZF, Hamel A. O método mãe-canguru: pais e familiares dos bebês prematuros podem substituir as incubadoras. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1997.
5. Carvalho MR, Prochnik M. Método mãe-canguru de atenção ao prematuro. Rio de Janeiro: BNDES; 2001.
6. Leopardi MT, organizador. Metodologia da pesquisa em saúde. Santa Maria: Pallotti; 2001.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
9. Bezerra EP, Lúcio IML, Cardoso MVLML. Cuidado de enfermagem à criança hospitalizada: uma experiência na percepção discente-docente. *Rev RENE* 2007; 8(2): 85-92.
10. Souza CCE, Oliveira ICS. A participação da mãe nos cuidados ao seu filho hospitalizado: uma perspectiva da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2003 dez; 7(3):379-87.
11. Padovani AV. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI – Neonatal. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(4):251-4.
12. Javorski M, Caetano LC, Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. *Rev Latinoam Enferm* 2004 nov/dez; 12(6): 890-4.
13. Alencar AJC, Rolim KMC. Bases científicas do acolhimento amoroso ao recém-nascido. *Rev Pediatr Ceará* 2006; 7(1):27-32.

14. Ferreira L, Vieira CS. A influência do método canguru na recuperação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão de literatura. *Acta Sci. Health Sci* 2003 jan-jun; 25(1):41-50.
15. Rego JD. Aleitamento materno: um guia para pais e familiares. São Paulo: Atheneu; 2002.
16. Klaus MH, Kennell JH. Pais / bebês a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
17. Rolim KMC, Oliveira MMC, Cardoso, MVLMLC. Combate ao estresse na Unidade Neonatal. *Rev RENE* 2003; 4(1):101-8.
18. Serra SOA, Schochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev Latinoam Enferm* 2004 jul/ago; 12(4): 597-605.
19. Rolim KMC, Cardoso MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Rev Latinoam Enferm* 2006 jan/fev; 14(1): 85-92.

RECEBIDO: 13/08/2007

ACEITO: 10/12/2007

AVALIAÇÃO DO USO DE ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR DE PARTURIENTES¹

NON PHARMACOLOGICAL STRATEGIES EVALUATION IN PARTURIENTS' PAIN RELIEF

EVALUACIÓN DEL USO DE ESTRATÉGIAS SIN FÁRMACOS PARA ALIVIAR EL DOLOR DE PARTURIENTAS

REJANE MARIE BARBOSA DAVIM²

GILSON DE VASCONCELOS TORRES³

O objetivo do estudo foi avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. Foi um ensaio clínico do tipo intervenção terapêutica “antes e após”, realizado na Unidade de Parto Humanizado da Maternidade Escola Januário Cicco/UFRN, em Natal/RN, com 100 parturientes na aplicação de estratégias não farmacológicas como exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral. Para avaliar a dor das parturientes utilizamos a escala analógica visual. A maioria das parturientes do estudo estava na faixa etária entre 20 e 30 anos (60%), ensino fundamental incompleto (85%), renda familiar até 2 salários mínimos (74%) e 78% com acompanhantes. A ocitocina foi administrada em 81% dos casos e apenas 15% dessas mulheres não receberam qualquer medicação. Verificamos alívio significativo da dor na aplicação das estratégias não farmacológicas, que foram efetivas no alívio da dor das parturientes do estudo.

PALAVRAS-CHAVE: Dor do parto; Medição da dor.

*The aim of this study was to evaluate the effectiveness of non pharmacological strategies for the pain relief of the parturient in labor. It was a clinical experiment of the therapeutic intervention type “before and after” accomplished in the Humanized Unit of Childbirth of the Maternidade Escola Januário Cicco/ UFRN, in Natal/RN with 100 parturient who went through the application of the non pharmacological strategies with breathing exercises, muscular relaxation and massage in the **lumbar** and sacral regions. We used the visual analogical scale to evaluate the parturient's pain. Most of the parturients studied were between 20 to 30 years of age (60%); with incomplete primary school level (85%); family income up to 2 minimum wages (74%) and 78% with a companion. The oxytocin was administered in 81% of the cases and only 15% of those women didn't receive any medication. We verified significant pain relief in the parturient after the application of the non pharmacological strategies. Those were really effective in the pain relief of the studied parturients.*

KEYWORDS: Labor pain; Pain Measurement.

El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de estrategias sin fármacos para aliviar el dolor de parturientas en trabajo de parto. Fue un ensayo clínico del tipo intervención terapéutica “antes y después”, realizado en la Unidad de Parto Humanizado de la Maternidad Escuela Januário Cicco/UFRN – en Natal/RN – con 100 parturientas durante la aplicación de estrategias sin fármacos como ejercicios respiratórios, relajamiento muscular y masaje lumbo-sacral. Para evaluar la intensidad del dolor de las parturientas utilizamos la escala analógica visual. La mayoría de las parturientas tenía entre 20 a 30 años de edad (60%), enseñanza primaria incompleta (85%), renta familiar hasta 2 sueldos mínimos (74%) y (78%) con acompañante. La ocitocina fue administrada en 81% de los casos y apenas 15% de esas mujeres no recibieron ninguna medicación. Verificamos alivio significativo del dolor con la aplicación de las estrategias sin fármacos, que fueron eficaces al aliviar el dolor de las parturientas del estudio.

PALABRAS CLAVE: Dolor de parto; Dimensión del dolor.

¹ Artigo extraído de Tese de Doutorado intitulada “Avaliação da efetividade estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto”, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN, defendida em agosto de 2007.

² Enfermeira Obstétrica, Prof^a Doutora do Departamento de Enfermagem/UFRN, Vice-Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia/UFRN, Presidente da ABENFO/RN. End. Av. Rui Barbosa, 1100, Bloco A, Apto. 402, Residencial Villaggio Di Firenze, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59056-300, Fones (84) 3215-3772 / 3206-0818 / 9983-7186, E.Mail: rejanemb@uol.com.br

³ Enfermeiro, Prof. Doutor do Departamento de Enfermagem/UFRN. Docente Orientador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN. E.Mail: gyt@ufrnet.br

INTRODUÇÃO

Grande parte dos (as) profissionais de saúde que trabalham em maternidades tem observado na dor das parturientes um sofrimento que na maioria das vezes nada podem fazer. Desse modo, permanecer nesses locais com mulheres queixando-se de dores torna-se experiência desagradável para tais profissionais. É importante lembrar que a falta de suporte emocional e a medicalização em excesso na assistência ao parto são fatores que podem estar relacionados ao aumento da intensidade da dor e pouco ou nada é oferecido para o seu alívio ¹.

Nesses termos, o profissional de saúde que assiste à parturiente deve conhecer e compreender os fatores socioculturais, ambientais, assistenciais e a fisiologia do processo do parto que possam causar medo e insegurança a essas parturientes, com a finalidade de promover uma assistência humanizada e integral ².

O acompanhamento dos profissionais de saúde a essas parturientes durante o trabalho de parto na maioria das vezes envolve necessariamente suporte psíquico e emocional, contato físico com a finalidade de dividir o medo, stress e ansiedade, somando forças e estimulando positivamente a parturiente no momento do nascimento. Para tanto, o processo de humanização durante o trabalho de parto requer, além do acompanhamento pelo parceiro, familiares ou amigas, das intervenções não farmacológicas associadas às informações recebidas pelas parturientes no seu preparo para o parto.

Todo esse processo de humanização é necessário pela assistência ao parto ser no momento atual objeto de grande medicalização. Mesmo que a hospitalização tenha em grande parte reduzido a queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário do nascimento transformou-se rapidamente em local desconhecido para as mulheres, mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde ³.

Para tanto, é de fundamental importância que as mulheres possam fazer uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos no alívio da dor, incluindo o apoio de profissionais de saúde, parceiros e familiares, antes e durante o trabalho de parto ⁴.

Dessa forma, entendendo que o cuidar da parturiente é de grande importância no desempenho da enfermeira

obstétrica, surgiu a oportunidade de buscar a qualidade desse cuidar na pesquisa. Foi com esse pensamento que partimos para leituras e análises de documentos, lendo, relendo, cortando, colando, escrevendo, reescrevendo frases e palavras que pudessem traduzir o entusiasmo no desenvolvimento de um estudo referente a este tema, em especial no que se refere às estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parto.

Ao se fazer levantamento na literatura quanto a esses métodos não farmacológicos, identificamos que, em 2006, uma pesquisa utilizou técnicas de respiração e relaxamento muscular para o alívio da dor de parturientes. Como resultados, foi identificado que essas técnicas não reduziram a intensidade da dor, porém promoveram a manutenção de baixo nível de ansiedade das parturientes por um tempo mais longo durante o trabalho de parto ⁵. Entretanto, em outro estudo realizado em Goiânia/GO, no período de 2000/2001 com parturientes utilizando as mesmas técnicas de respiração e relaxamento muscular, foram constatadas sensações de aumento na tolerância à dor, encorajamento e vigor a essas mulheres para vivenciarem o parto por meio do bem-estar físico e psicoemocional ⁶.

Em estudo de intervenção ao serem aplicadas técnicas de relaxamento muscular progressivo em mulheres durante o trabalho de parto, pesquisadores identificaram que essa técnica causa alívio da dor manifestada pelas parturientes. Isso é relevante à medida que os efeitos da interferência dos pesquisadores com a obtenção de dados durante a aplicação da técnica resultaram em importante redução no nível de dor das parturientes em estudo ⁷.

Identificamos também em estudo realizado com parturientes no preparo para o parto, que enfermeiras obstétricas acreditam no relacionamento enfermeira-parturiente-família, beneficiando a vivência emocional dessas mulheres em trabalho de parto. Para essas enfermeiras, o contato terapêutico junto às parturientes pode ser relacionado à massagem nas coxas, panturrilhas e pés, como terapia benéfica para o relaxamento, bem-estar, conforto e prazer da parturiente, o qual deve ser realizado tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos acompanhantes dessas mulheres ⁸.

Uma pesquisa utilizando a massagem com gelo ao nível da L14 de parturientes para reduzir a dor das contra-

ções durante o trabalho de parto identificou que as parturientes do estudo referiram significativa redução da dor. Para os autores, a massagem lombar com o uso do gelo é segura, não invasiva, não farmacológica e é um método alternativo para o alívio da dor de parto ⁹.

A massagem também pode ser indicada no alívio da dor, ocasionada pelos impulsos nervosos gerados em determinadas regiões do corpo da parturiente, competindo com a mensagem da dor que está sendo enviada às terminações nervosas do cérebro. Vários são os locais de acesso a esse alívio como pés e mãos, funcionando como técnica de contrapressão feita nas costas durante as contrações uterinas e na altura da borda superior da pelve. Quando a massagem é aplicada nos ombros e no pescoço, há melhor efeito benéfico entre as contrações que ajudam no relaxamento e de maneira suave na barriga, braços e pernas com sensação de apoio físico e companheirismo ¹⁰.

Em 2006, um estudo teve como proposta caracterizar a dor durante o trabalho de parto com ou sem massagem lombar nas três fases da dilatação cervical: na fase 1 (3-4 cm); na fase 2 (5-7 cm) e na fase 3 (8-10 cm). Foi um estudo randomizado controlado, e os resultados indicaram que a massagem lombar provavelmente não muda as características da dor experienciada pelas parturientes; entretanto, pode ser efetiva na redução da intensidade da dor na fase 1 e 2 da dilatação cervical durante o trabalho de parto. Os autores concluíram, portanto, que o uso da massagem lombar é efetivo para ajudar na redução da intensidade da dor durante o processo parturitivo ¹¹.

Da mesma forma, podem ser considerados outros trabalhos com técnicas fisioterápicas utilizando-se massagens, as quais estão relacionadas à diminuição da intensidade, frequência e duração, como também melhor evolução dos desconfortos músculo-esqueléticos da gestação e parto ¹²⁻¹³.

Portanto, é do conhecimento dos profissionais de saúde que trabalham em centros obstétricos na assistência ao parto que os métodos não farmacológicos podem reduzir a percepção dolorosa no alívio da dor de parto, sendo essas estratégias consideradas também não invasivas que, além de proporcionar alívio da dor de parto, podem reduzir a necessidade na utilização de métodos farmacológicos.

Sendo assim, a necessidade de se elaborar um trabalho para uma tese de doutoramento, motivou o interesse

em estudar a dor de mulheres em trabalho de parto. Essa motivação surgiu de nossa experiência como enfermeira obstétrica e docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em nível de Especialização na área da Enfermagem Obstétrica há mais de vinte anos, observando e vivenciando junto às parturientes manifestações de sentimentos como sofrimento, desconforto e falta de controle diante da intensidade da dor de parto.

Com o decorrer do tempo e da convivência como docente assistencial quase diária com essas mulheres em centros obstétricos públicos, temos observado parturientes isoladas, separadas de seus parceiros ou acompanhantes e descaso dos profissionais de saúde quanto à queixa da dor dessas mulheres. Isto pode ser entendido, provavelmente, por que, na maioria das vezes, consideram a dor de parto um processo predominantemente biológico, fisiológico e temporário, valorizando, muitas vezes, o quadro patológico quando este se instala.

Dessa forma, por se considerar a abordagem humanizada fundamental para ajudar as mulheres a vivenciarem o processo do trabalho de parto de forma menos traumática e desconfortante, temos como objeto deste estudo a avaliação da efetividade de estratégias não farmacológicas como exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto.

Diante disto elegemos como objetivo para esta pesquisa, avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas aplicadas de forma combinada como exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral, para o alívio da dor de parturientes no trabalho de parto.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio clínico quantitativo do tipo intervenção terapêutica. O estudo de intervenção é aquele em que o pesquisador manipula o fator de exposição (a intervenção), ou seja, provoca modificação intencional no estado de saúde do indivíduo assistido por meio de um esquema profilático ou terapêutico. Tais estudos podem ter ou não grupo controle e referir-se a indivíduos ou comunidades ¹⁴⁻¹⁵.

Os ensaios de intervenção descrevem o tratamento em um grupo único de indivíduos, onde todos recebem a mes-

ma intervenção. Podem também ser chamados de estudos de “antes e após” (*before and after*), nos quais todos os indivíduos recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada antes do início e após vários momentos do tratamento. Assim, cada parturiente pesquisada foi controle dela mesma (“antes e após”) ¹⁴ em uma situação real de estudo na fase ativa do período de dilatação no trabalho de parto.

O local para o desenvolvimento do estudo foi a Unidade de Parto Humanizado (UPH) da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), localizada no Distrito Leste da cidade de Natal, na Região Nordeste do Brasil. Por tratar-se de um hospital-escola, essa maternidade recebe alunos de diversos cursos da área da saúde, tanto do nível médio quanto da graduação e pós-graduação, no sentido de que as atividades de ensino estejam sempre direcionadas a proporcionar melhor assistência à parturiente.

O estudo foi autorizado pela direção da MEJC e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) para avaliação, recebendo parecer favorável com o Registro no CEP-UFRN 045-2005 em 10 de junho de 2005, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que contempla as Diretrizes Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos ¹⁶

A população do estudo foi composta por parturientes consideradas de baixo risco gestacional quando admitidas para assistência ao parto na UPH da referida instituição. Foi realizado um levantamento prévio no arquivo da MEJC no ano de 2004, totalizando 2040 partos normais com média mensal de 170. Como pretendíamos coletar dados em 10% da população num período de 6 meses (1020 partos), foram pesquisadas 100 parturientes.

o colo uterino dilatado até no máximo 6 cm de dilatação; aceitar participar voluntariamente do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Pontuamos como critérios de exclusão: parturientes adolescentes; mulheres com história de parto cesáreo anteriormente; e mulheres que solicitassem saída do estudo em qualquer fase do trabalho de parto.

A coleta de dados constou de três momentos: caracterização das parturientes, utilização do partograma e avaliação da dor de parto “antes e após” à aplicação das estratégias não farmacológicas.

A primeira parte consistiu na caracterização das parturientes utilizando-se um formulário de entrevista e tendo-se como parâmetros as seguintes variáveis: idade, escolaridade, admissão, procedência, religião, renda familiar, paridade, comparecimento ao pré-natal, diagnóstico em semanas de gestação, presença de acompanhante, quem era esse acompanhante e medicação prescrita.

A segunda parte representada pelo partograma teve como objetivo o acompanhamento da evolução do trabalho de parto. E por fim, a última, correspondeu à avaliação da dor das parturientes “antes e após” à utilização das estratégias não farmacológicas de alívio da dor.

Para avaliar a dor das parturientes utilizamos a escala analógica visual, que consiste em uma linha de 10 centímetros onde o indivíduo deve assinalar uma intensidade de dor que corresponda a algum ponto entre as extremidades da linha ¹⁷. Por não existir na literatura uma escala que mensurasse a intensidade da dor de parturientes, optamos neste estudo pela escala analógica visual desenvolvida pela Equipe do Controle de Dor na Disciplina de Anestesiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo ¹⁸, como mostra a Figura 1.

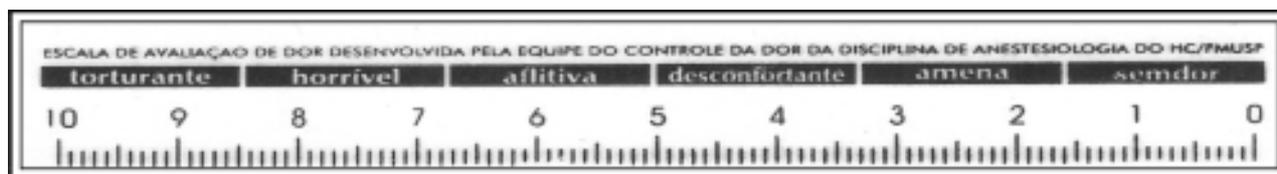


FIGURA 1: EAV DESENVOLVIDA PELA EQUIPE DO CONTROLE DE DOR NA DISCIPLINA DE ANESTESIOLOGIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO ¹⁸

Para composição da amostra utilizamos os seguintes critérios de inclusão: mulheres a partir de seu segundo parto; ser parturiente de baixo risco gestacional e estar com

O período de coleta de dados correspondeu a 6 meses, ou seja, setembro de 2005 a fevereiro de 2006. A coleta foi realizada pela pesquisadora, nos três turnos de

trabalho (manhã, tarde e noite). A permanência da pesquisadora no campo de estudo durante os 6 meses foi facilitada devido ser campo de estágio acadêmico da Graduação e Pós-Graduação em nível de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFRN, o que possibilitou sua disponibilidade na Maternidade Escola Januário Cicco/UFRN, para o desenvolvimento do estudo.

No momento da coleta de dados, as parturientes, atendendo aos critérios de inclusão no estudo, tinham conhecimento do TCLE e, depois de feitas às orientações sobre sua participação, que seria livre e de espontânea vontade, seus direitos de sigilo e anonimato lhes seriam garantidos. Eram orientadas também de que os dados coletados tinham como finalidade atender aos objetivos do estudo e melhoria da qualidade na assistência obstétrica. A inclusão de cada parturiente na pesquisa somente era efetivada após a assinatura do TCLE.

Para aplicação das estratégias não farmacológicas (exercícios respiratórios, massagem lombossacral e relaxamento muscular) durante a fase ativa do trabalho de parto, ou seja, nos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo uterino a pesquisadora optou na padronização de desenvolvimento e aplicação dessas técnicas conforme descritas no Quadro 1 a seguir, visando reduzir a possibilidade de viés no estudo, sendo a própria pesquisadora responsável por todo o processo de coleta de dados da pesquisa.

QUADRO 1: DESCRIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS COMBINADAS

<p>1) Exercícios respiratórios: A parturiente era orientada que ao iniciar a contração uterina, deveria inspirar e soltar a respiração pela boca, de forma lenta, como se estivesse cheirando uma rosa e apagando uma vela.</p>	<p>Nos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo uterino na fase ativa do trabalho de parto.</p>
<p>2) Relaxamento muscular: A parturiente recebia orientações para relaxar, soltar braços e pernas até o momento em que a contração uterina passasse.</p>	<p>Nos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo uterino na fase ativa, e a realização da técnica dependia do tempo de duração da contração uterina.</p>
<p>3) Massagem lombossacral: A parturiente era orientada quanto a maneira como seria realizada a massagem e com o início da contração, a pesquisadora colocava sua mão esquerda espalmada sobre a projeção do fundo uterino da parturiente (região do abdome) e a mão direita espalmada sobre a região lombossacral, fazendo movimentos circulares, até a cessação da contração uterina.</p>	<p>Nos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo uterino na fase ativa. A aplicação dessa estratégia dependia da posição da parturiente entre estar no leito em decúbito dorsal ou lateral; de pé ou acorçada.</p>

A coleta de dados ocorreu em uma situação real na fase ativa do trabalho de parto em três ocasiões pré-definidas. Na fase de aceleração, quando a parturiente era incluída no estudo com até 6 cm de dilatação do colo uterino. Neste momento, a pesquisadora utilizava a escala analógica visual logo após a primeira contração uterina sem a aplicação das estratégias não farmacológicas para avaliação da intensidade da dor. Em seguida, após 15 minutos de intervalo na contração uterina subsequente, a pesquisadora aplicava essas técnicas combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral), avaliando a dor pela escala analógica visual.

Na fase de inclinação máxima, com 8 cm de dilatação, também era mensurada a intensidade da dor da parturiente por meio da escala analógica visual após a contração uterina sem a utilização das estratégias não farmacológicas e, após 15 minutos de intervalo, na contração uterina subsequente, a pesquisadora aplicava as estratégias combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral), avaliando a dor por meio da escala analógica visual.

Na fase de desaceleração, com 9 cm de dilatação, a pesquisadora utilizava a escala analógica visual após a contração uterina sem as estratégias não farmacológicas para avaliação de sua intensidade, e, num segundo momento, após 15 minutos de intervalo, na contração uterina subsequente, eram aplicadas as estratégias combinadas (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral), avaliando-se a dor com a utilização da escala analógica visual.

Quanto à avaliação da dilatação do colo uterino a pesquisadora evoluía essa dilatação pelas características da dinâmica uterina e do toque vaginal observados no Partograma que informa a evolução do trabalho de parto. Quanto à frequência dos toques vaginais, só eram realizados de acordo com as condições clínicas da parturiente, evitando-se os de repetição naquelas com bolsa amniótica róta, pelo risco de infecção intra-útero. Evoluíamos da mesma forma, no Partograma, o limite entre os três momentos do trabalho de parto (aceleração, inclinação máxima e desaceleração), como subsídios para a aplicação das estratégias não farmacológicas selecionadas. Ressaltamos que a coleta de dados de todas as 100 parturientes foi realizada pela própria pesquisadora.

Para análise dos dados, utilizamos o programa SPSS 14.0 para o tratamento estatístico descritivo com frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão e análise inferencial com aplicação do Teste Exato de Fisher e Teste T pareado simples. Em todos os testes adotamos nível de significância estatística com $p < 0,05$.

O Teste Exato de Fisher foi utilizado para verificação de influência das variáveis de controle (sociodemográficas e obstétricas) no comportamento doloroso das parturientes do estudo.

O Teste T pareado simples foi usado para comparar a existência de diferença estatística significativa entre as médias de intensidade da dor aferida “antes e após” à aplicação das estratégias não farmacológicas.

RESULTADOS

Os resultados mostraram que 76% dessas mulheres pesquisadas estavam na faixa etária entre 20 e 30 anos de idade e 24% tinham de 31 a 42 anos. Quanto à escolaridade, 85% tinham ensino fundamental incompleto e 15% o ensino médio. Grande parte das mulheres (64%) era proveniente da capital (Natal) e 36% vinham de outras cidades do Rio Grande do Norte. Quanto à religião, a maioria (90%) era católica, e apenas 10% evangélicas. Em relação à renda familiar, a sua maioria (85%) recebia até 02 salários mínimos e apenas 15% acima de 02 salários mínimos.

Em relação à paridade, 76% das parturientes do estudo já eram mães de até 2 filhos, e 24% tinham mais que 3 filhos. A totalidade das mulheres (100%) tinha frequentado o pré-natal na gestação em curso. Em referência ao diagnóstico em semanas de gestação, identificamos que 85% dessas mulheres estavam entre 37 e 40 semanas de gestação e 15% entre 41 e 42 semanas.

Sendo o local da pesquisa uma instituição que preconiza e estimula o acompanhante durante o trabalho de parto, 78% delas referiram essa companhia, e apenas 22% não referiram qualquer acompanhante. Das 78% que foram acompanhadas, 44% foram pelo próprio parceiro e 34% pela mãe ou outros familiares e amigas.

Verificamos que 85% das parturientes do estudo receberam algum tipo de medicação durante o trabalho de parto, sendo a mais utilizada a ocitocina em 81%, seguida do buscopam (5%) e apenas 15% não receberam qualquer medicação durante o período desta investigação.

Ao comparar as médias de intensidade de dor “antes e após” a aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas nos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo uterino com o Teste T pareado simples, verificamos diferença significativa ($p=0,000$) nos 3 momentos do trabalho de parto, denotando a efetividade dessas estratégias (exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral) no alívio da dor durante o trabalho de parto, como pode ser observada na Figura 2.

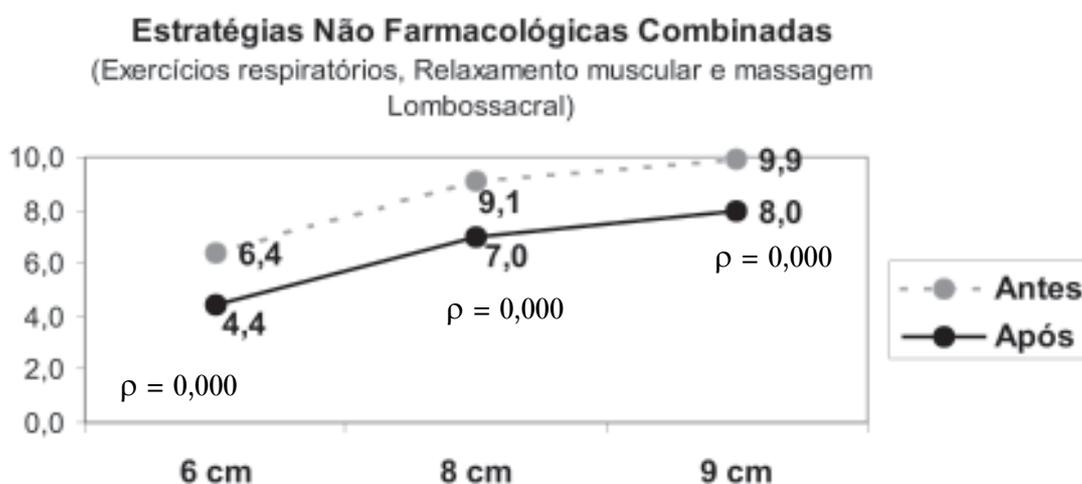


FIGURA 2: MÉDIA DA DOR NO “ANTES E APÓS” A APLICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS COMBINADAS NO TRABALHO DE PARTO ENTRE 6 CM, 8 CM E 9 CM DO COLO DILATADO, NAS PARTURIENTES DO ESTUDO, COM A UTILIZAÇÃO DO TESTE T PAREADO

DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica das parturientes deste estudo demonstra o predomínio na faixa etária entre 20 e 30 anos de idade, adultas jovens, baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) e renda familiar até 2 salários mínimos, religião católica e residentes na capital do Estado do Rio Grande do Norte. Alguns estudos demonstram também que a idade de mulheres em trabalho de parto está numa média entre 22 e 35 anos, corroborando com os resultados desta pesquisa. Ao avaliar o grau de instrução, os autores concluíram que essas mulheres têm uma baixa escolaridade com apenas o primeiro grau incompleto¹⁹⁻²⁰.

Quanto aos aspectos obstétricos, predominou paridade de até 2 filhos entre as mulheres, todas freqüentaram o pré-natal, diagnóstico entre 37 e 42 semanas de gestação, presença de parceiros, familiares e amigas como acompanhantes durante o trabalho de parto.

Quanto ao acompanhante, é importante considerar o suporte pelo papel desempenhado durante o trabalho de parto, pois autores identificaram que, quando a pessoa provedora dessa companhia não é um profissional de saúde, os benefícios à parturiente são mais acentuados. Os estudos disponíveis, segundo os autores, não avaliam o acompanhante escolhido pela parturiente como sendo uma pessoa provedora de suporte, constituindo, assim, lacuna de conhecimento a ser preenchida²¹⁻²². Porém, é importante ressaltar que o Ministério da Saúde recomenda que deva ser oferecida a parturiente a presença de um acompanhante, o qual poderá estar ao seu lado desde o pré-natal, no decorrer do trabalho de parto e parto, vivenciando junto com a mulher a experiência do nascimento³.

Indo de acordo com estas afirmações, um estudo de revisão foi realizado com o objetivo de conhecer a satisfação de mulheres quanto ao nascimento, em especial no que se refere ao alívio da dor. A revisão sistemática realizada nesse estudo identificou quatro expectativas presentes relacionada com a satisfação da parturiente como os fatores pessoais, o suporte dos profissionais, a qualidade da relação profissional-paciente e o envolvimento na decisão das intervenções. Concluíram os autores, nessa revisão, que a avaliação das parturientes quanto à satisfação em suas experiências durante o trabalho de parto não estão relacio-

nadas às influências da dor, do alívio à dor e das intervenções médicas, mas sim às influências das atitudes e comportamentos dos profissionais da saúde²³.

Portanto, a atitude profissional é de relevante importância na assistência à parturiente, tendo em vista que as expectativas identificadas pelos autores anteriormente citados poderão ser realizadas, além da abordagem empática, associando-se a utilização de estratégias não farmacológicas adequadas visando aliviar a dor tão presente nas parturientes, além das relações interpessoais na interação profissional-parturiente-família. Com a aplicação dessas estratégias, o processo do trabalho de parto poderá ser menos doloroso, menos tenso, visto que essas mulheres necessitam de atenção, aconselhamento e habilidades de comunicação.

Quanto ao uso de medicação houve predominância de ocitocina de forma isolada e/ou associada a outros medicamentos, como buscopam e antibióticos, não sendo usada nenhuma medicação em apenas 15% das parturientes pesquisadas. O uso da ocitocina, neste estudo, não influenciou na dor “antes e após” à aplicação das estratégias.

Temos observado que, na prática obstétrica, o uso rotineiro de ocitocina em parturientes ocorre de maneira desnecessária, levando essa conduta muitas vezes às distócias no trabalho de parto. Na realidade, muitas vezes a infusão desnecessária de ocitocina determina maior percepção dolorosa, stress e medo nas parturientes. Porém, em algumas situações, torna-se necessária a prescrição da ocitocina em casos de trabalhos de parto disfuncionais, prolongados e associados à bolsa amniótica rota por longas horas.

No que se refere às estratégias não farmacológicas vale salientar que, ao buscarmos estudos realizados com as técnicas de exercícios respiratórios e relaxamento muscular para o alívio da dor no trabalho de parto, estes mostraram que as referidas técnicas não reduziram a dor das parturientes estudadas, porém promoveram manutenção de baixo nível de ansiedade dessas mulheres por um longo tempo⁵.

Entretanto, em estudo realizado na cidade de Goiânia/GO, pesquisadores utilizando uma assistência individualizada com orientações e estímulos às técnicas de exercícios respiratórios e relaxamento muscular durante o processo parturitivo, ficou verificado que na fase ativa houve predominância da dor, com sensação de aumento na tolerância a

essa dor, encorajamento, vigor, bem-estar físico e psicoemocional ⁶. Também foi verificado que em estudo quase-experimental utilizando métodos de relaxamento muscular progressivo, demonstrou importante redução no nível de dor nas parturientes submetidas a essa técnica ⁷.

Em estudo experimental com primigestas, verificaram que a técnica de respiração isolada interferiu significativamente na diminuição da dor e melhora dos níveis de saturação de oxigênio materna, durante o primeiro estágio de trabalho de parto ²⁴.

Quanto à massagem lombossacral, pesquisadores da região sul de Taiwan, em 2000, realizaram um estudo randomizado com 60 parturientes, o qual demonstrou efetiva intervenção dessa estratégia no alívio da dor das pesquisadas ¹⁰, juntamente com outro estudo corroborado por pesquisadores ao demonstrarem que a massagem lombossacral tem seu valor terapêutico no sentido de promover relaxamento, conforto e alívio no processo parturitivo⁸.

Outro estudo randomizado utilizando a técnica da massagem lombossacral nas três fases da dilatação do colo uterino, ou seja, na aceleração, inclinação máxima e desaceleração, demonstrou que essa técnica não muda as características da dor experienciada pelas parturientes; no entanto, ela é efetiva nas fases de aceleração e inclinação máxima, ajudando a aliviar a intensidade da dor nas parturientes ²⁵, corroborando com os resultados do presente estudo.

Portanto, o conforto físico é incrementado pelo uso de técnicas de massagem e relaxamento, posturas variadas, música, métodos de respiração desenvolvidos para minimizar o desconforto durante o trabalho de parto, colocando em harmonia a teoria científica com a natureza; o conforto ambiental com o cultural, favorecendo o processo parturitivo além de promover modificações comportamentais de acordo com a resposta da mulher ²⁶.

Com base nos resultados dessas pesquisas, observamos que os exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral são técnicas efetivas no alívio e conforto da dor de parturientes em trabalho de parto. Nos dias atuais, o uso dessas técnicas para o alívio e conforto da dor de parto vem despertando os profissionais da área da saúde, em especial da obstetrícia, tornando-se, de certa forma, temática relevante na assistência à saúde materna e perinatal.

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo nos permitiram concluir que:

- Ao comparar as médias da dor “antes e após” aplicação das estratégias não farmacológicas combinadas nos 6 cm, 8 cm e 9 cm, verificamos diferença significativa ($p=0,000$) demonstrando uma redução na medida em que aumentava a dilatação do colo uterino, sendo maior aos 6 cm e menor aos 9 cm.
- A aplicação das estratégias exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral nos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo resultou em diferença significativa ($p=0,000$) no alívio da dor das parturientes do estudo.
- Diante do exposto, podemos afirmar que a aplicação de estratégias não farmacológicas como exercícios respiratórios, relaxamento muscular e massagem lombossacral são efetivas no alívio da intensidade da dor de parturientes no trabalho de parto, como demonstrou esta pesquisa.

Os achados deste estudo apontam para a necessidade de outras pesquisas clínicas que focalizem o uso dessas e de outras estratégias não farmacológicas efetivas para o alívio da dor de parto, visando ações humanizadas na assistência à parturiente.

À guisa dessas conclusões, esperamos que os dados encontrados nesta investigação possam contribuir no aprimoramento da prática obstétrica voltada para o trabalho de parto, tendo em vista o alívio da dor dessas mulheres. Outros resultados esperados são direcionados ao acompanhamento pré-natal com o acolhimento à gestante-parceiro-família nos serviços de saúde, com informações específicas no preparo do casal e família para o parto.

REFERÊNCIAS

1. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização na assistência

- hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(3):669-705.
2. Almeida NAM, Oliveira VC. Estresse no processo de parturição. *Rev Electronica Enferm* [online] 2005 [acesso 2006 set 29]; 7(1): 87-94. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista.htm>.
 3. Ministério da Saúde (BR). Parto aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2003.
 4. Orange FA, Amorim MMR, Lima L. Uso da eletroestimulação para o alívio da dor durante o trabalho de parto em uma maternidade-escola: ensaio clínico controlado. *Rev Bras Ginecol Obstet* [on-line] 2003 fev [acesso 2005 Jan 28]; 25(1): 45-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n1/a07v25n1.pdf>.
 5. Almeida NAM, Souza JT, Bachion MM, Silveira NA. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Latinoam Enferm* 2005; 13(1): 52-8.
 6. Almeida NAM, Bachion MM, Silveira NA, Souza JT. Avaliação de uma proposta de abordagem psicoprofilática durante o processo da parturição. *Rev Enfermagem UERJ* 2004; 12(3):292-8.
 7. Paula AAD, Carvalho EC, Santos CB. The use of the "Progressive Muscle Relaxation" technique for pain relief in gynecology and obstetrics. *Rev Latinoam Enferm* 2002; 10(5):654-9.
 8. Silveira IP, Campos ACS, Fernandes AFC. O contato terapêutico durante o trabalho de parto: fonte de bem-estar e relacionamento. *Rev RENE* 2002; 3(1): 67-72.
 9. Waters BL, Raisler J. Ice massage for the reduction of labor pain. *J Midwifery Women's Health* 2003; 48(5):317-21.
 10. Chan MY, Wang SY, Chen CH. Effects of message on pain and anxiety during labor: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs* 2002; 38(1): 63-73.
 11. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S. The nature and management of labor: Part I. Nonpharmacologic pain relief. *Am Fam Physician* 2003; 68(6):1109-12.
 12. Chang MY, Chen CH, Huang KE. A comparison of massage effects on labor pain using McGill pain questionnaire. *J Nurs Res* 2006; 14(3):190-7.
 13. De Conti MHS, Calderon IMP, Consonni EB, Prvl TTS, Albm I, Rug MVC. Efeito de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25(9):647-54.
 14. Medronho RA. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2005.
 15. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução à epidemiologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
 16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisas – CONEP. Resolução n.º 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
 17. Drummond JP. *Dor aguda: fisiopatologia clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000.
 18. Pereira IV, Sousa FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória, uma breve revisão. *Rev Latinoam Enferm* 1998; 6(3): 77-84
 19. Abushaikha LA, Oweis A. Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective. *Int J Nurs Pract* 2005; 11:33-8.
 20. Zwelling E, Johnson K, Allen J. How to implement complementary therapies for laboring women. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2006; 31(6):364-72.
 21. Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJ. Evidence on support during labor and delivery: a literature review. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5):1316-27.
 22. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latinoam Enferm* 2005; 13(6):960-7.
 23. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002 May; 186:S160-72.
 24. Iara B, Sperandio FF, Santos GM. Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. *Femina* 2007; 35(1):41-6.
 25. Simkin P, Boldin A. Update on non pharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Women's Health* 2004; 49(6):489-504.
 26. Davim RMB, Bezerra LGM. Assistência à parturiente por enfermeiras obstetras no projeto Midwifery: um relato de experiência. *Rev Latinoam Enferm* 2001; 9(6):62-8.

RECEBIDO: 01/10/2007

ACEITO: 21/01/2008

INDICADORES CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO ESTADO NUTRICIONAL

NURSING DIAGNOSIS CLINICAL INDICATORS RELATED TO THE NUTRITIONAL STATE

*INDICADORES CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS AL
ESTADO NUTRICIONAL*

ADRIANA LIMA DE SALES¹

MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA LOPES²

A avaliação do estado nutricional é um procedimento complexo, sobretudo no nordeste brasileiro onde predominam duas realidades distintas: a desnutrição e o sobrepeso/obesidade. Esta situação complica-se quando nos reportamos para gestantes, quando a qualidade das consultas de pré-natal realizadas por enfermeiros é de grande importância. O objetivo do estudo foi analisar os indicadores clínicos contidos nos registros de enfermagem de gestantes que apresentaram os diagnósticos de enfermagem nutrição desequilibrada que realizaram o pré-natal num Centro de Parto Natural. Foram avaliados 116 prontuários dos quais encontramos 90 registros dos diagnósticos em questão. Os resultados demonstraram que os acadêmicos e profissionais utilizaram inadequadamente a taxonomia da NANDA, construindo os diagnósticos de forma inacurada, deixando de utilizar características consideradas importantes. Conclui-se que existe a necessidade de maior atenção ao registro das características definidoras destes diagnósticos.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico de enfermagem; Fisiologia da Nutrição Materna; Avaliação nutricional.

The nutritional status evaluation is a complex procedure, mainly in the northeast of Brazil where two distinct realities are predominant: The malnutrition and the overweight / obesity. This situation is complicated when it comes to pregnancy, where the quality of prenatal consultations performed by nurses has a great importance. The main goal of this study was to analyze the clinical indicators contained in the nursing records of the pregnant women that presented the nursing diagnoses of unbalanced nutrition and performed the prenatal in a Center of Natural Childbirth. 116 Records were evaluated and among them we found 90 diagnosis records at issue. The results demonstrated that the academic and professionals used inadequately the NANDA taxonomy building diagnosis inaccurately, leaving out characteristics which are considered important. We may so conclude that there is the need to increase attention to the records of the defined characteristics of such diagnosis.

KEYWORDS: Nursing diagnosis; Maternal nutrition physiology; Nutrition assessment.

La evaluación del estado nutricional es un procedimiento complejo, sobre todo en el nordeste brasileño donde preponderan dos realidades distintas: la desnutrición y el sobrepeso / obesidad. Esta situación se complica cuando citamos embarazadas, donde la calidad de las consultas de prenatal realizadas por enfermeros es de gran importancia. El objetivo del estudio fue analizar los indicadores clínicos contenidos en los registros de enfermería, de embarazadas que presentaron los diagnósticos de enfermería nutrición desequilibrada y que realizaron el prenatal en un Centro de Parto Natural. Se evaluaron 116 prontuarios, en los que se encontraron 90 registros de los diagnósticos en cuestión. Los resultados demostraron que los académicos y profesionales utilizaron inadecuadamente la taxonomía de la NANDA, construyendo los diagnósticos de forma incorrecta, dejando de utilizar características consideradas importantes. Se concluye que es necesario prestar más atención al registro de las características determinantes de estos diagnósticos.

PALABRAS CLAVE: Diagnostico de enfermería; Fisiología de la nutrición materna; evaluación nutricional.

¹ Graduada em enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua Alexandre Barauna, 1115, Rodolfo Teófilo. Fortaleza – Ceará. CEP:60430-160. E-mail: adriana_lima2@hotmail.com.

² Doutor em Enfermagem.. Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua Esperanto, 1055, Vila União. Fortaleza – Ceará. CEP 60410-620. E-mail: marcos@ufc.br

INTRODUÇÃO

O processo de enfermagem surgiu como um ordenador da assistência realizada pela equipe de enfermagem, composto por fases inter-relacionadas: histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, utilizando o método científico.

A responsabilidade do cuidar em enfermagem exige do enfermeiro que as decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas na avaliação do estado de saúde do indivíduo¹. Essa avaliação requer que se adote o diagnóstico de enfermagem como referência, tendo em vista que nessa fase são analisados e interpretados dados do usuário, e porque permitem ao profissional chegar a conclusões das necessidades, problemas, preocupações e reações humanas do cliente, além de proporcionar maior aproximação entre ambos. A classificação dos fenômenos pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), e que vem sendo adotada pelos enfermeiros brasileiros, facilitou a incorporação da etapa diagnóstica e tem servido de guia para a sistematização do cuidado de enfermagem. Anteriormente, eram poucas as discussões em torno desta questão e a implementação de uma assistência que incorporava as etapas do método científico ficava prejudicada².

Cada fenômeno constante da taxonomia da NANDA é previamente definido. Tem suas características definidoras e fatores relacionados descritos, o que facilita o trabalho do enfermeiro nas consultas de enfermagem. Atualmente, a taxonomia da NANDA está subdividida em 13 domínios: promoção da saúde, nutrição, eliminação, atividade/repouso, percepção/ cognição, autopercepção, relacionamentos de papel, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança/proteção, conforto e crescimento/ desenvolvimento².

Especificamente o domínio Nutrição inclui fenômenos relacionados às atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção dos tecidos, reparação de tecidos e produção de energia. Este domínio subdivide-se em 5 classes: ingestão, digestão, absorção, metabolismo e hidratação. A classe ingestão, por sua vez inclui os diagnósticos de padrão ineficaz de alimentação infantil, deglutição prejudicada, nutrição desequilibrada

mais do que as necessidades corporais, nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais e risco de nutrição desequilibrada mais do que as necessidades². Dentre estes diagnósticos, o desequilíbrio nutricional, seja ele para menos ou para mais, é de especial interesse na qualidade de vida das pessoas. Todavia, nem sempre estas se alimentam saudavelmente, quer seja por hábitos culturais ou pela condição econômica desfavorável, o que leva a uma nutrição alterada. A esse respeito diz-se que o desequilíbrio ocorre quando há excesso nutricional (suprimento maior do que a demanda) ou subnutrição (demanda maior que o suprimento)³.

Observa-se que os indicadores mais utilizados na avaliação do estado nutricional de uma pessoa são a estatura, o peso e o índice de massa corporal (IMC). Atualmente, a classificação mais aceita do estado do peso é o IMC. Ele é usado como instrumento de medida da obesidade e da desnutrição protéico-calórica, ou como um indicador do nível de risco para a saúde. Todas as medidas que estiverem fora da variação normal indicam que o cliente apresenta maior risco para sua saúde e as necessidades nutricionais destes clientes devem ser abordadas de maneira apropriada³.

Alterações nutricionais podem ocorrer em diversas situações. Dentre estas situações, destaca-se a gravidez por ser uma etapa de aumento das necessidades metabólicas da mulher. Avaliar o aumento do peso durante a gestação faz-se necessário para identificar as gestantes com déficit nutricional ou sobrepeso, no início da gravidez; detectar as gestantes com ganho de peso menor ou excessivo para a idade gestacional, em função do estado nutricional prévio; permitir, a partir da identificação oportuna das gestantes de risco, orientação para as condutas adequadas a cada caso, visando melhorar o estado nutricional materno, suas condições para o parto e o peso do recém-nascido⁴.

Alguns estudos observacionais mostram que a obesidade está associada a uma maior frequência de distocias, diabetes e hipertensão e a um risco maior de cesariana. Por outro lado, foi descrito na gestação com baixo peso um risco maior de parto prematuro⁵. Resultados perinatais adversos têm sido associados com peso materno pré-gravídico insuficiente, baixa estatura da mãe e aumento de peso insuficiente ou excessivo durante a gravidez⁴. Nessas condições faz-se necessário um acompanhamento rigoroso

do peso e avaliação deste em relação à idade gestacional (IG), para que posteriormente não haja maiores dificuldades na gestação com complicações perinatais o que causaria um dispêndio desnecessário à saúde pública, já que se trata de um dano prevenível.

A variação do peso durante a gravidez é grande, oscilando entre 6 e 16 kg até o final da gestação, sendo que o aumento máximo se dá entre a 12^a e a 24^a semana de amenorréia. O aumento excessivo de peso materno predispõe à macrosomia fetal, e o aumento insuficiente está associado ao crescimento intra-uterino retardado ⁴.

Deve-se suspeitar de desnutrição materna quando o aumento de peso for inferior ao percentil 25 ou o peso para altura for menor que o percentil 10 dos padrões conhecidos para avaliação do estado nutricional adequado para gestantes. Se algum valor for maior que o percentil 90 do seu padrão, deve-se suspeitar de excesso de ingestão ou de retenção hídrica ⁴.

Os termos crescimento e desenvolvimento referem-se às mudanças que ocorrem no complexo fisiológico durante a concepção, embriogênese e toda a vida fetal. O ambiente materno é decisivo para o crescimento e o desenvolvimento fetal, podendo influenciá-los positiva ou negativamente. Dentre os principais fatores de risco que afetam o crescimento fetal destacam-se: primíparas com idade superior a 35 anos, adolescente gestante, baixa escolaridade e renda, história de problemas obstétricos, deficiência nutricional, patologias diversas e dependência química. Quanto aos efeitos de risco ou proteção da prática de atividade física durante a gestação sobre o crescimento fetal, existem controvérsias. Encontra-se relato de peso normal, baixo peso e aumento de peso, porém sabe-se que os benefícios da prática de atividades físicas durante a gestação são diversos e atingem diferentes áreas do organismo materno. O exercício reduz e previne as lombalgias, reduz o estresse cardiovascular, diminui a pressão arterial, previne trombozes e varizes e auxilia na redução do risco de diabetes gestacional ⁶.

Alterações do estado nutricional na gestação estão relacionados à ocorrência de complicações durante a gravidez. Por essa razão decidiu-se investigar a acurácia dos diagnósticos de enfermagem: Nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais e Nutrição desequilibrada

menos que as necessidades corporais, a partir dos registros dos profissionais e acadêmicos de enfermagem que realizam as consultas de pré-natal em um Centro de Parto Natural da cidade de Fortaleza – Ceará.

Desta forma, considera-se que a adequada avaliação do estado nutricional de gestantes pode contribuir para minimizar problemas decorrentes de um estado nutricional inadequado. Assim, o objetivo proposto para o estudo incluiu analisar os indicadores clínicos contidos nos registros de enfermagem de gestantes que apresentaram os diagnósticos de enfermagem nutrição desequilibrada que realizaram o pré-natal no referido Centro de Parto Natural.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental para avaliação dos diagnósticos de enfermagem de nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais e nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais por meio dos prontuários de um Centro de Parto Natural da cidade de Fortaleza – Ceará. Pesquisa documental assemelha-se com a pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza, fundamentalmente, das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam, ainda, tratamento analítico, ou que ainda poderão ser reelaborados de acordo com objetivos da pesquisa ⁷.

A população do estudo foi constituída por 208 prontuários das gestantes que realizaram pré-natal no local selecionado para o estudo. A amostra compôs-se de 116 prontuários nos quais foram registrados, pelo menos uma vez, um dos diagnósticos em questão. Como critérios de exclusão foram considerados: os prontuários que apresentaram registros considerados ilegíveis e os que se encontravam no arquivo morto do local.

O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se a fórmula a seguir, para população finita: $n = (Z^2 \times P \times Q \times N) / [E^2(N-1) + Z^2 \times P \times Q]$, onde n = Tamanho da amostra; Z = Coeficiente de confiança de 95% (Z = 1,96); P = Prevalência (P = 10%); Q = Complementar da prevalência (Q = 90%); E = Erro amostral (E = 5%). Assim, o tamanho inicial da amostra foi calculado em 84.

Adotou-se uma prevalência de 10%, tendo em vista um estudo realizado no próprio Centro de Parto Natural para desenvolvimento de um guia de conduta em pré-natal⁸. Prevendo-se prováveis ausências de informações, acrescentou-se uma margem de 15% a esse tamanho de amostra, passando “n” final a um valor de 116 prontuários, que foram selecionados aleatoriamente.

O estudo foi realizado num Centro de Parto Natural situado na cidade de Fortaleza – Ceará, o qual é campo de estágio curricular dos acadêmicos de enfermagem do 6º e 8º semestres da Universidade Federal do Ceará, onde são prestados serviços de assistência pré-natal de baixo risco por enfermeiros e por esses acadêmicos auxiliados pelos profissionais e assistência à saúde da mulher por meio de consultas ginecológicas, tendo por abrangência as comunidades do Planalto Pici, Parque Universitário e João Paulo Pinheiro.

Atualmente este Centro atende cerca de 200 gestantes, que espontaneamente, freqüentam a casa de parto anexa a uma unidade de atendimento comunitário da Universidade Federal do Ceará. Sua estrutura física é composta por recepção, sala para educação em saúde, sala de convivência, sala administrativa, repouso do plantonista, sala para material de limpeza, expurgo, lavanderia, posto de enfermagem, sala para acomodação de recém-nascido, sala de exame e admissão, salas de pré-parto, parto e pós-parto e sala de relaxamento com hidroterapia.

Uma ficha foi utilizada como instrumento de coleta de dados, constando de informações contempladas pela ficha perinatal, pelas características definidoras contidas no histórico da consulta e no próprio diagnóstico, segundo a taxonomia de diagnósticos NANDA, utilizadas pelo profissional.

As variáveis que compuseram o instrumento de coleta de dados da pesquisa incluíam: dados pessoais (número do prontuário, idade, escolaridade, profissão e estado civil); dados da história obstétrica anterior e atual (números de gestações, de abortos e de paridade, idade gestacional e altura uterina); medidas antropométricas (peso, altura e índice de massa corpórea); prática de exercício físico; e características definidoras dos diagnósticos em questão.

Foram avaliadas somente as características definidoras, no estado de nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais: dobra da pele do tríceps

> 25mm em mulheres; peso 20% acima do ideal para a altura e a compleição; comer em resposta a sugestões externas (p. ex., hora do dia, situação social); comer em resposta a sugestões internas além da fome (p. ex., ansiedade); padrão alimentação disfuncional relatado ou observado (p. ex. associa comida com outras atividades); nível de atividade sedentário e ingestão de alimentos concentrada no final do dia. No estado de nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais foram avaliados: peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal; relato de ingestão inadequada de comida, menor que a PDR (porção recomendada diária); membranas conjuntivas e mucosas pálidas, fraqueza dos músculos necessários à deglutição ou à mastigação; cavidade bucal ferida, inflamada; saciedade imediatamente após a ingestão de comida; relato ou evidência de falta de comida; relato de sensação de sabor alterado; incapacidade percebida de ingerir comida; conceitos errados; perda de peso com ingestão adequada de comida; aversão a comer; cólicas abdominais; tônus muscular enfraquecido; dor abdominal com ou sem patologia; falta de interesse por comida; fragilidade capilar; diarreia e/ou esteatorréia; perda excessiva de cabelos; ruídos hidroaéreos intestinais hiperativos; falta de informação, informação incorreta.

A coleta de dados foi realizada nos prontuários das clientes em maio de 2007. Os dados foram organizados em tabelas com indicação de freqüências absolutas e percentuais. Os dados foram avaliados estatisticamente quanto ao número e tipo de características definidoras identificadas nas consultas.

A proposta de estudo foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, procurando atender aos aspectos contidos na resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde⁹. Tratando-se de uma pesquisa documental com prontuários de seres humanos, fez-se desnecessário o esclarecimento dos objetivos e a prévia autorização dos participantes. As informações obtidas somente foram utilizadas para o desenvolvimento do estudo, sendo assim, garantido o anonimato dos colaboradores. O projeto recebeu parecer favorável por meio do número de protocolo 49/07, na reunião do dia 22 de março de 2007, para sua devida execução.

RESULTADOS

Encontrou-se o seguinte perfil: grande parte (52,2%) das gestantes tem escolaridade até o ensino fundamental incompleto e está sem ocupação profissional (83,3%), o que pode influenciar na aquisição de alimentos considerados saudáveis. Apesar de 56,7% referirem uma união estável, elas encontram-se na maioria das vezes em atrito com o companheiro, o que causa desestabilização emocional repercutindo na gravidez.

Com relação à faixa etária constatou-se que elas têm em média 22 anos (\pm 6,8) de idade. Dentro deste grupo encontram-se as adolescentes atendidas no Centro de Parto Natural (CPN) no percentual de 47% dos prontuários analisados, sendo que esta é uma faixa de risco gestacional.

Com relação aos dados clínicos, a atividade física inadequada foi identificada em 60% das gestantes, o que foi considerado fator de risco importante para a saúde, além da classificação do índice de massa corporal (IMC) ter revelado um resultado alarmante, pois 35,6% das clientes estavam com baixo peso, contudo 74,4% apresentaram uma altura uterina (AU) entre o percentil 10 e 90 o que é considerado normal, significando um desenvolvimento satisfatório do feto em relação à idade gestacional (IG).

A média de clientes que realizaram o pré-natal no CPN foi de 2,62, o que nos dias atuais é considerado moderado. Vale ressaltar a presença de uma gestante na 11ª gestação, com 10 partos e nenhum aborto podendo significar um planejamento familiar inadequado na comunidade adscrita. As demais gestantes tiveram, em média, 1,31 parto. Os abortos ficaram por volta de 0,31, sendo considerado baixo e de causa espontânea, apesar de ter havido relatos de abortos provocados. Relacionando as médias do peso, da altura e do IMC com a da IG, encontramos padrões adequados no gráfico de acompanhamento nutricional da gestante, porém não significa que todas estejam dentro dele o que já foi dito anteriormente.

Na análise dos resultados das características definidoras para se chegar a um diagnóstico de nutrição

desequilibrada, 15 delas não foram, sequer, mencionadas, dentre estas: dobra da pele do tríceps, comer em resposta a sugestões externas, comer em resposta a sugestões internas além da fome, fraqueza dos músculos necessário à deglutição ou à mastigação, cavidade bucal ferida, saciedade imediata após ingestão de comida, relato de sabor alterado, perda de peso com ingestão adequada de comida, cólicas abdominais, tônus muscular enfraquecido, dor abdominal com ou sem patologia, fragilidade capilar, diarréia e/ou esteatorréia, perda excessiva de cabelos e ruídos intestinais hiperativos. As características definidoras identificadas nos registros de enfermagem estão apresentadas na Tabela 1.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DOS DIAGNÓSTICOS “NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA MAIS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS” E “NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS”. FORTALEZA, 2007

Diagnóstico de enfermagem	Características Definidoras	Nº	%
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	1. Peso acima 20%	20	22,2
	2. Padrão disfuncional	1	1,1
	3. Sedentarismo	4	4,4
	4. Ingestão no fim do dia	1	1,1
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	1. Peso 20% abaixo	28	31,1
	2. Ingestão inadequada	43	47,8
	3. Membranas e mucosas hipocoradas	6	6,7
	4. Falta de comida	6	6,7
	5. Incapacidade de ingestão	12	13,3
	6. Conceitos errados	15	16,7
	7. Aversão a comer	6	6,7
	8. Falta de interesse por comida	22	24,4
	9. Falta de informação	4	4,4

Ressalta-se que, para se chegar a um diagnóstico de nutrição desequilibrada um dos principais dados clínicos são as medidas antropométricas, que incluem peso, altura, IMC e dobra da pele do tríceps as quais foram mencionadas pouquíssimas vezes ou mesmo não referidas de forma nenhuma no histórico ou no próprio diagnóstico.

A característica definidora mais frequentemente mencionada nas consultas foi a ingestão inadequada de comida, menor que o Padrão Diário Recomendado, enquadrada no diagnóstico de nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais. Todavia, nem sempre essa característica foi usada, sendo muitas vezes relatada como fator relacionado à nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais.

DISCUSSÃO

Os dados de alterações nutricionais encontrados nesta pesquisa assemelham-se aos encontrados no estudo descrito com dados de 240 gestantes de baixo risco obstétrico coletadas para um ensaio clínico em Recife-PE, no qual 25,4% tinham baixo peso pré-gestacional e 26,2% tinham sobrepeso ou eram obesas persistindo durante toda a gravidez¹⁰. Sendo estes dados encontrados na região Nordeste, confirma-se a situação de transição nutricional que o povo vive, caracterizada por tendências opostas: o declínio da desnutrição (35,6%) e, ao mesmo tempo, ascensão do sobrepeso/obesidade (27,8%).

Comparando-se estes estudos com um outro realizado em Viçosa – MG, região Sudeste, onde 41,3% de gestantes encontravam-se com estado nutricional pré-gestacional inadequado, das quais 25,7% com baixo peso e 17,4% com sobrepeso ou obesidade; tendo a maioria delas um ganho de peso inadequado durante toda a gestação. Além disso, identificou-se uma frequência moderada de baixo peso dos recém-nascidos ou com peso insuficiente, 8,9% e 28,6%, respectivamente. Nesse estudo as variáveis antropométricas (peso pré-gestacional, estatura, índice de massa corporal pré-gestacional e ganho de peso total) indicaram associação estatisticamente significativa com o peso ao nascer¹¹. Assim, regiões consideradas desenvolvidas como a Sudeste apresentaram situação semelhante às subdesenvolvidas num mesmo país, o que sugere a hipótese de padrão alimentar com baixo valor nutritivo.

Chama a atenção as duas vertentes de preocupação: a prevalência elevada no ganho de peso acima das recomendações que parece ser uma tendência mundial e a alta frequência de ganho de peso excessivo em nossa região, quando comparado com outras regiões do país. Isso poderia estar refletindo nas mudanças que estão ocorrendo no padrão alimentar, sendo atualmente, a dieta rica em gorduras, particularmente de origem animal, açúcar e alimentos refinados, e reduzida em carboidratos complexos e fibras¹⁰.

Além disso, a pesquisa acima referida relatou baixa escolaridade das gestantes (52,2% só tinham o ensino fundamental incompleto) e falta de ocupação profissional (83,3%). No estudo realizado em Recife, o ganho de peso semanal excessivo foi significativamente associado à esco-

laridade baixa (menor que oito anos de estudo), após o controle das variáveis pela regressão logística. Considerando que o nível de escolaridade reflete a situação sócio-econômica de maneira muito próxima, poder-se-ia cogitar que as gestantes de menor poder aquisitivo, dentro desta população, teriam também menos acesso aos alimentos em termos quantitativos, todavia consumiriam alimentos mais calóricos, por serem mais baratos¹⁰. Dessa forma, pode-se chegar à conclusão que um maior nível de instrução e poder aquisitivo auxiliam num melhor estado nutricional.

Na hipótese de desvio da normalidade, deve-se identificar a natureza e a magnitude do agravo nutricional e, com isso, mudar o paradigma atual que avalia o estado nutricional da gestante pelo “peso ao nascer”. Por sua vez, isso poderá contribuir tanto para a recuperação nutricional de gestantes desnutridas como para o controle do ganho de peso nas gestantes com sobrepeso/obesidade com o objetivo final de colaborar para redução das complicações perinatais, das taxas de partos operatórios, da retenção de peso após o parto, bem como suas conseqüências em longo prazo tanto para o lado materno quanto fetal¹⁰.

Vem daí a importância de avaliar o estado nutricional durante toda a gestação e sendo os diagnósticos de enfermagem, adequadamente identificados, ferramentas preciosas para o enfermeiro na intervenção de possíveis alterações. Dentre os diagnósticos de enfermagem relacionados ao estado nutricional, encontramos a nutrição desequilibrada para mais ou para menos do que as necessidades corporais. Especificamente no presente estudo, a característica definidora mais mencionada nos diagnósticos selecionados foi o relato de ingestão inadequada de comida, menor que o padrão diário recomendado (PDR) com 47,8%. Isto demonstrou a má qualidade dos alimentos e quantidade inadequada ingerida pelas gestantes.

Em segundo lugar, com 31,1% de aparecimento dentre as características mais apontadas, encontramos o peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal, o que nos remonta ao baixo nível sócio-econômico das clientes em questão, confirmando assim o perfil nutricional da região. Em contrapartida, encontramos em quarto lugar a característica de peso 20% acima do ideal para a altura e a compleição com 22,2%, perdendo somente para falta de interesse por comida que teve 24,4%, revelando uma nova realidade

no estado nutricional vigente, embora não deixando de ser preocupante já que o sobrepeso e a obesidade também causam complicações para a gestante e feto.

Apesar das porcentagens das características definidoras de peso corporal 20% acima do ideal para a altura e a compleição e peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal terem ficado entre as mais mencionadas, ressaltamos que os índices de massa corporal (IMC) não foram registrados pelos profissionais que realizaram as consultas, sendo este cálculo feito e avaliado pelo pesquisador, segundo o cartão da gestante do Ministério da Saúde (MS).

Além das características que mais foram apontadas para definição dos diagnósticos em questão, existiram as que não foram referidas em momento nenhum como dobra da pele do tríceps >25 mm em mulheres, causando uma inadequação na construção destes. Tendo a NANDA como objetivo principal o direcionamento da padronização de linguagem dos diagnósticos, ou seja, estabelecer um acordo sobre regras para utilização de determinados termos, estas devem ser respeitadas e seguidas para poderemos constituirlos na sua melhor essência ¹.

Outra característica importante é o nível de atividade sedentário em gestantes para contribuição de um desenvolvimento fetal satisfatório. Este foi avaliado no presente estudo considerando o tipo de atividade física realizada pelas clientes, através da classificação como adequada ou inadequada. Dentre estas alternativas identificou-se que 60% das gestantes realizavam atividade física inadequada como: trabalhos domésticos pesados ou em posições prejudiciais, e somente 6,7% delas realizavam caminhadas ou outra atividade considerada adequada.

Numa revisão sobre a atividade física de gestantes observou-se que aquelas que se exercitaram durante todos os três trimestres da gestação, tenderam a ter bebês com peso maior do que aquelas que eram sedentárias ou que iniciaram atividade física somente no segundo ou no terceiro trimestre. Esse estudo de coorte incluiu 800 gestantes sob assistência pré-natal. Para a análise, os autores, subdividiram o grupo em três subgrupos: praticantes com intensidade leve/moderada, praticantes com intensidade alta e não praticantes de atividade física. Ajustando os dados por idade gestacional e peso ao nascer, o condicionamento físico anterior à gestação foi altamente relevante para o

bom crescimento fetal, tendo em vista que o grupo de gestantes que praticaram exercícios de intensidade alta apresentou aumento de peso fetal em torno de 300 gramas, enquanto naquelas que não praticaram atividade física, o aumento de peso foi próximo de 100 gramas ⁶.

Embora não haja um consenso no tipo de atividade física ideal que deve ser praticada por gestantes, sabe-se que a realização da mesma regularmente, moderada e orientada pode produzir efeitos benéficos tanto para saúde da gestante quanto para a do feto ⁶.

A atual versão da NANDA apresenta estrutura taxonômica pouco parecida com sua proposta inicial. Entretanto, reduziu os erros de classificação e redundâncias a valores muito próximos de zero, o que é uma condição altamente desejável para uma estrutura taxonômica ¹. Tendo esta característica, a nova taxonomia (II) assegura aos profissionais que a utilizam uma confiabilidade maior permitindo também que estes formulem um diagnóstico mais completo ou pelo menos próximo de um padrão desejável, o que parece não ter sido alcançado no CPN onde o presente estudo foi desenvolvido.

A estrutura aceita para substituir a classificação pautada nos Padrões de Respostas Humanas (Taxonomia I) continha domínios e classes. Assim, na Taxonomia II, cada domínio é composto por classes e cada classe é composta por conceitos diagnósticos ¹.

Frente à classificação segundo Padrões de Respostas Humanas, a Taxonomia II apresenta termos cujos significados nos são mais familiares – fazem parte da enfermagem tradicional e contemporânea, e talvez sejam mais efetivos para a comunicação com outros profissionais, com o próprio cliente e com instâncias de planejamento dos serviços de saúde ¹. Tendo o estudo encontrado resultados negativos em relação à adequação da coleta de dados e o processo de raciocínio diagnóstico, considera-se que as informações contidas nos prontuários para consultas subseqüentes necessitam ser revisadas. Além disso, constatou-se que os profissionais que realizaram as consultas verificadas apresentavam dúvidas em relação à diferença entre característica definidora e fator relacionado, pois com certa frequência mencionavam uma característica definidora como fator relacionado, sendo este por sua vez não referido nos diagnósticos.

Conforme a NANDA, o cuidado de saúde mundial, onde os sistemas de saúde estão inseridos, deve ultrapassar fronteiras, limites de espaço, tempo e tecnologia; justificando tal classificação por razões de padronizar a nomenclatura dos diagnósticos de enfermagem; expandir o conhecimento de enfermagem mediante a vinculação entre os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; determinar a relação custo-eficácia, eficiência e qualidade do cuidado em enfermagem ¹.

CONCLUSÃO

A qualidade da consulta de pré-natal é fundamental para uma gestação sem complicações e para que caso estas aconteçam, possam ser resolvidas precocemente. Daí surgiu a curiosidade em pesquisar como os profissionais e acadêmicos de enfermagem de um centro de parto natural utilizam a taxonomia da NANDA para diagnosticar a nutrição desequilibrada, um dos fatores principais a serem analisados na gravidez.

Conclui-se, a partir desse estudo, que os acadêmicos de enfermagem que estagiam no Centro de Parto Natural onde este estudo foi desenvolvido não inferem de maneira adequada os diagnósticos de nutrição desequilibrada mais que as necessidades e de nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais, mostrando, assim, uma dificuldade na identificação correta de um importante fenômeno a ser trabalhado no atendimento de pré-natal, já que os estagiários são acompanhados pelos profissionais do CPN.

Foram identificadas 13 características definidoras dos diagnósticos registrados nos prontuários, embora 15 não tenham sido referidas em momento algum. Observou-se que a redação dos diagnósticos foi feita de forma inadequada, confundindo muitas vezes as características definidoras com os fatores relacionados, e estes nem sempre foram mencionados. Identificou-se o uso de termos coloquiais como: “come muito pão”, “excesso de açúcar”, “reduziu o consumo de pão, só que continua comendo muito macarrão, biscoito e refrigerante” que empobrece o registro, além de repercutir, negativamente, na análise detalhada de uma descrição semiológica correta. Essa dificuldade de registro pode também ser apontada como um dos fatores que limitaram a generalização dos dados deste estudo.

As características definidoras mais referidas foram: relato de ingestão inadequada de comida, menor que o padrão diário recomendado, falta de interesse por comida, peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal e peso 20% acima do ideal para a altura e compleição, apesar dos registros não contemplarem tais informações sobre a comparação de peso ou índice de massa corporal (IMC) com idade gestacional.

Finalizando recomenda-se que para o adequado registro dos diagnósticos de enfermagem, os profissionais adotem uma taxonomia oficial que embase sua prática apropriadamente. Quiçá um treinamento sobre a taxonomia da NANDA seja útil para suprir as lacunas identificadas no registro dos prontuários, levantados nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Braga CG, Cruz DALM. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Rev. Latinoam. Enferm* 2003; 11(2):240-4.
2. NANDA. *Diagnóstico de Enfermagem: definições e classificações*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
3. Consendey CH, Gomes IL, Valejo MA, Jacobson RGS. *Semiologia: bases para a prática assistencial*. Rio de Janeiro: Editora LAB; 2006.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas de Estratégias. *Saúde da mulher: manual técnico de acompanhamento de gestação de alto risco*. Brasília; 2000.
5. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
6. Batista DC, Chiara VL, Gugelmin AS, Martins PD. Atividade física e gestação: saúde da gestante não atleta e crescimento fetal. *Rev Bras Saude Matern Infant.*, 2003; 3(2):151-8.
7. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1991.
8. Martinho, NJ. *Guia de conduta em pré-natal: desenvolvimento de tecnologia em enfermagem a luz da CIPE versão alfa*. [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2005.

9. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução no 196/96. Decreto no 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996 julho; 4(2):15-25.
10. Andreto LM, Souza AI, Figueiroa JN, Cabral JEF. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(11):2401-9.
11. Rocha DS, Pereira MN, Priore SE, Lima NMM, Rosado LEFPL, Franceschini SCC. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. *Rev Nutr* 2005; 18(4):481-9.

RECEBIDO: 27/08/2007

ACEITO: 04/03/2008

CAUSAS E CARACTERÍSTICAS DA RESISTÊNCIA À VASECTOMIA EM HOMENS

CAUSES AND CHARACTERISTICS OF MEN'S RESISTANCE TO VASECTOMY

CAUSAS Y CARACTERÍSTICAS DE LA RESISTENCIA A LA VASECTOMÍA EN LOS HOMBRES

KARLA DE ABREU PEIXOTO MOREIRA¹

AURÉLIO ANTÔNIO RIBEIRO DA COSTA²

MICHELL ÂNGELO MARQUES ARAÚJO³

MARIA VERACI OLIVEIRA QUEIROZ⁴

A vasectomia consiste em um método cirúrgico eficiente e seguro, entretanto, há a rejeição do homem quanto ao procedimento. No estudo foram pesquisadas as causas de resistência do homem à vasectomia, seu conhecimento sobre efeitos colaterais, características sociais, biológicas e tocoginecológicas da companheira e do sujeito pesquisado em relação ao uso dos métodos anticoncepcionais (MAC). Foi realizado um estudo descritivo-exploratório, de prevalência do tipo corte transversal, no Ambulatório de uma Instituição hospitalar no Recife, com homens acompanhantes de suas companheiras à consulta, no mês de outubro de 2003, totalizando 100 homens. A coleta de dados ocorreu com formulário próprio e os dados analisados por meio do EPI-INFO. A resistência à possível realização do procedimento de vasectomia foi de 55% e devido ao desejo futuro de procriação por parte dos homens (45,5%). Conclui-se que a maioria dos que se negaram a realizar a vasectomia o fizeram por pretenderem ter mais filhos (45,5%).

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento familiar; Anticoncepção; Vasectomia.

Vasectomy consists of a surgical safe method; however, men reject the procedure. In the present study it was made a research about the causes of resistance presented by the men concerning their knowledge, the side effects, biological, social as well as tocogynecological characteristics of the men researched as well as of the partner concerning the contraceptive methods (CM) used. It was accomplished a descriptive exploratory study with the transversal cut prevalence. It took place at the ambulatory of a hospital institution in Recife with the women and the respective partner, companions to the consultation. The daily amount selected in October 2003 was 100. It was accomplished an interview with a form and the data were analyzed statistically. The frequency of the non-realization of vasectomy was 55% and that was due to the willingness of having more children (45,5%). Most of those who rejected having the vasectomy did so because they wanted to have more children (45, 5%).

KEYWORDS: Family Planning; Contraception; Vasectomy.

La vasectomía consiste en un método quirúrgico eficiente y seguro, sin embargo, existe el rechazo por parte del hombre cuanto al procedimiento. En el estudio, fueron investigadas las causas de ese rechazo del hombre a la vasectomía; su conocimiento sobre los efectos colaterales; las características sociales, biológicas y tocoginecológicas del hombre entrevistado y su compañera con respecto al uso de anticoncepcionales (MAC) Fue realizado un estudio descriptivo y exploratorio, de prevalencia del tipo corte transversal, en el Ambulatorio de la Mujer, en Recife, con hombres acompañantes de sus compañeras a la consulta, en el mes de octubre de 2003, totalizando 100 hombres. La recogida de datos fue con formulario propio y los datos analizados a través del EPI-INFO. El rechazo de una posible realización del procedimiento de vasectomía fue del 55% y debido al deseo futuro de procreación por parte de los hombres. (45,5%). Se concluye que la mayoría de los que se negaron a hacer la vasectomía, lo hicieron por que pretendían tener más hijos (45,5%).

PALABRAS CLAVE: Planificación familiar; Anticoncepción; Vasectomía.

¹ Enfermeira Obstetra da MEAC/UFC. Especialista em Obstetrícia/UFPE. Residência em Saúde da Mulher pelo IMIP/PE. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde/UECE. Docente da Faculdade Metropolitana de Fortaleza/ FAMETRO. Fone: (085) 3234 0726/8852 4500. E-mail: karlapeixoto@hotmail.com

² Doutor em Tocoginecologia pela UNICAMP. Médico do IMIP/PE. E-mail: aurelio37@oi.com.br

³ Especialista em Saúde Mental e Saúde da Família. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde/UECE. Docente da Faculdade Católica Rainha do Sertão em Quixadá/CE. E-mail: micenf@yahoo.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente da UECE. E-mail: veracioq@hotmail.com

INTRODUÇÃO

No decorrer da história, a sexualidade sempre ocupou destaque em todas as sociedades, como forma de prazer ou procriação, sendo uma característica da espécie e vinculada às formas de relação interindividuais. Ela se transforma, assim, ao curso do tempo e conforme o espaço, não possuindo caráter ou modelos definitivos¹.

Em nossa sociedade ocidental do século XXI, a sexualidade é vivenciada de forma livre, muitas vezes, antes do matrimônio o que faz homens e mulheres estar a busca de métodos anticoncepcionais eficazes para a prevenção de uma gravidez indesejada e DST'S/HIV. O acesso aos métodos contraceptivos é desigual, quando se leva em consideração o nível social. As classes menos favorecidas possuem opções limitadas aos métodos e, inclusive, desconhecem alguns tipos, fato este evidenciado nessa pesquisa². Com isso, a opção de homens e mulheres pelos métodos cirúrgicos de contracepção aumenta a demanda dos serviços de saúde hospitalares. Deve-se fornecer acesso a homens e mulheres a serviços de planejamento familiar de qualidade, no qual possa ser dada informação detalhada sobre os métodos não cirúrgicos disponíveis, suas indicações, contra-indicações, vantagens e desvantagens, inclusive com demonstração dos mesmos. As várias opções de métodos contraceptivos são classificadas como métodos naturais, de barreira química e mecânica, hormonais, cirúrgicos e tradicionais³.

Quando houver indicação de contracepção cirúrgica, na mulher – a laqueadura tubária e no homem – a vasectomia, deve ser baseada em critérios rígidos, observando-se a legislação vigente e a ética. A Lei nº 9.263/96 estabelece que o acesso a esse tipo de cirurgia é realizado por meio do serviço público de saúde, somente em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos ou pelo menos com 2 filhos vivos podem fazê-la⁴.

A alta prevalência de laqueadura tubária é conseqüente a essa falta de informação sobre os métodos anticoncepcionais reversíveis e implica vários problemas, pois acarreta os impasses do arrependimento pós-esterilização cirúrgica e contribui para aumentar o número de cesáreas desnecessárias, realizadas somente para se fazer a laqueadura⁵. Alguns fatores como idade jovem, falta de estabilidade no relacionamento conjugal e morte de filho

são apontados em todo o mundo como predisponentes ao arrependimento⁶. Portanto, os casais devem ter certeza do provável término de suas vidas reprodutivas, mesmo que ocorram mudanças significativas, e, somente assim decidirem pelos métodos cirúrgicos, pois nenhum dos dois métodos é facilmente reversível². Deve a rede pública de saúde assumir a esterilização, preparando os hospitais públicos para o cumprimento da Lei de Planejamento Familiar. Para tanto, os hospitais deverão se aparelhar com equipes multidisciplinares para aconselhar e desencorajar a esterilização precoce.

O homem deve ser inserido nas discussões em torno de seu direito sexual e reprodutivo, como também de sua parceira, e ser um co-responsável nas atividades relacionadas às questões de saúde reprodutiva. Para propiciar essa participação, não basta a oferta de preservativos e vasectomia. Faz-se necessário proporcionar-lhes um processo educativo mais abrangente, voltado para a orientação em contracepção, que discuta com eles mesmos as relações de gênero envolvidas nas decisões reprodutivas e o esclarecimento de suas dúvidas e preconceitos que possam ter quanto à sua participação na anticoncepção⁷.

Percebemos como importante e fundamental a atenção que deve ser dada aos homens nos serviços de planejamento familiar, pois raramente se evidenciam homens participando de consultas e/ou palestras sobre anticoncepção, a não ser quando estão acompanhados de suas companheiras. Isso se deve ao fato dos homens acharem que não precisam ter tanto cuidado com a saúde, pois isso é uma preocupação feminina. Evidenciou a primeira autora quando atuou profissionalmente em unidade básica de saúde, que as consultas de planejamento familiar são realizadas, muitas vezes, pautadas em uma prescrição do anticoncepcional hormonal oral (ACHO) e/ou preservativo masculino, sendo estes também, mais divulgados pela mídia. A participação masculina praticamente inexiste no cenário da anticoncepção.

Essa conduta traz enormes prejuízos para o casal, pois, pela pouca participação do homem é atribuída à mulher a responsabilidade pela contracepção e adoção de métodos anticoncepcionais. O casal passa a não conhecer outros métodos em profundidade e a fazer uso de um que talvez não seja o mais adequado ao seu caso. Estudos

realizados^{8,9,10} evidenciam que os profissionais sentem-se inseguros e não capacitados para as orientações dadas em consultas de planejamento familiar, embora já tenham realizado treinamentos na área. O tema planejamento familiar está inserido em uma temática geral, por exemplo, saúde reprodutiva e abordará outras questões, como o pré-natal. São necessárias ações que possam ir além da entrega do método contraceptivo, mas promover a participação do homem nas consultas de planejamento para orientá-lo adequadamente quando houver o interesse e a decisão para a realização da vasectomia.

A vasectomia é realizada pelo seccionamento dos canais deferentes, destruindo o caminho dos espermatozoides dos testículos para a uretra. A intervenção pode ser realizada em ambulatório, sob anestesia local¹¹. O procedimento dura cerca de 30 minutos e a volta às atividades habituais ocorre em 48h. A atividade sexual sem desconforto ocorre em torno de 7 dias e relações sexuais seguras somente após cerca de 20 ejaculações e realização de um exame do ejaculado, após a qual se comprove a ausência de espermatozoide¹².

Essa intervenção cirúrgica não tem um efeito fisiológico sobre a potência sexual; entretanto, muitos homens relutam porque acham que pode diminuir sua masculinidade⁸. Depois da esterilização, o homem se torna estéril, mas não impotente. Não se conhece qualquer razão fisiológica pela qual a vasectomia afetaria o comportamento sexual. Com grande frequência, porém, ouve-se falar que houve melhora no desempenho sexual do homem após a vasectomia¹³. Os casais que se preocupam com a gravidez, resultante da falha de contraceptivos, em geral, relatam uma diminuição do cuidado e aumento da excitação sexual espontânea após a vasectomia. As explicações concisas e fatuais pré-operatórias podem diminuir ou aliviar as preocupações do paciente quanto à masculinidade¹¹.

Existem diversos critérios de aceitação do homem para realizar a vasectomia, de acordo com cada instituição. Alguns critérios mais críticos, no entanto, devem ser levados em consideração, como a sua maturidade e a conscientização do procedimento e sua convicção diante dessa opção escolhida. Daí por diante, se pode pensar em sua realização com menores chances de desistências ou arrependimentos⁵.

O interesse pelo estudo surgiu quando a primeira autora foi residente de enfermagem em saúde da mulher, em uma instituição hospitalar referência em saúde materno-infantil no Estado de Pernambuco, ao realizar palestras educativas sobre planejamento familiar e perceber a rejeição dos homens à vasectomia pela sua expressão facial e verbalização negativa. Foi também observado o desconhecimento acerca do procedimento, notadamente em relação aos efeitos sobre a sua sexualidade.

Sendo assim, como objetivo geral, surgiu a necessidade de levantar as principais causas de resistência à vasectomia em companheiros de mulheres atendidas em um ambulatório da mulher de uma Instituição hospitalar. Os objetivos específicos foram determinar a frequência dos homens que não realizariam a vasectomia; definir as principais características biológicas, sociais e tocoginecológicas do casal; delimitar o conhecimento da vasectomia e seus possíveis efeitos colaterais sobre o organismo masculino.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado em uma Instituição Hospitalar Filantrópica e de ensino de grande porte do Estado de Pernambuco, caracterizada como uma entidade não governamental, sem fins lucrativos e de utilidade pública, que desenvolve ações em assistência médico-social, ensino, pesquisa, extensão comunitária. O Ambulatório da Mulher funciona diariamente das 7h às 16h e conta com atendimento em diversas especialidades e equipe multiprofissional que prestam assistência integral à saúde da mulher em todo o seu ciclo vital. São realizados em torno de 06 procedimentos de vasectomia/mês. O procedimento cirúrgico é feito ambulatorialmente, sob anestesia local, e realizado pelo profissional médico especialista.

O estudo realizado foi do tipo descritivo-exploratório, de prevalência do tipo corte transversal, no mês de outubro de 2003.

A população do estudo foi constituída por homens que acompanham suas companheiras ao Ambulatório da Mulher para consultas e/ou palestras. A amostra foi selecionada no período de um mês, diariamente, nos dias úteis, totalizando 100 homens. Os critérios de inclusão no estudo foram: sexo masculino; maiores de 21 anos;

homens que não realizaram a vasectomia e aceitaram participar do estudo.

As variáveis de análise pesquisadas foram: idade do pesquisado, idade da parceira, paridade, estado civil, gestação, profissão, escolaridade, renda, tempo de relacionamento com a companheira atual, número de filhos do casal, número de filhos de relacionamentos anteriores, estado de gravidez da atual parceira, tempo gestacional, risco gestacional, tempo da última gestação, métodos contraceptivos utilizados atualmente, métodos contraceptivos utilizados anteriormente, decisão quanto ao uso dos métodos, grau de conhecimento dos métodos, orientação de profissional de saúde em relação ao uso dos métodos, grau de conhecimento sobre o procedimento de vasectomia e seus efeitos colaterais sobre o organismo masculino e posição do homem quanto à realização da vasectomia. A presente pesquisa atendeu aos postulados da Declaração de Helsinque, emendada em Hong Kong em 1989, e segue os termos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde do Brasil, Resolução 196/96, relativa à pesquisa em seres humanos.

Após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, foi dado início à coleta de dados, por meio de uma entrevista em formulário específico. O candidato convidado a compor a amostra recebeu as informações detalhadas sobre a pesquisa e, ao concordar, procedeu à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram processados mediante o *software Epi-Info* 2002, e a análise foi feita estatisticamente por intermédio de gráfico e tabelas.

RESULTADOS

Características sócio-demográficas

Os resultados das entrevistas com os 100 companheiros das mulheres atendidas no Ambulatório da Mulher da instituição pesquisada demonstraram que, 22% são autônomos, não tendo vínculo empregatício; a mediana de renda mensal foi de um salário mínimo e meio. Cerca de 32% dos homens estavam em um novo casamento (novo casal), já foram casados civilmente (42%) ou tiveram uma união estável com a companheira (20%), demonstrando uma mediana de tempo de relacionamento estável de quatro anos com a companheira.

Apesar da escolaridade da população estar aumentando cada vez mais, como se observa na pesquisa, a mediana de escolaridade foi de 10 anos completos de estudo. Contudo, a despeito da exigência crescente do mercado de trabalho por melhor formação educacional e conseqüente necessidade de maior qualificação profissional, vê-se que a renda continua baixa e, desta forma, não acompanha o crescimento educacional.

Quanto à idade dos homens pesquisados, a mediana foi de 30 anos e das companheiras foi de 27 anos, demonstrando estarem dentro do critério de idade para a realização de esterilização definitiva. O critério de número de filhos para a realização da vasectomia é de 2 filhos vivos. O estudo mostrou que a mediana do número de gestações foi de 2 e a do número de partos de 1; o número de filhos dos homens pesquisados em relacionamentos anteriores e atuais obteve uma mediana de 0 filhos, variando de 0 a 5 filhos, não obedecendo aos critérios retrocitados.

A relevância da escolaridade e do estrato socioeconômico indica que as pessoas que desfrutam de melhores condições de vida têm maior acesso à informação acerca da anticoncepção, bem como revelam atitude ativa de busca dessas informações, visando ao planejamento familiar¹⁴.

Características tocoginecológicas da companheira

Das mulheres dos homens entrevistados, 39% eram nuligestas e 61% já tinham gestado ao menos uma vez. Apesar disso, 47 companheiras estavam gestantes, confirmando o interesse dos homens em aumentar os membros da família, e 37 delas estavam realizando o pré-natal de baixo risco (78,8%). A mediana do tempo gestacional das mulheres foi de 28 semanas, estando, portanto, no terceiro trimestre da gestação, variando de 8 a 38 semanas. Das mulheres que já tinham tido gestações anteriores, a mediana do tempo transcorrido da última gestação foi de 48 meses, variando de 1 a 300 meses.

Conhecimento e uso dos métodos contraceptivos

Dos homens entrevistados 73% referiram que, em virtude da ocorrência de gestação da companheira, não

estavam usando nenhum método contraceptivo, demonstrando desinteresse pelo preservativo masculino como forma de prevenção as DST's e AIDS, apenas utilizando-o como forma contraceptiva. No momento da entrevista, 23% dos homens utilizavam o preservativo masculino como forma contraceptiva e, em algum outro momento de sua vida sexual, foi de 13%, refletindo o mesmo desinteresse, embora 100% dos homens tenham relatado que conheciam esse anticoncepcivo.

O fato de, na consulta, não serem oferecidos comumente os métodos de barreira, como o diafragma e o espermicida, e até nem mais serem demonstrados, dificulta o interesse sobre eles e sua utilização. Nenhum dos entrevistados, em nenhum momento de suas vidas reprodutivas, utilizou esses dois métodos e o conhecimento que tinham sobre eles foi de 35% sobre o diafragma e 10% sobre o espermicida. Em detrimento dos outros métodos, ocorre maior popularização do anticoncepcional oral, que tem 96% de conhecimento da população em estudo e já foi utilizado pela companheira em algum momento de sua vida reprodutiva (39%).

A inadequação de conhecimentos sobre MAC é um dos aspectos que contribuem para explicar o fato de a prevalência de MAC no Brasil estar concentrada em pílula e laqueadura. Os métodos mais referidos são os mais difundidos pela sociedade, como preservativo masculino, pílula e laqueadura e os menos conhecidos os que dependem da participação feminina e menos difundidos, como o diafragma e espermicida. Para que o método escolhido seja efetivo é importante que se conheça de forma mais abrangente as características peculiares dos mesmos^{15,16}.

Cerca de 57% dos entrevistados afirmaram ter tido orientação de algum profissional de saúde sobre os métodos anticoncepcionais, entretanto o número de homens que não receberam informações (43%) permanece elevado. Foi informado que os componentes familiares, amigos e pessoas próximas influenciam na decisão do casal sobre os MAC, quando não dispõem de orientação profissional.

Em pesquisas sobre a opção do casal pela vasectomia e outros métodos anticoncepcivos, observou-se também que as fontes de informação principais foram

pessoas significativas para eles (amigos, colegas, vizinhos, parentes)^{7,15}.

Dos homens entrevistados 85% conheciam a laqueadura tubária e 12% de suas companheiras já haviam se submetido a esse procedimento cirúrgico, 2% delas já utilizaram DIU em algum momento de suas vidas, sendo que 53% dos homens desconheciam este método. Segundo os entrevistados, 42% deles consideraram ser satisfatório o conhecimento sobre os métodos contraceptivos, 32% pouco satisfatório, 15% muito satisfatório e 11% insatisfatório. Tais indicadores são demonstrativos de que, apesar de saberem o que são os métodos, não têm conhecimento aprofundado sobre o assunto.

Estudos disponíveis sobre a adequação do conhecimento a respeito dos métodos anticoncepcivos, em geral, revelam a existência de conceitos errôneos acerca deles, pois muitos se referem ao conhecimento de métodos em termos de "ouvir falar". Logo, não chegam a avaliar a qualidade da informação que as pessoas dizem possuir no tocante a cada método¹⁴.

Quanto à decisão sobre o uso do método contraceptivo, 71% dos homens referiram que esta recai sobre o casal. Número expressivo que pode demonstrar coresponsabilização do casal na prevenção da gravidez não-planejada e resultado semelhante foi encontrado em pesquisa realizada na Bahia com 179 pessoas, no qual 71% dos entrevistados definiram ser do casal a responsabilidade de decisão contraceptiva¹⁵.

Vasectomia: conhecimento, aceitação e rejeição

Quanto ao conhecimento, 87% sabia que a vasectomia é um procedimento cirúrgico realizado no homem para não ter mais filhos; 10% afirmaram ser uma doença contagiosa nos vasos da próstata. Quanto aos efeitos colaterais da vasectomia no organismo masculino, segundo os homens entrevistados, 18% não sabiam informar o que poderia causar, 14% acharam que pode diminuir a ejaculação, 8% que traria impotência, 3% que poderia alterar o desejo sexual, 3% que provocaria inchaço nos testículos e 54% afirmaram que não causa nenhum desses efeitos, conforme demonstrado na Tabela 01.

TABELA 01: DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS DA VASECTOMIA, SEGUNDO OS HOMENS ENTREVISTADOS NO AMBULATÓRIO DA MULHER. RECIFE, BRASIL, 2004.

POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS	N	%
Causa impotência	08	08
Altera o desejo sexual	03	03
Diminui a ejaculação	14	14
Provoca inchaço nos testículos	03	03
Nenhuma das opções anteriores	54	54
Não sabe informar	18	18
TOTAL	100	100

A rejeição à vasectomia aconteceu em 55% dos entrevistados, por diversos motivos, mas principalmente por quererem ter mais filhos (45,5%), demonstrando que, independentemente das suas condições socioeconômicas, existe a vontade de procriação futura. A manutenção da espécie é um fator importante para o homem, aliada a sua masculinidade, que se liga à capacidade de gerar outro ser. Outro fator que interfere na não realização da vasectomia se refere ao medo do procedimento cirúrgico (14,5%) e a falta de conhecimento (12,8%). Estes fatos estão evidenciados na Tabela 02.

TABELA 02: DISTRIBUIÇÃO DOS MOTIVOS PELOS QUAIS OS HOMENS ENTREVISTADOS NÃO REALIZAM A VASECTOMIA, NO AMBULATÓRIO DA MULHER. RECIFE, BRASIL, 2004.

MOTIVOS DA NÃO REALIZAÇÃO	N	%
Idade avançada	04	7,3
Idade precoce	02	3,7
Falta de tempo	01	1,8
Medo do procedimento	08	14,5
Impotência	03	5,4
Uso de outros métodos	05	9,0
Falta de conhecimento	07	12,8
Querer ter mais filhos	25	45,5
TOTAL	55	100

A população masculina ainda tem certos tabus com relação à vasectomia, pois acredita que pode ficar impotente, perder a libido e o medo de enfraquecer-se como autoridade de chefe de família também são algumas das razões da resistência masculina ao procedimento¹⁶. O volume, consistência e cheiro do ejaculado permanecem inalterados, e a diferença no fluido ocorre somente na ausência de espermatozoides, não havendo, também, mudanças na sensação do organismo ou no apetite sexual. Não causa qualquer alteração na função erétil (potência sexual)

ou no tempo para se atingir o orgasmo, pois a cirurgia não aborda nenhuma estrutura responsável por ereção peniana ou ejaculação¹².

Os homens sentem-se emocionalmente incapazes e atribuem a responsabilidade a sua parceira, o que faz aumentar o número de laqueaduras tubárias desnecessárias.

O homem vasectomizado, em geral, sente-se mais livre e relaxado pela ausência de preocupação com o controle de natalidade. Isto, porém, não o desobriga ao uso de preservativo para evitar doenças sexualmente transmissíveis, como Aids, HPV e/ou gonorréia, por exemplo¹².

Administradores de programas de planejamento familiar crêem que a ênfase na informação e educação é o fator mais importante para a obtenção de altos níveis de satisfação dos clientes. Novas rotinas referentes à saúde reprodutiva e sexualidade também voltadas a adolescentes, visto que, constituem um grupo que conhece os métodos anticoncepcionais de forma superficial¹⁷.

A comunicação no plano pessoal desempenha importante papel na mudança da mentalidade masculina sobre a vasectomia e a falta de informações provenientes de uma fonte segura e influente, e não a prevalência de informações errôneas a respeito da vasectomia, que constitui o maior obstáculo à sua aceitação. As abordagens nos grupos de planejamento familiar sobre a sexualidade responsável seria uma das estratégias que poderiam ser utilizadas para mudar esse paradigma tão alicerçado na sociedade ao longo dos tempos^{13,16}.

CONCLUSÕES

Os dados expostos permitem concluir que a principal causa de resistência dos homens pesquisados à vasectomia foi o desejo de ter mais filhos, haja vista as condições socioeconômicas atuais, a vontade de procriar superado essa dificuldade mais ampla. O número de homens que mais se negaram à realização do procedimento foi um pouco maior do que o daqueles que o realizariam sem problemas.

Os homens pesquisados diziam ter conhecimento satisfatório sobre os métodos contraceptivos, entretanto, foi quase nenhum o conhecimento sobre alguns métodos, como espermicida e diafragma. Foi observado que esse

conhecimento não era aprofundado, não englobando aspectos mais específicos, como forma de uso e possíveis efeitos indesejados. Esse limitado conhecimento dos MAC restringe as opções de uso, pois a escolha de um método implica tanto o número de métodos oferecidos quanto a sua variedade, em termos das características intrínsecas de cada um. Para que as pessoas possam escolher livremente um MAC, é relevante que tenham recebido informação adequada e que esta tenha sido assimilada. É necessário refletir sobre o que é uma informação de qualidade, que seja assimilável e significativa para quem está buscando opções anticoncepcionais. Portanto, os serviços de saúde devem implementar ações educativas voltadas para o homem que tentam se submeter à vasectomia, no sentido de mostrar maiores esclarecimentos e permitir-lhe ter maior segurança na escolha desse método. Somente dessa maneira, o casal orientado pode decidir sobre o método de esterilização cirúrgica masculina de forma consciente e como está assegurado pela Constituição Federal.

Já com relação ao preservativo masculino, embora todos os pesquisados conhecessem o método, poucos dele faziam uso como forma contraceptiva e método preventivo de DSTs e Aids. A população em estudo é bem orientada com relação aos anticoncepcionais orais, refletindo a grande popularidade do método hormonal. Nota-se que apesar do grande uso da pílula e do preservativo masculino, observa-se que a oferta não tem sido suficiente.

O conhecimento sobre a vasectomia para os homens demonstrou que eles já ouviram falar sobre o procedimento, porém, observa-se o não-aprofundamento sobre o método e dos eventuais efeitos sobre o organismo masculino.

Mesmo com todas as ações previstas em planejamento familiar pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) desde a sua criação em 1984, ainda não alcançou-se índices satisfatórios pela não priorização desse programa na atenção básica, seja pela pouca capacitação dos profissionais em lidar com o assunto e promover a participação comunitária de homens, mulheres e adolescentes, ou pela falta de insumos fornecidos à execução das ações operacionais.

Espera-se que esse estudo contribua para suscitar questionamentos na área de saúde reprodutiva, em especial voltada aos homens que desejam se submeter à vasc-

tomia, já que não se tem um serviço destinado especificamente a eles, com privacidade e em horários que não sejam compatíveis com seu trabalho. Uma atenção individualizada com orientações claras quanto ao procedimento, dúvidas e anseios, pois somente assim o homem poderá conhecer e direcionar suas decisões em compartilhar do ato de procriar.

REFERÊNCIAS

1. Seixas AMR. Sexualidade feminina. São Paulo: Senac; 1998.
2. Pinotti J, Faúndes A. A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil. São Paulo: Manole; 1988.
3. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4° ed. Brasília, 2002.
4. Brasil. Lei nº9263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o 7° do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 jan. 1996.
5. Faúndes A, Costa RG, Pádua KS, Perdigão AM. Associação entre prevalência de laqueadura tubária e características sócio-demográficas de mulheres e seus companheiros no Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 1999;14(supl.1):49-57.
6. Vieira EM. O arrependimento após a esterilização cirúrgica e o uso das tecnologias reprodutivas. Rev Bras Ginecol Obstet 2007; 29(5):225-9.
7. Marchi NM, Alvarenga AT, Osis MJD, Bahamondes L. Opção pela vasectomia e relações de gênero. Cad Saúde Pública 2004; 19(4) 1017-27.
8. Moura ERE, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. Cad Saúde Pública 2007; 23(4):961-70.
9. Moura ERE, Silva RM. Competência profissional e anticoncepção. Rev Saúde Pública 2005; 39(5):795-801.
10. Osis MJD, Faúndes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no

- Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(11):2481-90.
11. Ziegel E, Cranley M. *Enfermagem obstétrica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.
 12. Gomes C. Vasectomia, esterilização masculina definitiva. (São Luís) 2000. [acesso 2002 set 1]. Disponível em: <http://www.geocities.com/HotSprings/6078/vasectom.html>.
 13. Halbe HW. *Tratado de ginecologia*. 3. ed. São Paulo: Rocca; 2000.
 14. Espejo X, Tsunehiro MA, Osis MJD, Duarte GA, Bahamondese L, Sousa MH. Adequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(5):583-90.
 15. Espírito-Santo DC, Tavares Neto J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2):562-9.
 16. Hayashi AML, Nogueira VO. Escolha dos métodos contraceptivos de um grupo de planejamento familiar em uma UBS de Guarulhos. *Saúde Coletiva* 2007; 4(16):120-3.
 17. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHBA. Planejamento familiar na visão das adolescentes puérperas. *Rev RENE* 2005; 6(1):29-36.

RECEBIDO: 09/07/2007

ACEITO: 05/05/2008

CATETERIZAÇÃO VENOSA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-UTI PEDIÁTRICA

VEIN CATHETERIZATION: PEDIATRIC ITU NURSING ASSISTANCE

CATETERIZACIÓN VENOSA: ATENCIÓN DE ENFERMERIA-UVI PEDIÁTRICA

MARIA IVONEIDE VERÍSSIMO DE OLIVEIRA¹

MARIA GORETTE ANDRADE BEZERRA²

VANESSA RAMOS PEREIRA³

Estudo de natureza descritiva com objetivo de descrever a assistência de enfermagem vivenciada pela enfermeira no cateterismo venoso periférico em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Fortaleza-CE. Os resultados demonstram que, 100% das enfermeiras têm como primeiro cuidado condições da rede venosa da criança; 75% identificação do tipo solução infundida; 50% observação das condições físicas; 38% tempo de permanência da terapia. Nas complicações: 63% retiram dispositivo; 50% preferem chamar plantonista; 25% observam sinais de infecção e comunicam plantonista. 50% acham número insuficiente para assistência; 13% ainda desenvolvem funções burocráticas. O fato contribui para que 50% delas deleguem funções para auxiliares e técnicos de enfermagem. Conclui-se que os enfermeiros deveriam ter ação direta, pois a competência técnica desse procedimento exige conhecimento, além de destreza. A enfermeira deverá repensar a prática profissional, procurando a sedimentação dos papéis de cuidar e gerenciar como não dissociáveis do trabalho de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Cateterismo Periférico; Cuidados de Enfermagem.

This study has a descriptive nature and aims to describe the nursing assistance experienced by the nurses in the Peripheral Vein Catheterization at a pediatric intensive therapy unity in Fortaleza-Ce. The results showed that 100% of the nurses have as first precaution the conditions of the child's vein system; 75% infused solution identification; 50% physical conditions observation; 38% therapy permanence time. At the complication time: 63% remove the appliance; 50% prefer to call the physician on duty; 25% observe infection signals and inform the physician on duty; 50% believe it is an insufficient number for assistance; 13% still develop bureaucratic functions. In this situation 50% of them assign responsibilities to nursing auxiliaries and technicians. Thus, it is concluded that the nurses are supposed to have direct action, because a technical ability of this process requires knowledge, and ability. The nurse must reconsider the professional practice; seek the duty sedimentation to care and control as not dissociable from the nursing responsibility.

KEYWORDS: Intensive Care Units; Pediatric; Catheterization; Peripheral; Nursing Care.

Estudio de naturaleza descriptiva que narra la asistencia de enfermería vivida por la enfermera durante el cateterismo venoso periférico en una Unidad de Vigilancia Intensiva Pediátrica, Fortaleza/CE. Los resultados mostraron que 100% de las enfermeras verifica, en primer lugar, las condiciones del sistema venoso del niño; 75% la identificación del tipo de solución infundida; 50% observación de las condiciones físicas; 38% tiempo de permanencia de la terapia. En las complicaciones: 63% retira dispositivo; 50% prefiere llamar al de turno; 25% observa indicios de infección y comunica al de turno; 50% cree que hay número insuficiente para asistencia; 13% incluso realiza funciones burocráticas. El hecho contribuye para que 50% de ellas delegue funciones en auxiliares y técnicos en enfermería. Se concluye que los enfermeros deberían tener acción directa, ya que la competencia técnica de ese procedimiento exige conocimiento, además de destreza. La enfermera debería pensar mejor sobre la práctica profesional, buscando asentar los roles de cuidar y gerenciar como algo que no está desunido del trabajo de enfermería.

PALABRAS CLAVE: Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico; Cateterismo Periférico; Atención de Enfermería.

¹ Mestra em Saúde Pública realizada na Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Comunitária-UFC; enfermeira da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand-Universidade Federal do Ceará. Rua Silva Paulet 2140/1101-Aldeota Fortaleza Ceará. CEP 60.120.021. Fone (085) 32469005 (085) 99890290. E-mail oliveira_ivoneide@yahoo.com.br

² Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; Professora da Universidade de Fortaleza -UNIFOR; Enfermeira da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand-Universidade Federal do Ceará.

³ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

INTRODUÇÃO

Durante a hospitalização, principalmente em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), a criança vive diversas experiências dolorosas e assustadoras, como injeções, punções venosas, curativos, sondagens, entre outras.

Um dos procedimentos mais dolorosos e estressantes para a criança é a cateterização venosa, na qual é utilizada a via endovenosa, que, na maioria dos casos, constitui a primeira escolha para a administração de medicamentos, nutrição parenteral, hemoderivados e coleta de exames sanguíneos.

A cateterização venosa periférica consiste em ter acesso à corrente sanguínea por meio dos dispositivos adequados, com uma seleção criteriosa do local da punção e eficiência na técnica de penetração da veia¹. O profissional responsável pela equipe de enfermagem que realiza o procedimento é o enfermeiro e a ele cabe a função de observar e orientar o processo teoria- prática no campo de trabalho.

Desde a Segunda Guerra Mundial, os enfermeiros foram capacitados para administrar soluções e realizar transfusões intravenosas, higienizar e manter o dispositivo de infusão e agulhas para o fim desejado, em locais onde o número de médicos era muito restrito²⁻³. Nos dias atuais, a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 26 de junho de 1986, respalda o enfermeiro a executar a cateterização venosa periférica.

Desta forma ao atuar em UTI Pediátrica o enfermeiro deve saber reconhecer as complicações locais e sistêmicas referentes à cateterização venosa central e periférica, possíveis de ocorrer. Tais complicações são sinais de embolia, trombose, choque pirogênico, flebite e hematoma³.

Logo, o uso de infusões endovenosas deve ser iniciado somente quando necessário pois são significativas as possibilidades de complicações por vários agentes mecânicos, químicos e biológicos. Entretanto, com o avanço das técnicas e conhecimento por parte dos profissionais que desempenham este procedimento, os riscos de complicações estão diminuindo¹.

Como mostra a experiência, a rede venosa dos membros superiores representa melhor acesso e maior segurança para a equipe de enfermagem. Diante disso, o profissional de enfermagem deverá ter sensibilidade para localizar a

veia adequada para inserção do dispositivo, e assim, escolher entre todas as veias a mais correta. Puncionar uma veia periférica visível facilita ao enfermeiro acertar no procedimento e também diminui na criança o trauma da punção, a ansiedade e complicações⁴.

Com vistas a tornar o processo de cateterização venosa menos doloroso e estressante para a criança deve-se escolher primeiramente as veias que menos comprometam suas atividades essenciais. Neste intuito deve-se evitar por exemplo, puncionar uma veia na mão que dificulte o ato de se alimentar, desenhar e até mesmo brincar. É preciso particular cuidado com as veias dos membros inferiores e dorso do pé em virtude de impossibilitarem a criança que já sabe andar de ter uma locomoção adequada, deixando-a mais dependente da mãe ou acompanhante¹.

Como profissional apto para realizar a punção venosa, o enfermeiro deve estar sempre disponível, pois sua indisponibilidade poderá desencadear quebra na técnica, entre estas, possíveis infecções, acarretando desastrosas consequências à criança. Uma das causas mais frequentes de morbimortalidade em Unidades de Terapia Intensiva é a infecção da corrente sanguínea relacionada ao uso de cateter, da qual dá origem à bacteremia. A infecção diagnosticada como bacteremia é possível ser confirmada por meio da cultura da ponta de um cateter associado à hemocultura do mesmo paciente³.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever a assistência de enfermagem no procedimento da punção venosa periférica vivenciada pelos enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de Fortaleza-Ceará-Brasil.

Considera-se a relevância deste estudo não só para os enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva, como também para todos os profissionais da área de saúde que tencionam aprofundar seus conhecimentos acerca dos cuidados na assistência de enfermagem da cateterização venosa periférica.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa descritiva na qual se procede à descrição das características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas características está na utiliza-

ção de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática⁵.

O local escolhido para execução desse estudo foi uma das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital infantil público de nível terciário, na cidade de Fortaleza, subordinado hierarquicamente à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. O hospital é composto por duas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, uma para Clínica, com doze leitos, e outra para o pós-operatório, com oito leitos. A UTI deste estudo foi a de oito leitos. Por suas características, o hospital presta assistência às crianças de todo o Estado do Ceará e região metropolitana de Fortaleza que vêm transferidas de outros hospitais em estado crítico ou potencialmente crítico, de todas as especialidades.

Neste hospital, a equipe multiprofissional que presta assistência direta ao paciente é composta por médicos (preceptor e residente), enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. Ademais, auxiliares de enfermagem são responsáveis por atividades relacionadas ao cuidado e manuseio dos materiais/equipamentos da unidade e encaminhamento dos pacientes a exames.

Do total de treze enfermeiras lotadas no setor, oito delas concordaram em participar da pesquisa.

Os dados foram coletados mediante um questionário com perguntas preestabelecidas, auto-aplicado, constituído de duas partes: a primeira contendo dados de identificação (nome, formação, local e turno de trabalho) e a segunda com perguntas relacionadas à temática.

Realizou-se a coleta de dados em todos os turnos nos meses de agosto e setembro de 2005, no horário de trabalho de cada sujeito da pesquisa.

De acordo com o exigido, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), conforme a Resolução 196/96, sobre pesquisas que envolvem seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde⁶. Foram incorporados ao estudo os pressupostos basilares da bioética, configurados na mencionada resolução, quais sejam: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Solicitou-se aos sujeitos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual as pesquisadoras informaram os objetivos e o tratamento dado às informações, sendo garantida a exclusividade do uso destas apenas para os objetivos da pesquisa.

Obtidos os achados, passou-se à sua leitura atenta a partir dos questionários. Isto permitiu agrupá-los e apresentá-los em três tabelas.

Quanto à discussão dos dados coletados, verificou-se à luz do conhecimento fundamentado na literatura específica relativa ao objeto do estudo. A digitação e a análise estatística dos dados do estudo foram realizadas no aplicativo Epi-Info, versão 6.04d do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de Atlanta.

ANÁLISE DOS DADOS

As oito enfermeiras exerciam atividades profissionais nos diversos turnos: manhã, tarde e noite. Dessas, sete estão formadas em intervalo entre um e cinco anos e apenas uma há mais de dez anos. Das oito participantes, quatro possuem especialização, sendo duas em Terapia Intensiva (UTI), uma em cardiologia e uma em saúde pública. As demais possuem somente a graduação. Cinco trabalham, também, em outras instituições e fazem intercâmbio de conhecimento e rotina entre as instituições. Apenas uma enfermeira frequentou um curso sobre acesso venoso periférico.

TABELA 1: CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCEDIMENTO DA PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM UTI PEDIÁTRICA DE FORTALEZA-CEARÁ-AGOSTO/SETEMBRO DE 2005

Cuidados	f	%
Seleção da rede venosa visível	08	100
Identificação do tipo de solução a ser infundida	06	75
Anti-sepsia do local com álcool a 70%	05	63
Observação das condições da criança	04	50
Identificação do tempo de permanência do cateter	03	38
Lavagem das mãos	03	38
Observação do calibre do cateter	02	25
Fixação do acesso e imobilização do membro	02	25
Cuidado com a quantidade da solução e velocidade da infusão	01	13
Identificação do acesso, observação das complicações e troca da fixação	01	13

Fonte: UTI Pediátrica, Fortaleza-Ceará.

Ao se indagar sobre os primeiros cuidados no momento da punção venosa, 100% das enfermeiras responderam que a primeira preocupação é com as condições da rede venosa visível.

Como observado, as respostas confirmam a literatura revisada, de acordo com a qual a rede venosa é um dos principais critérios na escolha da punção venosa. Entre es-

tes critérios incluem-se: condições da rede venosa, tipo de solução, duração e finalidades da terapia, tamanho do cateter, idade, atividade e preferência da criança⁷.

Diante dos riscos, cabe à enfermeira a responsabilidade de escolher, de forma adequada, o local e o dispositivo para que o trauma seja menor para o paciente, e com isso ocorra o sucesso da cateterização venosa periférica.

Durante a seleção da punção, a enfermeira deverá avaliar e escolher um local que não apresente lesões, porquanto lesões aumentam as chances das infecções. Na punção venosa periférica a enfermeira deverá dar preferência aos membros superiores, evitando dobras cutâneas. A mão, dorso do pé e/ou couro cabeludo podem ser usados. Contudo, deve-se ter cuidado para não inserir o cateter próximo a locais de lesão⁸.

Conforme evidenciado, 6 (75%) enfermeiras consideram como cuidado importante a identificação do tipo de solução da terapia. Assim, antes de selecionar o local da venopunção e reunir o material, a enfermeira deve investigar o que o paciente irá receber, a duração da terapia, se curta ou longa, e observar a viscosidade da solução prescrita a ser infundida⁹.

Segundo mostram os dados, 5 (63%) enfermeiras consideram como cuidado fazer a anti-sepsia da região a ser puncionada com clorexidina alcoólica a 2% (na falta desta, usar álcool a 70% ou PVPI a 10%), aguardar a completa secagem natural para iniciar a punção e evitar palpar o vaso a ser puncionado após a anti-sepsia. Caso isso seja indispensável, fazer anti-sepsia do dedo já enluvado antes de tocar a área já preparada para a punção⁸.

Ainda conforme o observado, 4 (50%) enfermeiras têm o cuidado de avaliar a condição física da criança. Esta é uma ação esperada em virtude de nesse momento a enfermeira fazer a conferência do estado geral da criança. Para isso são imprescindíveis conhecimentos acerca de outras áreas, tais como Anatomia, Fisiologia, Bioquímica e administração de medicamentos¹⁰.

Para observar a condição física da criança, deve-se ter o conhecimento de que as veias do antebraço e da mão possuem menores riscos de contaminação, pois são regiões com menos oleosidade e umidade do que outras áreas do corpo¹¹. Como se sabe, a inserção do cateter em veia jugular oferece maior risco de infecção, em razão de sua maior pro-

ximidade com secreções faríngeas¹¹. Em relação às veias do couro cabeludo, é preciso lembrar que são frágeis e só devem ser usadas em crianças abaixo de seis meses, pois, nesse local, são facilmente confundidas com as artérias¹².

Quanto à conferência do tempo de permanência do cateter, 3 (38%) enfermeiras acham que é um cuidado essencial. Sabe-se que o tempo para troca do cateter de teflon ou poliuretano varia de 72 a 96 horas, para redução do risco de infecção e flebite e para minimizar esses riscos nas seguintes situações: diante de sinais inflamatórios no local de inserção e sempre que houver mal funcionamento do cateter⁸⁻¹³.

O crescimento do uso de dispositivos intravasculares fez aumentar o número de complicações associadas ao seu uso. De acordo com a literatura, a maioria das bacteremias e fungemias com alto risco de morbiletalidade é mais associada a cateteres venosos centrais do que a cateteres periféricos, indo de duas infecções associadas a 1.000 (escalpes e jelcos)¹⁴.

Os microorganismos que infectam cateteres provêm da pele circunjacente ao sítio de inserção. No ato da inserção, a contaminação dos equipos ocorre durante a manipulação desses, levando os microorganismos localizados na parte externa para o interior do equipo; em seguida colonizam os cateteres. Quando são contaminados durante o preparo e uso, fluidos e medicações podem contaminar a via hematogênica. Portanto, na presença de complicações, é indispensável os enfermeiros investigarem a causa destas.

O cuidado com a lavagem das mãos foi citado por apenas 3 (38%) enfermeiras. A lavagem das mãos é um procedimento exigido dos enfermeiros, a ser realizado antes da punção venosa. Tal procedimento consiste na remoção da maioria dos microorganismos da flora transitória, de células descamativas, suor, sujidade e oleosidade. Com as mãos limpas, o grau de contaminação no ato da punção é reduzido⁸.

Como é notório, a maioria das infecções se origina de microorganismos que colonizam conexões e pele junto ao sítio de inserção. Por isso durante a inserção deve-se ter cuidado com o manuseio deste para evitar os riscos de contaminação⁸.

Comumente, para evitar infecção, os profissionais usam luvas durante a execução de certos procedimentos,

contudo, as diretrizes do Center for Disease Control advertem que o uso de luvas não substitui a necessidade da higienização das mãos, pois a lavagem correta das mãos evita a proliferação das bactérias e fungos¹³.

Outro dado alvo de atenção é que 2 (25%) enfermeiras mostraram preocupação quanto ao calibre do cateter. Conforme alguns autores referem é muito importante o tipo de dispositivo a ser escolhido e deve possuir as seguintes características: ser delgado para depender de uma força mínima de penetração, ser inerte, apresentar paredes finas, ser pouco resistente ao fluxo líquido e oferecer segurança, praticidade e economia¹.

Relativamente à fixação e imobilização do membro, segundo observado, apenas 2 (25%) enfermeiras referem como cuidado essencial. O procedimento é indicado para reduzir a mobilidade do membro cateterizado, com diminuição dos episódios de saída acidental do cateter da íntima da veia, evitando-se principalmente a ocorrência de infiltração¹⁵.

Como se percebe pelos dados, apenas 1 (13%) enfermeira considera como cuidado importante a quantidade de solução e a velocidade da infusão. Contudo, caso a enfermeira não esteja atenta aos cuidados, pode haver complicação sistêmica, isto é: sobrecarga circulatória, provocada por quantidade excessiva de líquidos, infusão de cloreto de sódio rapidamente, causando elevação da pressão arterial e da pressão venosa central e até dispnéia grave e cianose, edema palpebral, veias do pescoço distendidas e ganho de peso. A sobrecarga circulatória pode levar o paciente a apresentar um edema pulmonar, que é um acúmulo anormal de fluido nos pulmões. Consequentemente, o paciente pode manifestar inquietação, aumento lento da frequência do pulso, cefaléia, rubor, respiração curta e tosse³.

Também somente uma enfermeira listou a identificação do acesso, observação das complicações e troca da identificação como cuidados com a punção. Quanto à troca da fixação dos cateteres periféricos, deve ser realizada sempre que estiverem sujos ou úmidos. É preciso usar bandagem, e anotar a data da troca no curativo⁸.

De acordo com o revelado por determinados estudos, o tipo de curativo, a fixação do cateter e o tempo de permanência estão diretamente relacionados com a ocorrência de complicações infecciosas (flebitis) e mecânicas

(infiltração, extravasamento, desconexão e deslocamento do cateter)¹⁵.

Conforme mencionado, são inúmeras as atribuições de enfermagem na terapia intravenosa. Elas englobam aspectos variáveis desde a instalação desta até a alta do tratamento, como, por exemplo, escolha e obtenção do acesso venoso periférico, preparo, administração e monitoração das infusões, aprazamento dos horários, manutenção da terapia no concernente ao controle de validade e da contaminação das medicações e infusões, avaliação da incompatibilidade medicamentosa, realização de curativos, troca de cateteres e escolha dos dispositivos, acessórios e equipamentos de infusão contínua e intermitente⁷.

É importante considerar o cuidado da enfermagem na realização da punção venosa no momento em que se identificam e se avaliam os fatores de risco, e quando se adotam, na sua prática, condutas terapêuticas e preventivas que minimizam o risco potencial de complicações associadas a tal procedimento.

Na tabela 2, a seguir, podem ser visualizadas as condutas adotadas pelas enfermeiras desta pesquisa diante das complicações apresentadas.

TABELA 2: CONDUTAS ADOTADAS PELOS ENFERMEIROS ANTE ÀS COMPLICAÇÕES DO CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO EM UTI PEDIÁTRICA DE FORTALEZA-CEARÁ-AGOSTO/ SETEMBRO DE 2005.

Cuidados	f	%
Retirar dispositivo	05	63
Chamar o plantonista de imediato	04	50
Observar sinais de infecção na criança e comunicar ao plantonista	02	25
Suspender a terapia	01	13
Procurar a causa	01	13

Fonte: UTI Pediátrica, Fortaleza-Ceará.

A conduta priorizada pelas enfermeiras pesquisadas quando identificam uma complicação no cateterismo venoso periférico nas crianças, é a retirada do dispositivo, pois 5 (63%) disseram que adotam esta conduta.

Comportamento também significativo foi a importância da participação do plantonista, porquanto 4 (50%) enfermeiras preferem a colaboração do médico no momento da detecção da complicação.

Percebe-se que 2 (25%) responderam como conduta adotada a observação de sinais de infecção na criança e comunicação ao plantonista. A flebite, a infiltração e o

extravasamento são complicações mais frequentes relacionadas ao uso do cateter venoso periférico, podendo interferir em seu tempo de permanência. Alguns possíveis fatores que podem contribuir para a ocorrência dessas complicações: o tipo de cateter utilizado, o preparo do local da punção, o tipo de infusão, a técnica de inserção e o tempo de permanência deste, além de características intrínsecas do paciente.

Como se sabe, a observação da punção é extremamente importante, pois se o local de inserção se mostrar com sinais e sintomas de complicações, a terapia deve ser suspensa, mesmo que o cateter *in situ* esteja instalado por um período inferior a 24 horas. Neste caso, a atitude deve ser adotada pela equipe de enfermagem, que possui autonomia para tomar as decisões pertinentes a cada situação¹⁶.

Um dado preocupante é que apenas 1 (13%) enfermeira referiu como conduta diante das complicações suspender a terapia, e igualmente 1 (13%) refere que procura a causa.

Os cuidados com acesso venoso periférico vão desde a avaliação do paciente, reunião do material, até a sua retirada. Pela sua formação, os enfermeiros possuem a capacidade de avaliar um acesso venoso periférico e saber o momento exato de retirá-lo. A prática assistencial de enfermagem envolve conhecimentos científicos, os quais dão respaldo e fundamentos para agir, praticar, executar os serviços e os atendimentos assistenciais de enfermagem. Assim, todos os procedimentos de responsabilidade da equipe devem ser executados, observando-se a cadeia asséptica¹¹. As condutas ora mencionadas estão diretamente ligadas à qualidade, ao conforto e à segurança do cliente, bem como ao controle da infecção hospitalar⁸.

Ainda sobre a atuação dos enfermeiros, pode-se consultar a tabela 3.

TABELA 3: OUTRAS AÇÕES DAS ENFERMEIRAS RELACIONADAS À CATETERIZAÇÃO VENOSA EM UTI PEDIÁTRICA DE FORTALEZA-CEARÁ-AGOSTO/SETEMBRO DE 2005.

Comentários	f	%
Delega essa atividade para auxiliares e técnicos	04	50
Considera o número de enfermeiras insuficiente para desenvolver esta atividade	04	50
Desenvolve outras funções, principalmente as atividades burocráticas; então, só atuam nos casos considerados difíceis.	01	13

Fonte: UTI Pediátrica, Fortaleza-Ceará.

Como mostra a tabela, 4 (50%) enfermeiras delegam a função da cateterização para auxiliares e técnicos de enfermagem. Em relação ao quadro de enfermeiras, 4 (50%) consideram insuficiente o total de enfermeiras na unidade para desenvolver suas funções e 1 (13%) desenvolve outras funções, principalmente as atividades burocráticas, atuando somente na assistência nos casos considerados complicados.

Diante das respostas, conforme se percebe, parte das enfermeiras encontra-se afastada dessa prática por determinadas razões. Entre estas, o número insuficiente de profissionais diante da quantidade de atividades desenvolvidas na UTI. As enfermeiras delegam essa atividade aos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Na UTI em foco, o quantitativo de auxiliares de enfermagem é aproximadamente o dobro do número de enfermeiras. Estas, além de realizarem as atividades assistenciais, também possuem atividades burocráticas. Isto interfere no cuidado assistencial à criança hospitalizada, e contribui para reduzir o desempenho dessa atividade pela profissional.

Neste momento, cabe uma crítica construtiva. Na realidade brasileira, o exercício das atividades relacionadas à terapia intravenosa vem sendo praticado, na maioria das instituições de saúde, por profissionais de nível médio, como técnicos e auxiliares de enfermagem, sob a supervisão da enfermeira¹⁵.

Sabe-se, porém, que o desempenho e a competência incluem comportamentos integrados alicerçados no conhecimento e habilidades desenvolvidas. Esses são requisitos básicos para os profissionais da saúde que realizam procedimentos em diferentes níveis de complexidade¹⁶.

A cateterização venosa, apesar de ser uma atividade frequentemente executada pelos profissionais de saúde, em especial os trabalhadores de enfermagem, deveria ser uma ação realizada diretamente pelos enfermeiros, pois a competência técnica desse procedimento exige conhecimento oriundo da Anatomia, Fisiologia e Psicologia, além da destreza.

Nessa perspectiva, a assistência de enfermagem é um dos critérios mais importantes da punção, pois a execução e conservação, seguindo as normas para a prevenção de complicações, fazem com que se reduza a repetição das

punções, diminuindo também o estresse para a criança, para a família e para a equipe de enfermagem¹.

Como evidenciado nesta pesquisa, os enfermeiros da UTI, muitas vezes, sentem-se sobrecarregados em virtude das difíceis condições de trabalho. Diante disto, ao longo do tempo, tornam-se profissionais desmotivados, esgotados e ineficazes provedores da assistência. Tal situação é extensiva a toda a equipe, sobretudo no caso de enfermeiros da UTI. Estes profissionais vivem sob contínua pressão. Desse modo, frequentemente, sentem-se impossibilitados de proporcionar o cuidado necessário aos seus pacientes¹⁷.

CONCLUSÕES

De acordo com os dados obtidos na pesquisa, os enfermeiros prestam assistência à criança dentro dos parâmetros preventivos da punção venosa periférica. Deverão, entretanto, ter mais cuidados em alguns pontos, tais como: necessidade de maior atenção na quantidade e velocidade da infusão da terapia; mais controle do calibre do cateter; identificação do acesso, complicações e troca de fixação. Na assistência de enfermagem, a preservação da rede venosa faz-se indispensável.

Em face das respostas obtidas sobre as condutas do enfermeiro relativamente à cateterização venosa, um número não significativo respondeu que realizaria a suspensão da terapia ou procuraria a causa da complicação. Inegavelmente a enfermeira pode exercer a autonomia, mas o exercício da autonomia está intimamente ligado com o conhecimento sobre determinado assunto. Quem não tem esse conhecimento não detém a capacidade de escolha. Como pressuposto da bioética, a autonomia diz respeito à capacidade de escolher, decidir, avaliar, sem restrições internas ou externas.

Ainda conforme o estudo mostrou, os enfermeiros expressam que essa atividade está sendo delegada aos auxiliares e técnicos de enfermagem e atribuem essa medida ao número insuficiente de profissionais e à necessidade de desenvolverem diferentes ações. Entre estas, a de administrar recursos humanos, tais como técnicos e auxiliares de enfermagem, como também garantir a disponibilidade e a qualidade de recursos materiais e de infra-estrutura. Ante os resultados deste estudo, faz-se necessário ao enfermeiro

repensar a prática profissional, procurando a sedimentação dos papéis de cuidar e gerenciar como não dissociáveis e, com isso, buscar satisfação no seu trabalho, galgando outros espaços.

Faz-se necessário, também, o desenvolvimento de outros estudos sobre o assunto, com vistas a contribuir para as melhores práticas de enfermagem referentes aos cuidados no cateterismo venoso periférico utilizado em crianças.

Nossa expectativa é que as informações contidas neste trabalho sejam motivo de discussão e reflexão com a equipe atuante na Unidade Pediátrica pesquisada e em outros serviços. Desse modo, poderão contribuir para a possível reestruturação de rotinas do serviço e para a reflexão e embasamento da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. Tanaka C, Shimoda S. Cateterização venosa periférica. In: Chaud MN, Peterlini MA S, Harada MJCS, Pereira SR. O cotidiano da prática de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 1999.
2. Lourenço AS, Kakehashi TY. Assistência de enfermagem pré-pós inserção imediata do cateter venoso central de inserção periférica em pacientes neonatais. Rev Nursing 2003 ago; 63(6):24-8.
3. Phillips LD. Manual de terapia intravenosa. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
4. Chaves EMC. Redução da infecção da corrente sanguínea através do filtro bacteriológico em prematuros. Saúde da Criança e do Adolescente [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará/ UECE; 2003.
5. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP. Resolução nº 196/96: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. 24p.
7. Pedreira MLG. Terapia intravenosa. In: Resumo dos trabalhos apresentados no 7º Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva Pediátrica; 1998; Salvador, Brasil; 1998. p. 277-86.
8. Santos W. Lavagem das mãos. In: R Luiz, Santos W. Manual básico de prevenção e controle das infecções hos-

- pitalares do H.R.U. Fortaleza: Hospital Regional Unimed; 2004.
09. Swearingem PL, Howard CA. Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
 10. Telles Filho PCP, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. *Rev Latinoam Enferm* 2004 maio/ jun; 12(3):533-40.
 11. Leite JL, Dantas CC, Fonseca JM, Pereira JPSA, Moreira MC. Fatores de risco para infecção em clientes com HIV/AIDS em uso de dispositivos intravenosos. *Rev RENE*, 2004 jul/ dez; 5(2):17-22.
 12. Gomes IL. Terapia intravenosa. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005.
 13. Centers for Disease Central and Prevention (CDC). Department of Health and Human Services. Intravascular device- related infections; guidelines availability: notice. Atlanta, CDC; 2002, Part 1, p. 262-93.
 14. Luiz R. Infecções relacionadas a cateteres intravasculares. In: Luiz R, Santos W. Manual básico de prevenção e controle das infecções hospitalares do H.R.U. Fortaleza: Hospital Regional Unimed; 2004.
 15. Machado AF, Pedreira MLG, Chaud MN. Estudo prospectivo randomizado e controlado sobre o tempo de permanência de cateteres venosos periféricos em crianças, segundo três curativos. *Rev Latinoam Enferm* 2005 maio/jun; 13(3):291-8.
 16. Pereira RCC, Zanetti ML, Ribeiro KP. Tempo de permanência do dispositivo venoso periférico, *in situ*, relacionado ao cuidado de enfermagem, em pacientes hospitalizados. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2001 jan/ mar; 34: 79-84.
 17. Paiva GS, Monteiro ARM. Manifestações de estresse em enfermeiros da unidade de terapia intensiva. *Rev RENE* 2004 jul/dez; 5(2): 9-16.

RECEBIDO: 02/04/2007

ACEITO: 12/02/2008

A INSERÇÃO DA PRECEPTORIA NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM¹

TUTORING INSERTION IN THE UNDERGRADUATE NURSING COURSE

LA INSERCIÓN DEL PRECEPTOR EN EL CURSO DE GRADUACIÓN EN ENFERMERÍA

EVANILDA SOUZA DE SANTANA CARVALHO²

NORMA CARAPIÁ FAGUNDES³

Discute a inserção do enfermeiro na preceptoria de estágios supervisionados do curso de enfermagem. Objetivos: apreender as diferentes visões sobre a preceptoria entre enfermeiros que exercem esta atividade em unidades hospitalares; identificar avanços e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no exercício da preceptoria; identificar demandas para educação permanente dos preceptores; contribuir para a institucionalização da preceptoria nos cursos de graduação em enfermagem. Resultados e discussão: evidenciou-se um despreparo dos enfermeiros para o exercício da preceptoria; pouco compromisso da universidade em relação à qualificação dos preceptores e ao acompanhamento do estágio; pouco envolvimento dos preceptores no planejamento das atividades; descontinuidade nas ações provocada pela rotatividade de enfermeiros, pouca disponibilidade desses profissionais nos serviços e pelo afastamento da universidade nos períodos não letivos. Considerações finais: os resultados corroboram a necessidade de uma política de estágio claramente definida e planejada entre a universidade e os serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Bolsas e Estágios; Educação em enfermagem.

This research discusses the insertion of tutoring in curriculum training programs in the nursing course. Objectives: to understand the different views concerning tutoring among nurses who carry out this task in Health Care Units; identify advances and difficulties nurses have had during tutoring; identify demands for the preceptors' permanent education and contribute to the institutionalization of tutoring in the nursing under graduation courses. Results and discussion: It was evidenced that nurses were not prepared to do their tasks, there is little commitment by the university regarding the preceptor qualification and along apprenticeship; little involvement by preceptors to plan the activities; discontinuation of actions caused by the rotation of nurses on duty; not enough availability from professionals and through the distance of the university after the school year. Final considerations: the results reinforce the necessity of a well-established and planned policy between the university and the health services for the training program.

KEYWORDS: Fellowships and interships; Education; nursing.

Discute la inserción del enfermero como preceptor de prácticas supervisadas del curso de enfermería. Objetivos: captar diferentes visiones sobre las experiencias vividas como preceptor, ejercido entre enfermeros en unidades hospitalarias; identificar avances y dificultades enfrentadas en el ejercicio de la misma; identificar demandas para la educación permanente de preceptores; contribuir para la institucionalización de la presencia de preceptores en cursos de graduación en enfermería. Resultados/discusión: se comprobó la falta de preparación de los enfermeros para ejercer como preceptor; poco compromiso de la universidad con la cualificación de preceptores y acompañamiento en práctica; poco compromiso por parte de los preceptores en la planificación de actividades; discontinuidad de acciones provocada por la variación de los enfermeros, poca disponibilidad de profesionales en los servicios y alejamiento de la universidad en los períodos no lectivos. Consideraciones finales: los resultados corroboran la necesidad de una política de práctica claramente definida y planificada entre universidad y servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: Becas y pasantías; Educación en enfermería.

¹ Este artigo é fruto do trabalho de conclusão do Curso de Ativação de processos de mudanças na graduação de profissionais de nível superior, realizado em parceria com o Ministério da Saúde, Ensp/Fiocruz

² Enfermeira do Hospital Geral Clériston Andrade, Mestre em Enfermagem pela EEUFBA, Endereço: Cond. José Falcão da Silva SN, Bl 77, ap. 204. Feira de Santana/BA Cep 44026-100. E-mail: evasscarvalho@yahoo.com.br

³ Enfermeira, Doutora em Educação pela UFBA, professora da Escola de Enfermagem da UFBA. Endereço: Rua Dr Pedro de Souza Pondé, n 09, apto 1001, Jardim Apipema, Salvador Ba. CEP: 40.155-270. Fone: 71-32350410. Email: normafagundes@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A preceptoría é uma prática muito utilizada no campo da saúde, mas pouco abordada na literatura, até mesmo na legislação existente. Na graduação em enfermagem, essa prática passa a ser mais discutida a partir de 1996, com o Parecer 314/94 do Conselho Federal de Educação que, ao ser aprovado pelo Ministério da Educação, constituiu as Portarias 1.721/94 e n° 001/96, que regulamentaram o novo currículo mínimo para os cursos de graduação em enfermagem, este instituiu que além das atividades teóricas (aulas, seminários e outros estudos dessa natureza), o currículo deverá abranger o ensino prático comumente adotado pelas escolas (laboratórios, ensino-clínico nas diversas áreas da assistência e dos serviços de saúde hospitalar e, da rede básica) e que, pelo menos em dois semestres letivos deverá acontecer estágio curricular supervisionado, que deve ser programado, acompanhado e avaliado pela escola e pelos enfermeiros dos serviços de saúde, considerados os responsáveis pelos estágios.

É no contexto da implantação dos estágios curriculares supervisionados que surge a figura do preceptor nos cursos de graduação em enfermagem¹.

Os estágios supervisionados são componentes curriculares obrigatórios, cujo processo de ensino-aprendizagem fundamenta-se na experiência prática do exercício profissional, e são definidos nos termos do artigo 2º do Decreto nº 87. 497 de 18/08/1982, como as atividades de aprendizagem social, profissional e cultural, proporcionadas ao estudante pela participação em situações reais de vida e trabalho, realizadas em organizações de direito público ou privado sob a responsabilidade e coordenação da instituição de ensino.

A incorporação do estágio supervisionado no currículo mínimo de enfermagem representa uma preocupação clara em proporcionar experiências de trabalho profissional durante o curso de graduação.

Em 2001, como consequência das discussões que permeavam o cenário nacional desde a década de 80, o Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem². Diferentemente do currículo mínimo, as Diretrizes Curriculares não visam apenas à implantação

de uma matriz curricular mínima a ser seguida em todo país, mas pretendem, sobretudo, preconizar uma maior autonomia das escolas para redefinirem as bases de estruturação dos seus projetos políticos pedagógicos. Para isso, as escolas devem buscar mais amplamente a participação de atores de diversos segmentos da saúde e da educação na sua formulação. Essa recomendação das Diretrizes Curriculares busca responder às determinações da Constituição Nacional (CN) e da Lei Orgânica de Saúde (LOS) de que o SUS deve contribuir para a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino e, ainda, para a organização dos serviços públicos que integram o SUS como campos de prática para o ensino e a pesquisa mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (CN, artigo 200; LOS, artigos 13, 15 e 27). Desse modo, cabe ao setor saúde a responsabilidade de contribuir para que a educação se vincule ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde, nos limites de que o lugar formulador de políticas públicas de saúde deve estar centrado na orientação dos cursos e não na gestão do ensino³.

No que se refere ao estágio supervisionado, o documento das Diretrizes Curriculares reitera esse desejo de integração quando diz que na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno pelo professor em estágio supervisionado, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde no espaço onde se desenvolve o referido estágio.

À medida que os estágios curriculares supervisionados tornam-se, cada vez mais, um processo imprescindível para a formação profissional, a importância de um melhor entendimento do exercício da preceptoría e da figura do preceptor torna-se mais fundamental. Nesse sentido, (re)conhecer o papel do preceptor como mediador de um processo de ensino-aprendizagem, significa retirá-lo do silêncio que o cerca para colocá-lo no espaço das inter-relações entre estudantes, professores, clientes/usuários, gestores e demais membros da equipe de saúde⁴.

Na operacionalização dos estágios supervisionados, o mediador direto do aprendizado deixa de ser o professor e passa a ser o preceptor. Este papel de mediador

pedagógico, hoje colocado tanto para os enfermeiros dos serviços da rede básica, como para aqueles da rede hospitalar, exige uma mudança radical nos papéis desempenhados pelos representantes dos dois setores envolvidos com os estágios. Primeiro, o papel do profissional do serviço, que deve ir além da tradicional supervisão do desempenho prático dos estudantes; segundo, o professor, que não pode ser visto apenas como responsável pela supervisão geral do estágio. O momento do estágio supervisionado, para ser efetivamente uma prática profissional inserida no contexto da formação, requer uma interação capaz de trazer transformações para os mundos da formação e do trabalho. Uma maior interação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde certamente contribuirá para problematizar os espaços da formação e para a identificação de necessidades de mudanças, tanto no mundo da universidade como no dos serviços de saúde. Nesse sentido, entende-se que os estágios são espaços privilegiados para a construção de renovadas relações entre esses dois mundos⁵ e o preceptor como um ator estratégico nessa construção.

O termo preceptoria tem sido utilizado com distintos significados, mas, de um modo geral refere-se ao exercício sistemático de acompanhamento e orientação profissional na educação em serviço⁶. O Ministério da Saúde concebe a preceptoria da seguinte maneira:

“Função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão^{7:1}.”

Neste estudo, adota-se a definição de preceptor como o enfermeiro lotado nas unidades de saúde, que cujas atribuições principais são a orientação e a supervi-

são de estudantes em estágios curriculares supervisionados. Ou seja, o enfermeiro, além de ter as responsabilidades assistenciais, participa da elaboração, execução e avaliação de programas de estágios curriculares desenvolvidos na unidade, e a ele cabe supervisionar, orientar e participar da avaliação do desempenho dos estudantes durante o período do estágio.

Tal definição possibilita ampliar a compreensão do exercício da preceptoria e da figura do preceptor como mediador de um processo de ensino-aprendizagem a partir da prática. Isso implica dizer que este profissional deva ter uma ampla compreensão das especificidades que caracterizam a profissão, das transformações do mundo do trabalho e do exercício profissional⁴.

O papel mediador do preceptor na construção e valorização das aprendizagens (re)construídas na prática é fundamental na formação do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde, pois estes se vêem, no dia-a-dia, obrigados a tomar decisões que afetam diretamente a vida de outras pessoas. Desse processo de tomada de decisão participam saberes éticos, técnico-científicos e, em grande parte, saberes oriundos da experiência construídos no exercício da prática, na relação singular entre preceptores, estudantes, cuidadores, gestores, usuários e população⁸. O saber da experiência referido neste estudo é aquele que se adquire no modo como alguém responde ao que lhe acontece ao longo da vida e no modo como se atribui sentido a esses acontecimentos. O saber da experiência não se trata da verdade do que são as coisas, mas do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece⁹. A relação entre os diversos saberes que circulam nos espaços onde se materializa a educação é o que define o sentido da formação profissional¹⁰ e não existem hierarquias entre os saberes que se aprende nesses espaços¹¹.

As relações de trabalho produzem, de modo dialético, não só conflitos, mas também consensos; não só reprodução, mas também transformação. Tais afirmações justificam a necessidade de uma inserção mais enfática e direta do graduando em espaços de trabalho para a construção de um profissional mais sensível à sua realidade e consciente de seu compromisso ético com a sociedade¹¹. Nesse contexto, o papel do preceptor ganha relevância. Entretanto, pelo que foi observado no campo empírico da pesquisa e

em outros espaços da experiência profissional das autoras, o preceptor não parece ter clareza da importância de seu papel na formação dos novos enfermeiros. Embora o seu papel de facilitador lhe pareça claro, na realidade, o preceptor se depara com atribuições que antes não faziam parte de seu cotidiano e para as quais não se sente preparado. Vale destacar, ainda, que a introdução dessa nova responsabilidade ao trabalho do enfermeiro deu-se sem um planejamento que previsse a ampliação do quadro desse profissional nos serviços de saúde, já tão escasso em relação às atividades que tradicionalmente lhes são atribuídas. A relação estabelecida com a universidade não contribuiu para alterar esta situação. Pode-se dizer que a própria universidade não parece saber claramente o que espera que os alunos aprendam nos estágios curriculares e, conseqüentemente, que tipo de relação construir com os preceptores. Não se pode deixar de levar em conta, nesse contexto, que o quadro de professores, sobretudo nas universidades do Nordeste, também é insuficiente para o desenvolvimento de um projeto tão importante e complexo como este.

Ao desenvolver este estudo, pretendeu-se apreender as diferentes visões sobre a preceptoria entre enfermeiros que exercem esta atividade em unidades hospitalares; identificar avanços e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no desempenho da preceptoria; identificar demandas para a educação permanente dos preceptores e contribuir para a institucionalização da preceptoria nos cursos de graduação em Enfermagem.

A pesquisa teve como campo empírico uma unidade hospitalar qualificada como instituição de ensino para o curso de graduação em Enfermagem de uma universidade pública situada na cidade de Feira de Santana-Bahia. Nesse curso, o estágio curricular é desenvolvido nos dois últimos semestres e tem como campos de práticas unidades básicas de saúde e unidades hospitalares, sendo estas últimas o foco do presente estudo. A escolha dos profissionais para a preceptoria em unidades hospitalares é feita pelos docentes supervisores do estágio. A carga horária é cumprida em um semestre letivo e corresponde a uma jornada de 450 horas. Em média, cada profissional do serviço (preceptor) recebe de dois a quatro alunos por semestre. Durante o estágio, os alunos desenvolvem ações de gerenciamento da unidade e cuidados diretos aos usuários.

Desde a sua implantação, o estágio tem suscitado várias questões relacionadas à inserção do enfermeiro neste processo. Essas questões vão desde a escolha dos preceptores até o suporte pedagógico e acompanhamento dos profissionais que exercem a função de preceptoria. Em que pese esses questionamentos, até o momento, poucas oportunidades foram criadas para avaliar essa realidade, refletir e aprofundar as discussões sobre essa nova forma de mediar o ensino-aprendizagem no curso graduação em enfermagem.

MÉTODOS

Estudo exploratório de base qualitativa, realizado em uma unidade hospitalar da cidade de Feira de Santana, onde é realizado o estágio curricular supervisionado do curso de enfermagem selecionado para a pesquisa. Os sujeitos da pesquisa foram as seis enfermeiras preceptoras que atuam nessa unidade. Dentre as seis, duas atuam como coordenadoras de unidades de terapia intensiva e quatro atuam em unidades de internação, nas quais acumulam as funções de cuidar e de gerenciar a unidade. Das entrevistadas, apenas duas estavam experienciando a preceptoria pela primeira vez, duas já atuavam como preceptoras há mais de dois semestres e as outras duas acompanham o estágio desde a sua implantação em 1999.

Com respeito aos princípios éticos apontados na Resolução 196/96, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana e autorizado mediante protocolo nº 012 /06. Os enfermeiros convidados a participar do estudo foram esclarecidos quanto aos propósitos e riscos e tiveram seus depoimentos colhidos mediante o aceite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para preservação do anonimato, os sujeitos serão denominados por uma numeração (ex. Entrevistado 1).

Para obtenção dos dados, foi utilizada a entrevista semi estruturada. Os depoimentos foram gravados em fitas de áudio e transcritos na íntegra, no período de agosto a setembro de 2006. Também foi utilizada a pesquisa de documentos referentes ao programa do estágio e seus instrumentos operacionais, bem como a legislação vigente sobre estágios curriculares^{2,12-15}.

Os procedimentos para o tratamento dos dados formam a análise de conteúdo temática e a de enunciação^{16,17} por constituírem-se um conjunto de métodos e técnicas que permite explorar o conteúdo expresso tanto nas falas quanto no corpo de documentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu apreender como as enfermeiras interpretam a sua inserção na atividade de preceptoria, como elas qualificam a relação entre a academia e o serviço, bem como quais suas sugestões para que a interação entre esses dois espaços da formação se torne mais efetiva.

A qualidade da relação entre a academia e os espaços do trabalho em saúde reflete diretamente na qualidade da formação dos novos profissionais. Desse modo, a voz dos enfermeiros/preceptores que promovem a aproximação do aluno com um campo expressivo do trabalho do enfermeiro – o hospital – contribuiu para elucidar alguns problemas que têm acompanhado o estágio curricular desde a sua implantação.

A partir da análise, foi possível identificar que, segundo os preceptores, o processo de inserção do enfermeiro na atividade de preceptoria ocorre de maneira pouco participativa. Os enfermeiros relatam que muitas vezes não participam dos acordos estabelecidos com a universidade, bem como do planejamento das atividades do estágio, ficando a seu encargo apenas a execução de um cronograma realizado pelos professores em conformidades apenas com os interesses do calendário acadêmico.

A falta de participação do preceptor no planejamento do estágio e o desconhecimento acerca do seu papel revelam grandes fragilidades na construção da proposta do estágio. Muitas vezes o que exige-se do preceptor é apenas a sua competência técnica e experiência profissional, mas não se cobra dele uma competência didático-pedagógica. No entanto, a preceptoria é uma atividade complexa que exige de quem a exerce uma grande capacidade de mediação, conhecimento técnico-científico, sensibilidade, bom senso, criatividade e improvisação, para poder ajudar o aluno a (re) construir o seu saber profissional a partir da singularidade das situações da prática⁴.

Um outro aspecto da problemática levantada pelos preceptores foi a falta de definição da universidade sobre o que se espera do estágio curricular no processo de formação dos alunos, e, conseqüentemente, o que se espera do preceptor, fazendo com este elabore de forma isolada as suas próprias atribuições:

“As minhas atribuições eu descobri no transcorrer do estágio. Eu acho que as atribuições... eu coloquei quais são as minhas atribuições, não me foram dadas.” (Entrevistado 1)

O que se observa com esse distanciamento entre academia e serviço é a permanência de uma visão dicotômica entre teoria e prática em uma organização curricular que concebe os campos da prática como instâncias que têm pouco ou nada a oferecer em termos de articulação de novas aprendizagens e da socialização/produção de novos conhecimentos¹⁸. E, nesse contexto, os estágios deixam de ser objeto de preocupação das instituições formadoras, e essa postura reflete o pouco compromisso por parte dos professores envolvidos. Ao mesmo tempo, os profissionais dos serviços, muitas vezes, também não se comprometem e terminam por perceber o estagiário apenas como um reforço adicional para a mão de obra disponível no serviço^{19,20}. A potencialidade do trabalho como articulador da relação teoria e prática, portanto, fonte de produção de conhecimento, é, nesse contexto, pouco percebida²⁰. Assim como os estágios curriculares também não são percebidos como uma estratégia privilegiada de integração ensino e serviço e o preceptor como um agente estratégico nesse processo⁶.

Os preceptores se ressentem do afastamento dos professores dos campos de estágio. Isto fica bem evidente quando relatam dificuldades de lidar com questões relacionadas à aprendizagem dos alunos, à falta de respaldo para cobrar destes o cumprimento de atividades propostas ou, ainda, para o suporte no processo de avaliação. Dificuldades relacionadas a esse último tema constituíram-se a temática mais recorrente nas falas dos preceptores:

“Eles [os professores] teriam que dar um direcionamento em relação a uma questão pior que é a avaliação, que a gente está aqui pra avaliar um aluno que na verdade ele vem de vários

semestres, nesse último semestre desse aluno, pra gente ele já deveria estar preparado [...] preparado para assumir a profissão, ele está concluindo e a gente vê que ele não chega assim, ele chega muito cru.” (Entrevistado 4)

Os preceptores demonstram compreender a importância de seu papel na formação dos novos enfermeiros, porém questionam que esse papel precisa ser mais compartilhado e apoiado pelos professores:

“... nos é dado uma responsabilidade muito grande e eu acredito que não há ninguém melhor para desempenhá-la senão o enfermeiro do serviço, eu acho que o preceptor deva ser mesmo o enfermeiro, nos é dada muita responsabilidade mas a gente não sente no professor um companheiro em que eu possa resolver minhas dúvidas, meus problemas...” (Entrevistado 1)

No entendimento dos preceptores, uma maior aproximação entre estes e os professores representa um passo fundamental na construção de estratégias de partilhamento de responsabilidades entre a universidade e os serviços de saúde na formação dos enfermeiros. Eles compreendem que os estágios curriculares se constituem uma parte relevante do processo de formação e que estes devem contribuir significativamente para preparar os profissionais com competência técnica. Entretanto, a formação de enfermeiros comprometidos socialmente com a profissão e com os usuários dos serviços parece não fazer parte da preocupação dos preceptores.

Para alterar essa situação, entende-se que os estágios devam ser planejados, executados, acompanhados e avaliados no sentido de se constituírem em uma singular possibilidade de produção de novos compromissos de cooperação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, visando ao fortalecimento e ampliação dos processos de mudança da graduação de modo a formar profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde³.

Entre os compromissos da universidade, os sujeitos da pesquisa apontam a necessidade de que esta se

comprometa de forma mais efetiva com a educação permanente dos preceptores. Para estes, a capacitação representa a possibilidade de se sentirem habilitados para o desenvolvimento das suas atribuições. Sob a ótica dos preceptores, o pouco preparo para o exercício da sua função, juntamente com a falta de um planejamento conjunto das ações, faz com que eles se sintam com pouca autonomia para a tomada de decisões, tanto aquelas que afetam a organização do estágio como as que dizem respeito à sua relação com os alunos.

A análise evidenciou, ainda, como contributivo para conferir maior fragilidade às relações entre a academia e os serviços de saúde no contexto dos estágios curriculares, a grande rotatividade de enfermeiros que atuam em regime de plantão, agravada pela pouca permanência do professor no campo de estágio. Em muitos casos, os alunos desenvolvem as atividades ligadas à gerência da equipe de enfermagem ou do serviço, junto ao enfermeiro coordenador da unidade e as atividades assistenciais junto aos enfermeiros plantonistas, sendo, desse modo, a cada dia da semana, supervisionado por um enfermeiro diferente. Esse aspecto foi levantado pelos preceptores como um problema, pois exige que a avaliação dos alunos seja feita por diversos enfermeiros, que, na maioria das vezes, tiveram pouca oportunidade de acompanhar o aluno na prática.

Como elementos que dificultam o funcionamento do estágio, foram apontadas também as dificuldades estruturais e administrativas da instituição, tais como a falta de recursos humanos – o número de enfermeiros foi apontado como insuficiente, o que acarreta uma sobrecarga muito grande de trabalho a esses profissionais, além de deficiências nos serviços de apoio e carência de material e de insumos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se, a partir das falas dos preceptores, a necessidade de se ampliar a concepção e o planejamento do estágio no sentido de incluir estratégias de integração ensino e serviço, materializadas em ações de cooperação entre as organizações envolvidas, visando, efetivamente oferecer ao estudante, preceptores e professores a oportunidade de compreender criticamente o papel do estágio na formação,

bem como seu melhor aproveitamento como espaço de aprendizagens significativas para a atuação profissional.

A desarticulação entre a unidade hospitalar e a universidade, caracterizada, de acordo com os preceptores, pela falta de um acompanhamento mais sistemático do estágio por parte dos professores, faz com que esses preceptores se sintam sem o suporte pedagógico necessário para o desenvolvimento do seu papel de mediadores da aprendizagem. Para os preceptores, apenas o conhecimento técnico-científico que respalda o trabalho no cotidiano das unidades de saúde não é suficiente para que um enfermeiro exerça o papel de preceptor. É preciso um investimento maior na sua qualificação, tendo em vista a relevante participação deste na formação do enfermeiro.

Segundo o texto das Diretrizes Curriculares Nacionais, o enfermeiro deve ser um profissional generalista, com capacidade para desenvolver sua prática comprometida ético e tecnicamente com as necessidades de saúde da população. Ele deve apresentar criatividade, raciocínio crítico investigativo, capacidade de resolver problemas, comunicação, trabalho interdisciplinar e multiprofissional. O estágio curricular supervisionado, incluído aí a relação com o preceptor, é fundamental para o desenvolvimento de tais competências. Daí a necessidade de que os estágios sejam compreendidos e desenvolvidos como parte integrante do projeto político pedagógico do curso, não mais se admitindo descontinuidade entre eles, como muitos estudos têm evidenciado ²⁰.

A partir dos resultados deste estudo, pode-se afirmar a necessidade de que outras investigações que tomem a preceptoria e os demais elementos que compõem o estágio curricular supervisionado como objeto de estudo, sejam realizadas, visando com isso à produção de conhecimentos dinamizadores da reflexão sobre a relação entre os cursos de graduação e os serviços de saúde, bem como, para que as instituições envolvidas possam definir com mais clareza seus papéis na política de educação permanente dos preceptores e na promoção e acompanhamento de estágios curriculares, posto que na origem dos problemas que enfrentam os preceptores está a falta de uma política de estágio claramente definida e planejada. Além dessas questões, a fala dos enfermeiros preceptores agrega outros elementos fundamentais a essa política, quais sejam: ampliação do número de enfer-

meiros nos serviços; o redimensionamento das suas atividades de modo que possam se dedicar ao trabalho com os alunos e o adcionamento de um percentual específico de remuneração por esse trabalho.

Para que a integração entre a universidade e os serviços de saúde ocorra de forma mais efetiva é necessário, ainda, que as relações de poder entre esses dois campos sejam melhor explicitadas, de modo que se possa criar canais mais efetivos de trânsito fluente entre eles. O aprofundamento do olhar sobre as delicadas relações entre professores e preceptores – os primeiros representantes da academia que tendem a ver o profissional do serviço como academicamente despreparado; e os segundos vistos como representantes do serviço que, historicamente, têm percebido a academia como “teórica”, longe da realidade dos serviços – é fundamental na construção dos veículos de comunicação e integração entre academia e serviço.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho ESS. A inserção do enfermeiro na preceptoria do curso de graduação em enfermagem: com a palavra as enfermeiras [monografia]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz; 2006. 20f.
2. Brasil. Resolução Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior CNE/CES nº 3 de 3 de novembro de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, 2001.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação na área da saúde. Brasília, 2004.
4. Wuillame SM. O processo ensino-aprendizagem na residência médica em pediatria: uma análise [tese]. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ; 2000. 260f.
5. Fagundes NC. Em busca de uma universidade outra: a instituição de “novos” espaços de aprendizagem na formação de profissionais de saúde [tese]. Salvador: Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia; 2003. 229f.
6. Ceccim RB, Ferla AA. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissio-

- nal para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2003. p. 211-26.
7. Ministério da Saúde(BR). Portaria n. 1.111/Gm de 5 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Brasília, 2005.
 8. Fagundes NC, Burnham TF. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface* 2005; 9(16):105-14.
 9. Larrosa-Bondia J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ* 2002; 19: 20-8.
 10. Burnham TF. Sociedade da informação, sociedade do conhecimento, sociedade da aprendizagem: implicações ético-políticas no limiar do século. In: Lubisco N, Brandão L. organizadoras. *Informação e informática*. Salvador: Edufba; 2000. p. 283-307.
 11. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface* 2005; 9(17):369-79.
 12. Universidade Estadual de Feira de Santana. Curso de Enfermagem. Programa do estágio supervisionado II. Feira de Santana, 2006.
 13. Brasil. Decreto n. 87.497 de 18/08/1982. Regulamenta a Lei nº 6.494, de 07 de dezembro de 1977, que dispõe sobre o estágio de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e de 2º grau regular e supletivo. Brasília, 1982.
 14. Brasil. Lei n. 6.494 de /12/1977. Dispõe sobre o estágio de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e de 2º grau regular e supletivo. Brasília, 1977.
 15. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução 299/2005. Dispõe sobre indicativos para realização de estágio curricular supervisionado de estudantes de enfermagem de graduação e do nível técnico da educação profissional. Rio de Janeiro, 2005.
 16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2004.
 17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.
 18. Pereira MLT. Notas sobre educação na transição para um novo paradigma. *Interface* 1997; 1(1): 51-8.
 19. Pimenta SG. *O estágio na formação de professores: unidade teoria e prática?* 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.
 20. Freitas HCL. *O trabalho como princípio articulador na prática de ensino e nos estágios*. Campinas: Papyrus; 1996.

RECEBIDO: 22/10/2007

ACEITO: 20/01/2008

ANÁLISE DAS DISSERTAÇÕES E TESES DE ENFERMAGEM SOBRE OSTOMIAS, BRASIL, 1979-2005

ANALYSIS OF NURSING DISSERTATIONS AND THESIS ON OSTOMY WOUNDS, BRAZIL, 1979-2005

ANÁLISIS DE LAS DISERTACIONES Y TESIS DE ENFERMERÍA SOBRE OSTOMÍAS, BRASIL, 1979-2005

ADRIANA KARLA SILVA CORREIA¹

THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA²

MARIA EURIDÉA DE CASTRO³

CONSUELO HELENA AIRES DE FREITAS LOPES⁴

MARIA SALETE BESSA JORGE⁵

O estudo da produção do conhecimento sobre ostomia representa uma importante contribuição à saúde. Objetivou-se averiguar o conhecimento produzido na enfermagem brasileira sobre a temática no período de 1979 a 2005. A pesquisa documental relacionou resumos das dissertações e teses do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN), entre 1979 e 2005. Os resultados mostraram 22 trabalhos no total, sendo 19 dissertações, duas teses de doutorado e uma de livre docente. A área geográfica dos trabalhos encontrados foi predominantemente nas regiões Sul e Sudeste do país. As temáticas centrais nos 22 estudos foram principalmente a abordagem profissional e a adaptação do paciente à ostomia. Considerou-se que há necessidade de estudos que favoreçam a visão integral do ser com ostomia, com abordagens que envolvam a família e as relações sociais. É necessária, também, a utilização de enfoque biopsicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Ostomia; Dissertações acadêmicas.

The study of the development of knowledge on ostomy represents a great contribution to Health. This study aimed at investigating the material about the subject produced in the Brazilian nursing academy from 1979 to 2005. A documental research was performed to collect abstracts from dissertations and thesis at the Center for Study and Research in Nursing (CEPEN) from 1979 to 2005. Results showed a total of 22 papers, among which 19 dissertations, two doctorate thesis and one thesis for the purpose of attaining the rank of associate professorship. As shown by the study, papers were concentrated, geographically speaking, predominantly in the South and Southeastern regions of the country. Key subjects underlying all the 22 papers were primarily professional approach and patient's adaptation to ostomy. As observed in the investigation, studies are required to encourage a holistic understanding of the ostomized person, with approaches that address their family and social relationship. Moreover, a biopsychosocial approach is also required.

KEYWORDS: Nursing; Ostomy; Dissertations; academic.

El estudio de la producción del conocimiento sobre ostomías representa una importante contribución para la salud. El objetivo fue averiguar el conocimiento producido en la enfermería brasileña sobre la temática en el período de 1979 a 2005. La investigación documental relacionó resúmenes de las disertaciones y tesis del Centro de Estudios e Investigaciones en Enfermería (CEPEN), entre 1979 y 2005. Los resultados mostraron 22 trabajos en total, siendo 19 disertaciones, dos tesis de doctorado y una de libre docente. El área geográfica de los trabajos encontrados fue predominante en las regiones Sur y Sudeste del país. Las temáticas centrales en los 22 estudios fueron principalmente el sondeo profesional y la adaptación del paciente a la ostomía. Se consideró que hay necesidad de estudios que favorezcan la visión integral del ser con ostomía, con sondeos que involucren familia y relaciones sociales. Es necesaria, también, la utilización de un enfoque biológico, psíquico, social.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Ostomía; Tesis académicas.

¹ Enfermeira. Especialista em Estomaterapia pelo Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia da Universidade Estadual do Ceará. (UECE). Email: correira.adriana@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. (UECE) E-mail: tmoreira@uece.br

³ Enfermeira. Livre Docente em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem em Estomaterapia da Universidade Estadual do Ceará. (UECE) E-mail: eurideacastro@baydenet

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Coordenadora do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. (UECE). E-mail: consueloaires@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e Coordenadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem. E-mail: masabejo@uece.br

INTRODUÇÃO

O estudo da produção do conhecimento das alterações de saúde representa uma importante contribuição para a enfermagem. Dentre essas, merecem atenção especial as ostomias, pelas limitações que trazem à vida de seu portador. Sua ocorrência pode estar associada a eventos crônicos (câncer, colite ulcerativa, doença de Chron) e agudos (trauma por arma de fogo ou arma branca), que podem trazer rupturas físicas e psicológicas levando à diminuição da auto-estima da pessoa ostomizada.

Ostoma intestinal é uma abertura do intestino sobre a superfície do abdome. As condições clínicas que levam à confecção de uma ostomia intestinal relacionam-se a doenças benignas/malignas do órgão, podendo ser temporárias ou permanentes. Isto é, elas podem ser confeccionadas e depois fechadas, ou mantidas para o resto da vida^{1,2}.

Após a confecção de um ostoma o paciente se vê cheio de limitações e precisa ter acesso a recursos, tais como: provisão dos dispositivos coletores compostos por placas e bolsas; uso de cinto específico para evitar que a bolsa solte da placa; dieta adequada, vestuário adequado que não aperte a bolsa; minimização dos gases e odores intestinais e cautela durante as relações sociais, devido à incontinência intestinal.

O enfermeiro estomaterapeuta pontua alguns aspectos importantes, pois insere a estomaterapia como especialidade na prática de enfermagem; determina a abrangência dos sujeitos a quem o enfermeiro estomaterapeuta presta assistência especializada; destaca a especificidade da ação do cuidar do enfermeiro estomaterapeuta; estabelece seu âmbito de atuação e aponta o objetivo ou meta final a ser alcançada, a- reabilitação^{3,4}.

A produção científica do conhecimento é indispensável ao crescimento da ciência. Os enfermeiros necessitam de conhecimento, que proporcione base sólida ao desenvolvimento de sua prática, para sua plena autonomia⁵. Destarte, o processo da produção do conhecimento tem se constituído em um tema de constante preocupação na enfermagem^{6,7}. Sua análise é importante para verificação do que foi construído e do que ainda há para se fazer em termos de pesquisa em estomaterapia. Mas que conhecimentos estão sendo produzidos na enfermagem sobre ostomias?

Qual abordagem do conhecimento produzido? Há modelos teórico-referenciais que fundamentam esta produção? Em que ambientes os dados foram colhidos?

A partir do exposto, traçamos como objetivo: Averiguar o conhecimento produzido na enfermagem brasileira sobre a temática ostomia, no período de 1979 a 2005.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo é de natureza documental e, portanto, compreende fases, que ocorrem numa seqüência natural e de forma articulada^{8,9}. Neste estudo tivemos as seguintes: escolha do tema, delimitação dos objetivos, elaboração do plano de trabalho, identificação e localização do *CD-room*, obtenção e leitura dos resumos identificados, apontamento deste material por meio de fichas, análise, interpretação dos dados e redação final do estudo.

Foram analisados os resumos das dissertações de mestrado e teses de doutorado da Pós-graduação *stricto-sensu* da enfermagem brasileira sobre a temática ostomia, identificados pelos descritores *ostomia* e *colostomia*, referentes ao período 1979 a 2005, totalizando 22 trabalhos.

Os documentos utilizados para o desenvolvimento do estudo foram obtidos no *CD-rom* (período 1979-2000) do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN) e em catálogos *on line* (período 2001 a 2005) organizados pelo CEPEN e presentes na página da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

O CEPEN é afiliado à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) nacional e responsável por catalogar toda a produção de dissertações de mestrado e teses de doutorado dos programas de pós-graduação *stricto sensu* da enfermagem brasileira. A delimitação temporal desse período se justifica por ser o tempo disponível na catalogação do *CD-room* e catálogos, além de ser um tempo considerado adequado para o desenvolvimento de pesquisas com dados existentes, por permitir ampla exploração científica. Além disso, a demarcação inicial do período se deve ao início da pós-graduação em enfermagem no país.

Em outubro de 2007 foram selecionadas as dissertações e teses cuja temática era ostomia. Uma vez de posse dessas pesquisas, as mesmas foram submetidas a leituras exaustivas, exploratórias, seletivas e analíticas, nas quais

procuramos identificar e responder questionamentos previamente determinados em um instrumento.

Para análise do material selecionado, foi realizado o agrupamento dos achados coletados, seguido da análise de frequência simples. As categorias, referentes aos conteúdos abordados nas pesquisas, foram produzidas a partir dos núcleos temáticos identificados. Os dados foram, então, apresentados em gráficos e quadro, e posteriormente discutidos.

Ao analisarmos os resumos das dissertações e teses de enfermagem sobre ostomia tivemos algumas dificuldades, em especial pela falta de registro de informações importantes nos resumos. Outro ponto é que os resumos analisados foram apenas os que estavam disponibilizados na fonte de dados referida, podendo não representar toda produção científica da enfermagem brasileira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise, detectamos que o número de autores e o somatório de dissertações e teses foi de 22. A seguir, apresentaremos características dessa produção.

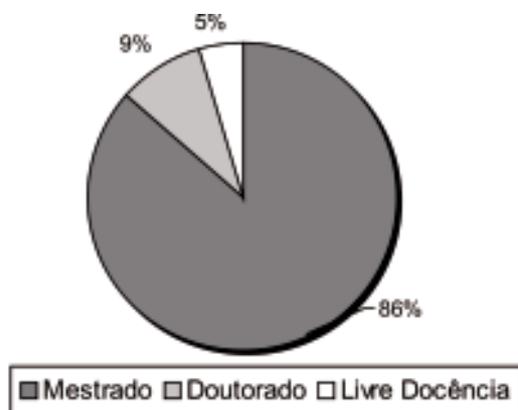


GRÁFICO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS CONFORME SEU TIPO, BRASIL, 1979-2005.

No Gráfico 1, observamos que 19 (86%) dos estudos realizados no período de 1979 a 2005 acerca da temática ostomia registrados no CD-room e catálogos *on line* eram dissertações, duas eram teses (9%) e somente uma (5%) era tese de livre docência, totalizando 22 estudos. Esses dados podem ser decorrentes do maior acesso dos enfermeiros ao mestrado que ao doutorado, pois os programas de pós-graduação em enfermagem que contemplam o dou-

torado ainda são restritos, embora tenham se ampliado na última década.

A enfermagem tem se empenhado na construção de um corpo de conhecimento marcado por conceitos, focalizando a sistematização da assistência¹⁰. A enfermagem precisa ampliar seus conhecimentos em áreas pouco exploradas. Como especialização na enfermagem, a estomaterapia surgiu no Brasil na década de 90, no Sudeste do país. Por ser uma especialização recente, há necessidade de elevar o número de estudos na área, marcadamente na área preventiva, uma vez que ações de prevenção em estomaterapia devem ser de responsabilidade de todos profissionais de saúde¹¹.

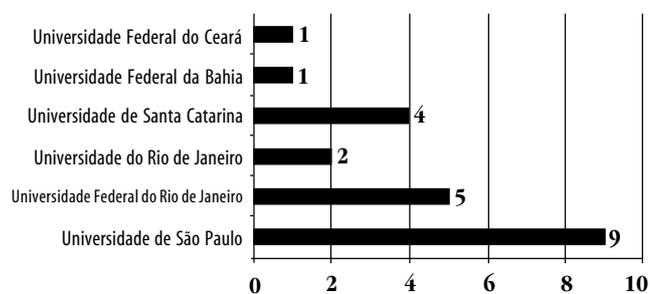


GRÁFICO 2: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SEGUNDO LOCAL DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO, BRASIL, 1979-2005.

No Gráfico 2, verificamos a predominância de apresentações de dissertações e de defesas de teses sobre a temática na região Sudeste (16) e Sul (4).

Ressaltamos que houve predominância de estudos nessas Regiões do país, tendo a Universidade de São Paulo nove trabalhos, a Universidade Federal do Rio de Janeiro cinco trabalhos, a Universidade do Rio de Janeiro duas pesquisas, a Universidade Federal de Santa Catarina quatro trabalhos e as Universidades Federais da Bahia e do Ceará uma pesquisa cada.

Destacamos a pequena produção da Região Nordeste na temática (2), o que nos leva a crer que há necessidade de estudos nesta região. Esse número é considerado pequeno se comparado à produção da Região Sudeste e Sul do país que totalizaram vinte estudos, entre dissertações e teses. Mas, deve-se considerar que as enfermeiras nordestinas durante a década de 70 e 80 fizeram seus cursos de mestrado e doutorado no Sul e Sudeste do país, ficando tais regiões registradas como a origem desta produção, que poderia ser também de pesquisadoras do Norte/Nordeste. A

região Nordeste, por se tratar de área geograficamente menos favorecida e com grande número de ostomizados (pouco mais de 1.200 registrados em Fortaleza), requer, sobremaneira, o desenvolvimento de pesquisas nessa área, no que esse estudo pode contribuir, ao revelar prioridades da pesquisa na área de ostomias.

O processo da construção do conhecimento em enfermagem tem como meta situá-la no contexto da ciência¹². Compreender como esse conhecimento tem se construído e consubstanciado é essencial ao desenvolvimento e progresso da profissão no país.

Ressalte-se que há um curso de especialização em enfermagem em estomaterapia no Sudeste e outro no Nordeste. A pequena quantidade de cursos revela a necessidade de ampliação de cursos com essa especialização em outras regiões do país.

Nos últimos anos, uma política de incentivo à pesquisa tem se estabelecido nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, numa tentativa de melhor distribuição dos centros de pesquisa no país, podendo haver melhoria nos resultados apresentados no futuro.

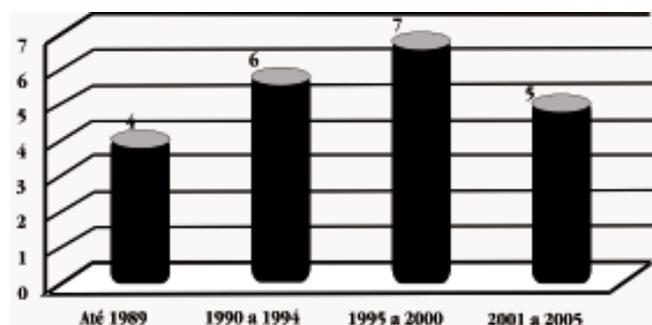


GRÁFICO 3: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SEGUNDO SEU PERÍODO DE DESENVOLVIMENTO. BRASIL, 1979-2005.

No Gráfico 3, observamos que o interesse sobre ostomias tem aumentado nos últimos anos. Até o início da década de 90 apenas quatro trabalhos foram registrados no CEPEn sobre a temática. Entre 1990 e 1994 houve um aumento nessa produção para seis trabalhos. Esse aumento se repete no período de 1995 a 2000, com sete trabalhos, e no período de 2001 a 2005, com cinco pesquisas. Portanto, percebemos a necessidade de se estudar sobre o tema devido às peculiaridades da estomaterapia, que requerem um cuidar-pesquisar sistematizado e direcionado à clientela.

Na construção do conhecimento científico, os pesquisadores compartilham saberes e liberam seu potencial criativo numa relação de respeito, na qual a produção do conhecimento tem sentido de busca pessoal, satisfação, segurança, promoção acadêmica e institucional, e prestígio social¹³. Acreditamos que o crescimento do interesse pela temática e a conseqüente ascensão do número de estudos na área é uma tendência natural relacionada à necessidade prática-teórica da atuação de enfermagem em ostomias. A cada dia cresce o interesse pelo assunto também devido ao atual momento das políticas públicas no Brasil, voltadas a pesquisas, e em fase de delimitação e aprimoramento da assistência.

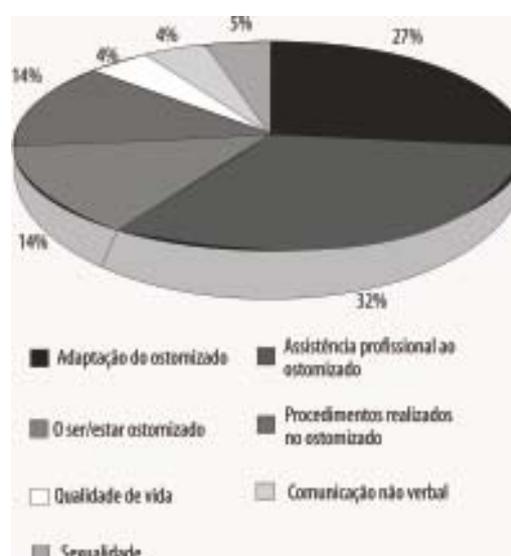


GRÁFICO 4: DISTRIBUIÇÃO DAS PESQUISAS SEGUNDO O TEMA ESTUDADO NAS DISSERTAÇÕES OU TESES, BRASIL, 1979-2005.

Em relação à temática, vemos no Gráfico 4 que as dissertações e teses se voltaram ao estudo do tema, abordando questões como a sexualidade (1), comunicação não verbal (1) e qualidade de vida do ostomizado (1), procedimentos realizados no ostomizado (3, sendo 2 sobre uso de sistema ocluser e irrigação, e 1 sobre demarcação do estoma e orientações para o autocuidado), o ser/estar ostomizado (3), e, principalmente, sobre a adaptação do ostomizado à sua condição (6) e a assistência profissional ao ostomizado (7).

Reconhecemos a diversificação temática em que está inserido o ostomizado. Nas fases de pré e pós-cirurgia, ele passa por conflitos de aceitação da ostomia, sendo obrigado a lidar com o novo corpo que, para ele, encontra-se

mutilado. Seu aprendizado sobre os cuidados torna-se difícil e lento, gerando alterações psicológicas significativas.

Este problema tem se tornado freqüente entre os ostomizados, e uma das formas para amenizá-lo é sua inserção em grupos. Observamos que os estudos desenvolvidos abordam pouco a família ou outros grupos, restringindo-se, em sua maioria, à abordagem individual do paciente, como veremos a seguir. É válido, entretanto, reconhecer que a família desempenha um papel importante na adaptação do estomizado¹.

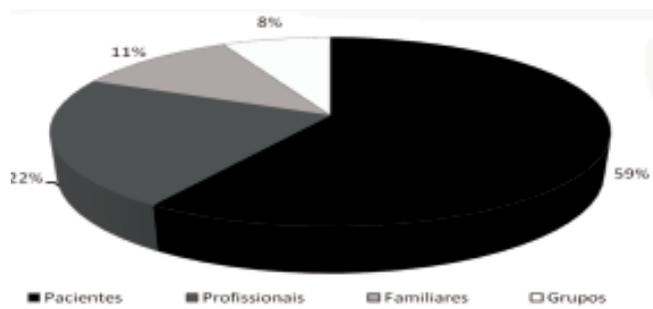


GRÁFICO 5: ESTUDOS CARACTERIZADOS QUANTO AOS SUJEITOS ENVOLVIDOS NA PESQUISA. BRASIL, 1979-2005.

Quanto aos sujeitos envolvidos nas dissertações e teses analisadas, 16 pesquisaram sobre pacientes, seis sobre profissionais no atendimento ao ostomizado (sendo quatro sobre o enfermeiro e dois multiprofissionais), três sobre a família e dois sobre grupos de ostomizados. Houve estudos com mais de uma população, sendo dois sobre pacientes e profissionais simultaneamente, dois sobre pacientes e famílias, e um sobre pacientes e grupo.

As transformações ocorridas na sociedade repercutem na saúde e, conseqüentemente, no instrumental teórico-prático em que se apóiam as práticas e a organização da produção em saúde¹⁴⁻¹⁵. O setor saúde tem que responder a uma pluralidade de necessidades e têm que atuar nos espaços aonde as pessoas vivem o seu cotidiano, de modo a proporcionar uma vida saudável. Só a intervenção e recuperação do corpo biológico não respondem de forma plena às necessidades de saúde, pois estas vão além e demandam uma atenção que considere a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde. Assim, os atuais pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) corroboram com esta assertiva, ao apregoarem o cuidado centrado na família como foco do sistema de saúde no Brasil.

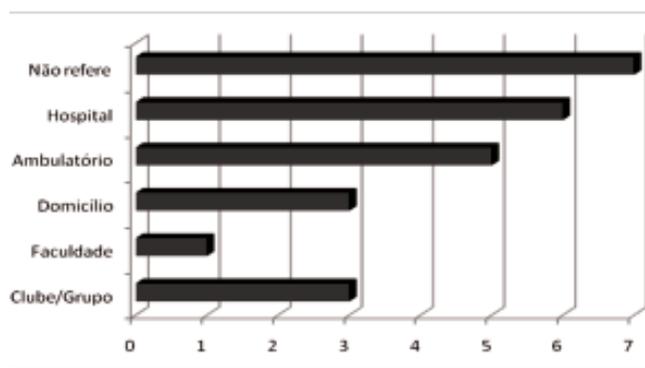


GRÁFICO 6: ESTUDOS CARACTERIZADOS QUANTO AO LOCAL DE COLETA DOS DADOS NA PESQUISA. BRASIL, 1979-2005.

No Gráfico 6, percebemos que sete autores não referem o local de coleta de dados, seis citam o hospital como palco da coleta de dados, cinco o ambulatório (atenção programática em saúde), três citam o domicílio, outros três citam clube (1) ou grupo de ostomizados (2), e um trabalho teve uma faculdade como local de coleta de dados. Três estudos adotaram mais de um local de coleta de dados, sendo um desenvolvido no hospital e no domicílio, um no grupo de ostomizados, no ambulatório e no domicílio, e outra pesquisa foi desenvolvida no grupo e no hospital.

Entre os trabalhos que descreveram local de coleta dos dados, o hospital obteve maior destaque. Este ambiente se constitui, indiscutivelmente, em um espaço importante e privilegiado para o desenvolvimento desse tipo de pesquisa, mas devemos ampliá-lo para outros locais, como as salas de aula das universidades, as instituições de apoio e atendimento (associações) que concentram grande demanda de ostomizados, os *home cares*, que constituem um atendimento domiciliar diferenciado que vem crescendo nos últimos anos, dentre outros cenários.

Ter uma ostomia consiste em uma experiência marcante, vivida com sofrimento por todos, porém com nuances diferentes para cada um, pois os significados construídos dependem das diferentes experiências vividas do modelo explicativo individual^{1,16}.

Assim, a experiência de ser portador de ostomia não se limita ao corpo biológico, mas cria uma desordem na vida pessoal, social e política.

Dessa maneira, as pesquisas desenvolvidas com base em um eixo teórico têm relevância, por serem dotadas de

um guia durante o processo de coleta e análise dos dados, como observado a seguir.

QUADRO 1: ESTUDOS CARACTERIZADOS QUANTO À UTILIZAÇÃO DE TEORIAS. BRASIL, 1979-2005.

Teoria		n
De enfermagem	Roy	4
	King	2
	Horta	1
	Orem + King + Horta	1
Outras	Fenomenologia - Heidegger	1
	Fenomenologia - Schutz	1
	Teoria de Crise	1
	Teoria de Enfrentamento	1
	Etnografia	1
Sem teoria		9
Total		22

Nos trabalhos encontrados sobre ostomias, nove não continham teoria como referencial, oito utilizaram teorias de enfermagem como modelo referencial e cinco trabalhos utilizaram outras teorias ou marcos teóricos.

Esses dados nos fazem questionar o porquê de um grande número de trabalhos realizados não adotar as teorias de enfermagem ou outros modelos teóricos.

É nítida a maior qualidade dos trabalhos que têm um modelo teórico como pano de fundo, sendo dotados de caráter mais crítico e permitindo o desenvolvimento de pesquisas conceituais¹⁷.

As teorias de Enfermagem permitem delimitar a atuação do enfermeiro no trabalho com outros profissionais, propiciando sólida base de conhecimentos ao enfermeiro¹⁸.

CONCLUSÃO

A partir do exposto, podemos concluir que 22 estudos foram cadastrados pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPE) como referentes ao período 1979-2005 sobre a temática ostomias. A maioria (19) era de dissertações, enquanto duas eram tese de doutorado e uma de livre docência.

A área de defesas predominante foi a Região Sudeste (16) e Sul (4), sendo poucos os estudos desenvolvidos

na Região Nordeste (2), o que demonstra que devemos incentivar as pesquisas em ostomias nessa região, e ampliá-las nas regiões já consideradas privilegiadas.

Quanto aos temas relativos a essa produção, foi observada a prevalência de estudos relacionados com a sexualidade (1), comunicação não verbal (1) e qualidade de vida do ostomizado (1), procedimentos realizados no ostomizado (3), o ser/estar estomizado (3), a adaptação do ostomizado à sua condição (6) e a assistência profissional ao ostomizado (7).

Com base nas lacunas identificadas, sugerimos como áreas prioritárias para o trabalho do enfermeiro com portadores de ostomias, pesquisas que considerem o ostomizado em seu contexto, destacando o papel familiar. As interações sociais do ostomizado também devem ser abordadas, pois, muitas vezes, priva-se destas por não saber lidar com sua incontinência intestinal.

A estomaterapia deve ressaltar a família como importante unidade do cuidado e contribuir para consolidar o sistema de saúde ao defender como pressuposto o atendimento em saúde ao ser humano inserido em seu contexto social.

REFERÊNCIAS

1. Maruyama SAT. A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004. 286 f.
2. Cesaretti IUR, Leite M.G, Filippin M.J. Primeira eliminação intestinal pós-fechamento do estoma: expectativas e percepções dos pacientes. Rev Estima 2004 out/nov/dez; 2(4):15-20.
3. Santos VL. Assistência em estomaterapia: cuidando do estomizado. São Paulo: Atheneu; 2000.
4. Castro ME.
5. Adaptação do estomizado como processo de desenvolvimento humano: abordagem de Callista Roy. Fortaleza: Gráfica LCR; 2001.
5. Moreira T.M.M, Sales Z.N, Damasceno MMC, Fraga MNO. Análise das pesquisas de enfermagem sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus no Brasil de 1995-1999. Rev RENE 2002 jan./jun; 3(1):42-9.

6. Silva DMG, Nietsche EA, Feitosa ES, Bub MBC, Cartana MH, Rodrigues MSP et al. A produção de conhecimento em enfermagem nos grupos de pesquisa da UFSC. *Texto & Contexto Enferm* 1996; 5(n. esp.):189-214.
7. Moreira TM.M., Araujo TL, Vasconcelos FF, Carvalho JV. Pesquisa convergente-assistencial: êxitos e dificuldades em sua utilização. *Texto & Contexto Enferm*, 2003 abr./jun; 12(2):166-73..
8. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2001.
9. Trentini M, Paim L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: EDUFSC; 1999.
10. França ISX, Farias FSAB, Sobreira TT, Fraga MNO, Damasceno MMC. Análise de dissertações de mestrado em enfermagem à luz da bioética. *Rev Bras Enferm* 2002 set/out; 55(5): 495-502.
11. Abboud C. Wound management: who is responsible? *World Council Enterostomal Therap J* 2004; 24(1): 28-30.
12. Padilha MICS, Silva AL, Borenstein MS. Os congressos brasileiros - pontes para a liberdade e transformação da enfermagem. *Rev Latinoam Enferm* 2001 maio; 9(3):7-13.
13. Santos I. Instituição da cientificidade: análise institucional e sócio-poética das relações entre orientadores e orientandos de pesquisa em enfermagem. [tese] Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1997. 221 f.
14. Ayello EA, Frantz RA. NPUAP competency-based pressure ulcer curriculum for registered nurses in América Part 2: pressure ulcer treatment. *World Council Enterostomal Therap J* 2005 apr/jun; 25(2):8-14.
15. Rocha SMM, Almeida MP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev Latinoam Enfermagem* 2000 dez; 8(6):96-101.
16. Zampier JC, Jatobá PP. Histórico. In: Crema E, Silva R. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba: Pinti; 1997. p. 13-8.
17. Abreu RNDC, Moreira TMM. Pós-graduação em enfermagem no Brasil: análise das dissertações e teses sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus de 1972 a 2004. *Rev RENE*, 2007 maio-ago; 8(2):60-8.
18. George JB. Teorias de enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

RECEBIDO: 25/06/2007

ACEITO: 05/11/2007

REVISÃO DA LITERATURA SOBRE FRAGILIDADE E SUA RELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO

REVIEW ON LITERATURE ABOUT FRAGILITY AND THEIR RELATIONSHIP WITH AGEING

REVISIÓN DE LA LITERATURA ACERCA DE LA FRAGILIDAD Y SU CORRELACIÓN CON EL ENVEJECIMIENTO

SUZELE CRISTINA COELHO FABRÍCIO¹

ROSALINA APARECIDA PARTEZANI RODRIGUES²

Trata-se de um estudo teórico cujo objetivo foi discorrer sobre o envelhecimento e sua relação com a fragilidade. Através de uma revisão bibliográfica do tema descreve-se a trajetória histórica do conceito de fragilidade e suas implicações para a pessoa que envelhece. Após a análise da literatura consultada contextualiza-se e estimula-se os profissionais da saúde a refletirem sobre a necessidade de se valorizar o tema e desenvolver pesquisas. Aborda a fragilidade, não como sinônimo de velhice, mas como um fator que, quando tratado precocemente, pode garantir autonomia e independência da pessoa que envelhece, evitando incapacidades, deficiências e desvantagens, muitas vezes associadas e/ou causadas pelo grau de fragilidade que o idoso possa apresentar. Alerta-se para a importância de mais estudos sobre instrumentos de medida para detecção de fragilidade em idosos, possibilitando a identificação precoce de um idoso frágil ou suscetível a estar nesta condição, proporcionando a elaboração de estratégias de intervenções preventivas.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Envelhecimento; Idoso débil; Literatura de revisão.

This is a theoretical study which aimed to discuss ageing and its relationship with fragility. The historical trajectory of the fragility concept and its implications with people who get old are described through a bibliographic review on the theme. After the literature analysis, the context is appraised and health professionals are stimulated to reflect on the need to value the theme and develop research. Fragility is approached not as a synonym of old age, but as a factor that, when treated precociously, can guarantee autonomy and independence of the old person, avoiding disabilities, deficiencies and disadvantages, often associated with and/or caused by the degree of fragility the elderly can present. The importance of further studies on measurement instruments to detect fragility in elderly people is highlighted, permitting the early identification of the elderly who are fragile or susceptible to such conditions, favoring the elaboration of preventive intervention strategies.

KEYWORDS: Aged; Aging; Frail elderly; Review literature.

Se trata de un estudio teórico cuya finalidad fue discurrir sobre el envejecimiento y su correlación con la fragilidad. A través de una revisión bibliográfica del tema se describe la trayectoria histórica del concepto de fragilidad y sus implicaciones en la persona que envejece. Tras el análisis de la literatura consultada se contextualiza y se estimula a los profesionales de la salud a que reflexionen sobre la necesidad de valorar el tema y desarrollar investigaciones. Aborda la fragilidad, no como sinónimo de vejez, sino como un factor que, siendo tratado precozmente, puede garantizar autonomía e independencia a la persona que envejece, evitando incapacidades, deficiencias y desventajas, muchas veces asociadas y/o causadas por el grado de fragilidad que el anciano pueda presentar. Se advierte que es importante que haya más estudios sobre instrumentos de medida para detección de fragilidad en ancianos, posibilitando la identificación precoz de un anciano frágil o susceptible a estar en esta condición, proporcionando la elaboración de estrategias de intervenciones preventivas.

PALABRAS CLAVE: Anciano; Envejecimiento; Anciano frágil; Literatura de revisión.

¹ Doutoranda do Programa Interunidades da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá e Centro Universitário Claretiano. R. Itararé, 740 apto 14, Jd. Paulista, Ribeirão Preto, SP, CEP 14090-070, Tel. 16 – 3624 6986, e-mail: suzelecris@ig.com.br

² Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3.900 CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto, São Paulo, SP – Brasil. Tel. 16- 3602 3416, e-mail: rosalina@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

O aumento do número de idosos foi um fator marcante no século XX. Em 2002, a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos é da ordem de 15 milhões de habitantes¹. Esta transição demográfica é decorrente de diminuições importantes de taxas de fecundidade e natalidade e de coeficientes de mortalidade, que levaram a um aumento da expectativa de vida ao nascer.

A proporção de idosos está crescendo mais rapidamente do que qualquer outra faixa etária no mundo. A previsão entre o período de 1970 a 2025 é que o crescimento do número de idosos seja de 223% de pessoas com 60 anos, ou mais, de idade, projetando-se para 2025 um número de 1,2 bilhões de pessoas nesta faixa etária².

Em todos os países existe uma preocupação com o envelhecimento da população. Pesquisadores empenham-se na formulação de estudos que possam favorecer um envelhecimento saudável e ativo, pautado em experiências positivas e oportunidades seguras de saúde, com potencial para bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, com desenvolvimento e valorização de capacidades entre as pessoas idosas.

Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento deve ser meta primordial para pesquisadores, profissionais da saúde e para sociedade como um todo.

A avaliação das atividades da vida diária (AVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AVIDs) pode auxiliar na determinação da dependência ou não que o idoso possa ter para suas tarefas. Elas podem predizer dificuldades para desempenhá-las, o que pode levar a futuras dependências. Além disso, incapacidades em idosos, podem significar aumento de risco de mortalidade e hospitalização, portanto aumento de dependência, aumento de custos para o setor saúde e necessidade de cuidados de saúde³. A incapacidade pode ocorrer decorrente de um evento ao acaso, porém, também pode ser caracterizada como um fator de risco para eventos adversos.

Aproximadamente metade das incapacidades em idosos desenvolveram-se crônica e progressivamente em associação a severidades subjacentes de doenças, co-morbidades e fragilidade, que podem ser considerados fatores de risco

para incapacidade física⁴. Outra metade dos idosos pode desenvolvê-las agudamente em associação a eventos clínicos como fraturas advindas de quedas e Acidente Vascular Encefálico (AVE)⁵.

Portanto, conhecer as causas de incapacidades e morte, pode ajudar a prolongar a vida humana e auxiliar no planejamento de ações de saúde.

Atualmente é preciso refletir e trabalhar incapacidade entre idosos, não apenas como determinadas por condições de saúde/doença, mas também originadas pelo contexto social e ambiental em que vive o idoso, pelas diferentes percepções culturais e disponibilidade de serviços e legislação⁶.

Fragilidade entre os idosos tem emergido como um importante conceito em geriatria e gerontologia e está sendo citada como um significativo fator de risco para queda, incapacidade, hospitalização e morte entre idosos.

Durante revisão da literatura verificou-se que, ainda, não há consenso sobre a definição de fragilidade em idosos. Porém, é inquestionável entre os pesquisadores e profissionais da área que esta condição é importante e possui impacto na vida dos idosos, de seus familiares, cuidadores e da sociedade.

É evidente que a fragilidade pode aumentar na mesma proporção do aumento do número de idosos. Este fato torna o tema um importante problema de saúde pública, pois, fará com que muitos idosos necessitem cada vez mais de cuidados.

Com base nestas considerações, o estudo ora elaborado busca descrever a trajetória histórica do conceito de fragilidade e suas implicações para pessoa que envelhece, realizando reflexões sobre o papel do profissional de saúde neste contexto. Para isto procedeu-se a uma revisão bibliográfica do tema, através da análise de textos em livros e artigos em periódicos.

A revisão bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, Medline e Lilacs, sem limite de tempo, incluindo estudos publicados em português, inglês ou espanhol. Nas duas primeiras bases, foram utilizados os seguintes descritores: aged, ageing, elderly, frail, fragility, frailty. Para a busca no LILACS, utilizaram-se os termos equivalentes em português: idoso, idosos, idosa, idosas, envelhecimento, fragilidade, frágil, idoso débil. Além dessas fontes, foram incluídos livros textos de referência sobre o tema.

Foram considerados todos os tipos de publicações relativas a estudos realizados com idosos e de qualquer faixa etária.

Após a leitura do título e resumo dos estudos encontrados pelas bases de dados, foram identificados e selecionados 76 estudos. Os artigos foram revisados e foi realizada uma análise descritiva dos assuntos mais pertinentes a esta pesquisa.

FRAGILIDADE E SUA RELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO

Desde 1980 tem sido exponencial o aumento do número de publicações referentes a esta temática: de 36 publicações entre 1986 e 1990 para 1100 publicações entre 2000 e metade de 2004⁷. Outros autores descreveram com maior precisão o número de publicações encontradas sobre o tema e relataram que até 1980 houve apenas uma publicação sobre o assunto e entre 1981-1985 nenhuma. Já entre 1986 – 1990 foram encontradas 36 publicações, entre 1991 – 1995 foram 793, entre 1996 – 2000, 1098 trabalhos foram encontrados e entre 2001 – 2002, ou seja, dois anos havia sido publicados 724 estudos⁸.

Historicamente, fragilidade é um termo frequentemente utilizado com diferentes definições. O termo idoso frágil foi introduzido na literatura por Charles F. Fahey e membros do Federal Council on Aging (FCA) nos Estados Unidos da América (EUA), na década de 70. Nessa época era considerado idoso frágil o indivíduo que vivia em condições sócio-econômicas desfavoráveis e apresentava debilidades físicas e cognitivas que com o avanço da idade, passava a exigir maiores e mais prolongados cuidados⁸.

Apesar de todo este apontamento, o termo não foi muito valorizado pela comunidade de geriatras e gerontólogos. Somente no final da década de 80, outros estudos passaram a ser realizados. As pessoas idosas frágeis eram descritas como indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos, com dependência para atividades da vida diária, acometidas por co-morbidades⁹. Gillick, em 1989, descreveu o idoso frágil como um indivíduo debilitado que não pode viver sem a ajuda de outras pessoas¹⁰. Nessa época associava-se muito o termo com dependência, principalmente para atividades da vida diária e presença de Doenças

Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), os quais geravam para o idoso, necessidade de ajuda para suas atividades.

Em 1990, no Journal of the American Geriatrics Society, surgiu a primeira referência de idoso frágil no índice remissivo do mesmo. Foi nessa década que o termo fragilidade passou a ser mais estudado pelos pesquisadores, passando a questionar-se que fragilidade fosse sinônimo de incapacidade.

Desta forma, o conceito foi mais ampliado. A fragilidade estava diretamente relacionada à presença de alguns fatores, tais como: AVE, DCNT e incapacidades, confusão mental, dependência para atividades da vida diária, depressão, quedas, problemas de mobilidade, incontinência, problemas nutricionais, uso de polifármacos, úlcera de pressão, imobilidade, problemas sensoriais, sócio-econômicos e familiares¹¹. Ainda, para outros autores, a fragilidade era característica de pessoas idosas com pelo menos quatro dos seguintes fatores: idade igual ou maior a 80 anos, início de depressão, com problemas de equilíbrio e marcha, que raramente ou nunca realizam caminhada, uso de sedativos, diminuição de força nos ombros, diminuição de capacidade das extremidades, força diminuída dos joelhos e perda de visão¹².

Outras definições foram importantes nos estudos sobre fragilidade. Alguns pesquisadores, nessa mesma época, já estudavam e mencionavam a possibilidade de que fragilidade estivesse desvinculada de DCNT e dependência funcional⁸.

Foram iniciadas observações que relacionavam a fragilidade com declínio de capacidade de múltiplos sistemas¹³. Nesta mesma linha de pensamento, a fragilidade seria definida como uma síndrome que envolveria deficiência de dois ou mais sistemas: físico, nutricional, cognitivo e sensorial¹⁴. Seria um estado clínico de vulnerabilidade aos fatores estressores, resultando no declínio das reservas fisiológicas, com conseqüente desajuste da homeostase¹⁵.

Estes estudos começam a apontar tendências para uma definição de fragilidade diferente das anteriormente citadas. O termo passou a ser identificado como uma síndrome biológica de restrição e resistência a fatores de tensão, resultando de deteriorações acumulativas dos sistemas fisiológicos múltiplos, e causando vulnerabilidade a resultados desfavoráveis, o que a diferencia de incapacidade^{13,16,17,18,19}.

Muitos autores concordam quando é mencionada esta característica multidimensional da fragilidade, e complementam esta definição reconhecendo a relação existente entre fatores biomédicos e psicossociais determinando a incidência de fragilidade em idosos. E assim, estes autores realizam uma revisão das características de fragilidade e discutem instrumentos elaborados para mensurar a síndrome²⁰.

Nesta mesma vertente, alguns estudos relatam que renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social, são fatores sociais que podem potencializar a condição física de fragilidade²¹. Ainda, estilo de vida e rede de suporte social também podem ser fatores modificadores desta síndrome²².

Pode ser verificado que estudos para determinarem definições sobre fragilidade em idosos não são recentes, porém, a necessidade de sistematizar as informações possibilitando a observação de quem é um idoso frágil e como classificá-lo, ainda é recente e necessário. A característica multidimensional da fragilidade dificulta a elaboração de uma única definição, representando um desafio para geriatras e gerontólogos, tanto na prática clínica, como em pesquisas²³.

Atualmente existem duas vertentes de estudos sobre fragilidade na literatura internacional representadas por dois grupos de pesquisa: um nos Estados Unidos e outro no Canadá.

Nos Estados Unidos, o grupo propôs uma definição própria, utilizando-se de critérios objetivos e mensuráveis para fragilidade em idosos. Este grupo aponta a fragilidade como uma síndrome clínica, onde o indivíduo frágil apresenta redução da massa muscular, alterações de eixos hormonais, como o do hormônio de crescimento, hormônios tireoideanos, hormônios sexuais e cortisol e alterações imunológicas com tendência a um estado inflamatório crônico. Estes fatores, quando associados a fatores extrínsecos, tais como a incidência de doenças agudas ou crônicas, a imobilidade, a redução da ingestão alimentar e outros, levariam a um ciclo vicioso de redução de energia, aumento de dependência e suscetibilidade a agressores²⁴.

Estabeleceram um fenótipo de fragilidade, no qual o indivíduo pode ser considerado frágil quando apresenta três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso involuntária (5Kg no último ano), auto-relato de exaustão

(questões da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos – CES-D), fraqueza (força reduzida – avaliada pela força de preensão palmar), baixa velocidade ao caminhar – lentidão (caminhada de 4,5 metros cronometrados), e pouca atividade física (verificado pelo *Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire*). Indivíduos com um ou dois critérios seriam considerados intermediários para fragilidade e pessoas que não apresentassem nenhum critério não seriam frágeis. Esta definição apresenta-se como uma ferramenta precisa e clara e está aparentemente relacionada a alterações fisiológicas e específicas, particularmente relacionadas à inflamação e coagulação²⁴.

Outra definição muito enfatizada é sobre a incapacidade, a qual deve ser entendida como dificuldade ou dependência para desenvolver atividades essenciais para viver independente e com autonomia. É principalmente diagnosticada por relatos de dificuldade em atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária. A incapacidade física pode ocorrer em resultado ao surgimento de doenças e alterações psicológicas advindas com o envelhecimento. Portanto, co-morbilidade é um fator de risco etiológico de fragilidade e a incapacidade é um resultado da fragilidade. Para estes autores, fragilidade e incapacidade possuem diferentes definições³.

Utilizando dados do Cardiovascular Health Study, o grupo dos Estados Unidos, realizou um estudo com 5317 idosos – idade igual e superior a 65 anos, utilizando-se do fenótipo de fragilidade estabelecido pelo grupo. A prevalência de fragilidade nessa população foi de 6.9% e esteve associada às seguintes variáveis: sexo feminino, etnia afro-americana, situação sócio-econômica baixa, nível de escolaridade baixo, precário estado de saúde, comorbidades, DCNT e incapacidades. Os resultados sustentam a hipótese de que há um ciclo representado por uma espiral, com potencial decrescente na reserva de energia de múltiplos sistemas, explicando condições de fraqueza, perda de peso e alterações de marcha. Porém o fenótipo e o ciclo não são suficientes para explicar os mecanismos biológicos que provocam a redução da homeostase. Consideram ainda a fragilidade como uma síndrome clínica, como uma condição fisiológica, com alterações nos múltiplos sistemas e declínio de reserva energética advindas do envelhecimento²⁴.

O grupo estabelecido no Canadá, Canadian Initiative on Frailty and Aging CIF-A, atua em colaboração com alguns países da Europa, Israel e Japão. Existente desde 2002, possui pesquisas realizadas por especialistas em áreas estabelecidas pelos seguintes domínios: a) história, conceitos e definições; b) bases biológicas; c) bases sociais; d) prevalência; e) história natural e fatores de risco; f) impacto; g) identificação; h) prevenção e conduta terapêutica; i) ambiente e tecnologia. Para eles a história de vida do indivíduo idoso pode estar relacionada à fragilidade nesta faixa etária, tendo fatores biológicos, psicológicos, sócio-econômicos como desencadeadores de modificações nesta trajetória⁷.

Para este grupo, o modelo do fenótipo de fragilidade dos Estados Unidos, é uma definição atrativa, no entanto, talvez seja menos útil em pessoas nas quais, vulnerabilidade relacionada à saúde, não possa ser tão facilmente separada da cognição, humor e suporte social²⁵.

Para o grupo canadense, a fragilidade também deve ser considerada multidimensional, heterogênea e instável, o que a diferencia da incapacidade (*disability*) ou do envelhecimento. Relatam que apesar de existir, na literatura alguns instrumentos de avaliação de fragilidade, a maioria é impraticável para aplicação pelo profissional junto ao leito do paciente, pois os mesmos requerem dados clínicos multidimensionais que compõem uma Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) e/ou requerem um treinamento especial²⁵.

Dessa forma identificou-se na literatura um estudo que recentemente publicou uma outra proposta clínica de detecção de fragilidade em pessoas idosas a Frail Edmonton Scale (FES). Esta foi validada e considerada confiável e viável para uso rotineiro até mesmo por não especialistas na área geriátrica e gerontológica²⁵.

Apesar de existir uma diversidade de definições sobre fragilidade na literatura científica, os modelos existentes não deveriam ser vistos como mutuamente exclusivos. O que há é uma sobreposição entre eles; muitos termos e conceitos utilizados em cada modelo são semelhantes⁸.

Ao realizar um estudo sobre definições, modelos e critérios utilizados por pesquisadores, foi observado que muitas publicações sobre o tema possuem enfoque biomédico, fatores sociais tiveram importância secundária nos estudos. Estudos mais recentes, abordam fatores so-

ciais e ambientais. Foram encontrados 30 critérios de fragilidade em idosos, todos com diferentes propostas e em diferentes populações. Foi concluído que não existe um critério para identificação de fragilidade que possa ser considerado “*gold standard*”⁸.

Na atualidade, não há apenas um modelo aceito universalmente, mas sim diferentes termos que são utilizados para conceitos semelhantes. Faz-se necessária uma discussão entre os investigadores sobre o tema, para possibilitar uma integração de conceitos. Fragilidade entre idosos é um tema que sem dúvida necessita ser mais investigado.

CONSIDERAÇÕES PARA A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Com a longevidade pressupõe-se uma alta prevalência de fragilidade (entre 10 e 25 % em idosos acima de 65 anos e 46% nos acima de 85 anos) em idosos que vivem na comunidade²⁶. Porém, fragilidade não deve ser entendida como sinônimo de velhice. Desta forma, identificá-la entre os idosos deve ser foco da avaliação multidimensional. Esta pode possibilitar uma análise da capacidade funcional, cognitiva, afetiva, comunicação, mobilidade e equilíbrio, eliminação, função, nutrição, recursos sociais e ambientais. Fatores estes que podem estar intimamente relacionados ao aparecimento ou não de fragilidade entre os idosos.

A falta de consenso sobre definição de fragilidade é um fator de complicação para formulação de estratégias de promoção à saúde, dificultando a identificação de intervenções que minimizem os efeitos adversos desta população em risco.

Uma abordagem consensual sobre fragilidade em idosos faz-se necessária entre os profissionais que trabalham com esta parcela da população. Quando tratada precocemente a fragilidade em idosos pode ser reversível e muitas vezes prevenida. Alguns estudos demonstram que as incapacidades advindas pela fragilidade são melhor tratadas, e possuem melhor prognóstico, quando identificadas nos primeiros meses de seu surgimento. Intervenções são mais eficazes quando aplicadas em idosos no estágio inicial da fragilidade^{27,28}.

O idoso frágil pode ter sua autonomia e independência estimulada de maneira precoce, evitando incapacidades,

deficiências e desvantagens, muitas vezes associadas e/ou causadas pelo grau de fragilidade que o idoso possa apresentar.

Estudos sobre a fragilidade devem auxiliar nesta busca, principalmente os que auxiliem na elaboração de instrumentos (com escalas e testes) que possam identificar pessoas idosas frágeis e/ou potencialmente nesta condição, oferecendo uma base para a avaliação clínica.

Com o processo de envelhecimento é possível verificar a presença de modificações tais como o abandono de tarefas devido ao surgimento de limitações físicas, dificuldades para se concentrar, déficits de memória e outros eventos estressores como doença, morte, mudança de status e ambiente social, entre outros²⁹.

Durante a avaliação multidimensional do idoso o profissional de saúde possui a oportunidade de detectar não só os fatores de risco para fragilidade citados acima, mas atuar de maneira preventiva no surgimento e/ou piora deste estado.

Para tanto, necessita de instrumentos objetivos, de fácil e rápida aplicabilidade, que tenham sido validados e que poderão apontar de maneira mais objetiva os indicadores de fragilidade que precisam ser avaliados em pessoas idosas. Na literatura internacional já é possível encontrar instrumentos que se propõem a medir fragilidade em idosos. No Brasil, ainda há uma escassa literatura sobre o tema e nenhum instrumento foi elaborado ou validado por pesquisadores brasileiros.

O desafio de estudar-se fragilidade está relacionado ao caráter multidimensional que a mesma assume entre idosos. Sabe-se que a fragilidade relaciona-se à idade, porém não se apresenta de maneira uniforme em todos os indivíduos, pois é decorrente de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais advindos do processo de envelhecimento fisiológico, denominado senescência e da senilidade referente ao processo de envelhecimento patológico, assim como de condições adversas como dependência funcional, quedas e institucionalização.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado

de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.58-71.

2. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
3. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and a care. *J Gerontol Med Sci* 2004 mar; 59(3): 255-63.
4. Fried LP, Guralnik JM. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology and risk. *J Am Geriatr Soc* 1997 jan; 45(1):92-100.
5. Ferrucci L, Guralnik JM, Simonsick E, Salive ME, Cortic C, Langlois J. Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1996 May; 51(3):M123-30.
6. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bra. Epidemiol* 2005 jun; 8(2):187-93.
7. Bergman H, Béland F, Karunanathan S, Hummel S, Hogan D, Wolfson C. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontol Soc* 2004 juin; 109:15-29.
8. Hogan BD, Macknight C, Bergman H. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging* 2003 jun; 15(3 Suppl):3-29.
9. Woodhouse KW, Wynne H, Baillie S, James OF. Rawlins, M.D. Who are the frail elderly? *Q J Med* 1988 jun; 68(255):505-6.
10. Gillick MR. Long term care options for the frail elderly. *J Am Geriatric Soc* 1989 Dec; 37(12): 1198-203.
11. Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez FJR, Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriatr Soc* 1991 aug; 39(8):778-84.
12. Speechley M, Tinetti M. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991 jan; 39(1):46-52.
13. Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med* 1992 feb; 8(1):1-17.
14. Strawbridge WJ, Shema SJ, Balfour JL, Higby HR, Kaplan GA. Antecedents of frailty over three decades in an older

- cohort. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998 jan; 53(1): S9-16.
15. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: Hazzard W. et al, editors. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. New York: McGraw-Hill; 1998. p.1387-402
 16. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age Ageing* 1997 jul; 26(4):315-8.
 17. Bortz WM. The physics of frailty. *J Am Geriatr Soc* 1993 sept; 41(9):1004-8.
 18. Hamerman D. Toward an understanding of frailty. *Ann Intern Med* 1999 jun; 130(11): 945-950.
 19. Chin A, Paw MJ, Dekker JM, Feskens EJ, Schouten EG, Kromhout D. How to select a frail elderly population? A comparison of three working definitions. *J Clin Epidemiol* 1999 nov; 52(11):1015-21.
 20. Rockwood K, Hogan D, Macknight C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drugs & Aging* 2000; 17: 295-302.
 21. Morley J, Perry H, Miller D. Something about frailty. *J Gerontol* 2002; 57A(11): M698-M704.
 22. Woo J, Goggins W, Sham A. Social determinates of frailty. *Gerontology* 2005; 51: 402-8.
 23. Rockwood K. Frailty and Its definition: a worthy challenge. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(6):1069-70.
 24. Fried LP, Tangen C M, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci* 2001 mar; 56(3): M146-M156.
 25. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 2006 jun; 35:526-9.
 26. Hekman PRW. O idoso frágil. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 926-9.
 27. Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med* 2002 oct; 347(14):1068-74.
 28. Hardy SE, Dubin JA, Holford TR, Gill TM. Transitions between states of disability and independence among older persons. *Am J Epidemiol* 2005 mar; 161(6):575-84.
 29. Barbosa NS, Silva MJ, Miranda MD. O enfrentamento das dificuldades da vida cotidiana pelos idosos de baixa renda. *Rev. RENE* 2002 jan/jun; 3(1):14-20.

RECEBIDO: 26/11/2007

ACEITO: 03/03/2008

O ENFERMEIRO E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÃO PARA A MUDANÇA DO MODELO ASSISTENCIAL

THE NURSE AND FAMILY HEALTH STRATEGY: CONTRIBUTION FOR ASSISTENCIAL MODEL CHANGE

EL ENFERMERO Y LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: CONTRIBUCIÓN PARA EL CAMBIO DEL MODELO ASISTENCIAL

ROBERTA KALINY DE SOUZA COSTA¹

FRANCISCO ARNOLDO NUNES DE MIRANDA²

O estudo faz uma breve reflexão acerca da atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família – ESF, identificando suas contribuições na construção da atenção básica à saúde e na mudança do modelo assistencial, na perspectiva do Sistema Único de Saúde – SUS. Destaca-se a ampliação da inserção e a relevância do enfermeiro na ESF, tendo em vista a experiência acumulada desse profissional nas atividades de planejamento, execução e avaliação das ações assistenciais, administrativas e educativas, fundamentais ao desenvolvimento da estratégia. Conclui-se que apesar de assumir um papel fundamental na ESF e de contribuir com propostas de reorganização dos serviços na lógica do SUS, o enfermeiro ainda precisa ser preparado para garantir a integralidade, a qualidade e a humanização da atenção, em defesa do projeto sanitário que se deseja construir na saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Saúde da Família; História da Enfermagem; Atenção básica de saúde.

The present study makes a brief reflection regarding the nursing action in Family Health Strategy – ESF, identifying its contributions in the construction of basic attention to health and in assistance model change, in the perspective of the Public Health System – SUS. It's elicited the enlargement of insertion and nurse relevance in the ESF, having in mind the experience acquired by this professional in planning, execution and evaluation of assistance, managing and educational actions, which is fundamental for the development of the strategy. It's concluded that in spite of assuming a fundamental role on ESF and contributing with rearrangement proposals to services in SUS logistics, the nurse still needs to be prepared to guarantee integrity, quality and humanization of attendance, in defense of a sanitary project which is dreamt do be built in the health area.

KEYWORDS: Nursing; Family Health; History of nursing; Primary health care.

El estudio hace una breve reflexión sobre la actuación del enfermero en la Estrategia Salud de la Familia – ESF, identificando sus contribuciones en la construcción de la atención básica a la salud y el cambio del modelo asistencial, desde el punto de vista del Sistema Único de Salud – SUS. Se destaca la ampliación de la inclusión y la importancia del enfermero en la ESF, considerando la experiencia acumulada por ese profesional en las actividades de planificación, ejecución y evaluación de las acciones asistenciales, administrativas y educativas, fundamentales para el desarrollo de la estrategia. Se concluye que a pesar de asumir un papel fundamental en la ESF y de contribuir con propuestas de reorganización de los servicios en la lógica del SUS, el enfermero aún precisa ser preparado para garantizar la integralidad, la calidad y la humanización de la atención, en defensa del proyecto sanitario que se desea edificar en la salud.

PALABRAS CLAVE: Enfermería; Salud de la Familia; Historia de la Enfermería; Atención primaria de salud.

¹ Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica e em Programa Saúde da Família, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora Auxiliar II do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

² Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família – ESF vem ocupando lugar de destaque no Sistema Único de Saúde – SUS por compartilhar dos seus princípios e diretrizes e buscar um atendimento à saúde humanizado, resolutivo e capaz de responder às necessidades sociais e de saúde da população.

Nesse contexto, o profissional enfermeiro encontrou um promissor espaço de trabalho e ampliou sua inserção, assumindo a linha de frente em relação aos demais profissionais de saúde por desenvolver atividades assistenciais, administrativas e educativas fundamentais à consolidação e ao fortalecimento da ESF no âmbito do SUS¹.

Essa participação do enfermeiro na reorganização estrutural e funcional dos serviços de saúde, como mediador técnico e científico das transformações micro e macropolíticas do sistema de saúde, assume um caráter social e histórico importante que permite avanços para a categoria e para a construção social da saúde.

Entretanto, poucas produções científicas na área da saúde têm se dedicado a estudar e divulgar as contribuições singulares da enfermagem na trajetória de consolidação da ESF no Brasil, os resultados conseguidos a partir da sua atuação na equipe de saúde, organizando e conduzindo as ações assistenciais e operacionais da estratégia. A escassez de produção científica também se reflete no que diz respeito à abordagem das práticas pedagógicas transformadoras do ensino e da formação dos enfermeiros, que vêm já há algum tempo, buscando construir um perfil profissional para o enfermeiro em consonância com as exigências do setor.

Dentro dessa perspectiva, o propósito deste artigo é trazer a questão da atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família – ESF, identificando suas contribuições na atenção básica à saúde e na mudança do modelo assistencial, na perspectiva da consolidação do SUS. De igual modo, a discussão contempla a questão da formação e da qualificação do enfermeiro, bem como as conseqüentes transformações da educação em enfermagem para preparar e adequar esse profissional de acordo com as demandas do sistema de saúde em construção.

Entendemos que o estudo sobre a participação do enfermeiro na ESF é relevante e importante na medida em que oferece subsídios à reflexão sobre a formação e a prá-

tica profissional da enfermagem no movimento de organização da estratégia, com vistas à consolidação do SUS. Destarte, esperamos, a partir dos resultados, contribuir discutindo sobre o papel do enfermeiro no processo de construção histórico-social da Estratégia Saúde da Família e, conseqüentemente, sobre as transformações da formação em enfermagem para o SUS/ESF.

METODOLOGIA

O presente estudo parte de uma revisão de literatura integrativa, respaldada pela pesquisa bibliográfica sobre o enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família.

Esse tipo de revisão de literatura corresponde a um método que tem por finalidade contribuir para o conhecimento de um determinado tema a partir da sistematização e do ordenamento de resultados obtidos em fontes secundárias².

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de fevereiro a abril de 2007, a partir das seguintes fontes: livros; dissertações e teses; artigos científicos de revistas; estudos com estreita relação com o tema, realizados no território nacional; sites de busca disponíveis na internet (www.google.com.br, www.saude.gov.br); base de dados www.scielo.org.br, através do acesso ao www.periodicos.capes.gov.br, utilizando como critério de inclusão das fontes no estudo o ter como descritores ou palavras-chave: Saúde da Família, enfermagem de saúde pública, assistência de enfermagem, enfermagem prática.

Na coleta dos dados, a bibliografia levantada foi escolhida e examinada de acordo com a pertinência em relação ao tema em estudo. De posse das fontes selecionadas, foi realizada uma leitura e a interpretação das mesmas para a sistematização da reflexão, a qual foi organizada em dois sub-temas para facilitar seu entendimento e atender ao objetivo proposto: A enfermagem no movimento de organização da Estratégia Saúde da Família; A formação e a prática profissional do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

A enfermagem no movimento de organização da Estratégia Saúde da Família

Em dezenove anos de existência o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde – SUS, através de seus princípios

defendidos constitucionalmente, vem tentando viabilizar uma maior aproximação dos serviços com os indivíduos, planejando um atendimento mais humanizado, resolutivo, que contemple a promoção da saúde, a prevenção e a recuperação dos agravos. Ou seja, vem trazendo em seu arcabouço a necessidade imediata de mudança na forma de entender, de trabalhar e de avaliar os serviços assistenciais de saúde, numa perspectiva de conceber ações integrais com capacidade de resposta às necessidades de saúde da população³.

No seu ideário, o SUS defende que a assistência à saúde também deve contemplar ações de caráter preventivo e curativo, estruturar os estabelecimentos e ações de saúde de forma regionalizada e hierarquizada e promover o cuidado de indivíduos e coletividade coordenado por profissionais de saúde com formação geral.

Nesse meio tempo, foram formulados diversos programas alternativos, propostas e estratégias em prol da viabilidade de sua plena consolidação. Entre estas, o Programa Saúde da Família – PSF, hoje estratégia, mereceu e vem ocupando lugar de destaque, por compartilhar dos seus mesmos princípios e diretrizes, sendo instituído em todas as regiões do país, pelo governo federal, como forma de promover a reorganização progressiva dos serviços de saúde, a política de recursos humanos e a gestão descentralizada, tendo como foco das mudanças a acessibilidade, o controle e a participação social, fortalecendo a atenção primária e o processo de municipalização da saúde⁴.

Em seu desenvolvimento, a Estratégia Saúde da Família aponta para a valorização das necessidades de saúde da população, a preocupação com a capacitação e formação profissional, a incorporação das diretrizes de responsabilização, territorialização, regionalização, a busca da assistência totalizadora do cuidado, a instituição da dimensão subjetiva das práticas em saúde, e a consideração da unidade familiar como campo de intervenção. Elementos diferenciais que vêm rendendo bons resultados na viabilidade do processo de descentralização e melhoria do acesso da população às ações de saúde, operando mudanças na organização das práticas e serviços, com vistas à incorporação de diretrizes de reorientação do modelo assistencial, com ênfase na saúde da família.

Esses progressos inquestionáveis na estrutura organizacional da estratégia, no processo de consolidação

dos SUS, também vêm viabilizando o seu fortalecimento e o da qualificação das equipes de saúde como os principais pontos de pauta nas inúmeras discussões relacionadas à organização da atenção básica no Brasil⁵.

De fato, as mudanças operadas no sistema de saúde brasileiro, direcionadas para a reorientação dos serviços e práticas de saúde, a partir da criação e oficialização de propostas mais integrais, inclusivas e universalizantes, voltadas para a atenção e promoção à saúde da coletividade, fizeram com que a ESF galgasse novos degraus e se configurasse como uma modalidade inovadora e promissora de organização do modelo de atenção, alcançando, em poucos anos, maturidade como alternativa de estruturação da política pública de saúde e potencialidade para mudar o paradigma da assistência.

Essa estratégia, então, passa a sofrer um intenso e acelerado processo de expansão, abrindo um novo e promissor espaço no mercado de trabalho para os profissionais de saúde, pelo crescente aumento da capacidade de absorção dos municípios brasileiros, nível local de produção e de organização dos serviços a que essa proposta se destina¹.

No entanto, num primeiro momento, algumas poucas categorias profissionais foram privilegiadas para compor a equipe mínima de trabalho na ESF, entre elas, a médica e a de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem), com o papel de desenvolver seu trabalho na Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF e no âmbito da comunidade.

A evidência dessa equipe multiprofissional para a promoção do atendimento à população, remete, por sua vez, à identificação de um processo de trabalho característico, centrado na distribuição das funções específicas para cada profissional. Esse trabalho, no entanto, deve primar, fundamentalmente, pela interação e pelo compartilhamento das ações entre os profissionais, cumprir um regime de dedicação exclusiva e contemplar atividades como: visitas domiciliares, internação domiciliar, participação em grupos comunitários, atendimento na unidade, educação em saúde, dentre outras.

Nessa difícil tarefa de construção da Estratégia Saúde da Família em todos os seus fundamentos, a partir da atenção primária, o enfermeiro, foi requisitado de forma

preferencial entre os profissionais de saúde privilegiados para compor a equipe, destacando-se neste processo por possuir experiências de planejamento, execução e avaliações de ações assistenciais, administrativas e educativas, as quais, na ESF, são requisitos fundamentais¹.

A esse leque de experiências não pode deixar de ser somada a participação da enfermagem na edificação dos programas estratégicos criados e organizados pelas diferentes instâncias governamentais, mesclando as habilidades correspondentes ao seu processo de trabalho que respalda a atuação do enfermeiro nos campos da pesquisa, da educação, da gerência e da assistência social e da saúde.

Um dos motivos do destaque alcançado pela categoria da enfermagem na maioria dos programas de saúde deve-se ao fato de a mesma constituir o maior contingente da força de trabalho em cuidados à saúde, configurando-se também no grupo profissional que tem os mais diversos papéis, funções e responsabilidades^{6,7}. Certamente, esses papéis, funções e responsabilidades se encontram agregadas ao desempenho de ações assistenciais, gerenciais, de investigação e de ensino pelo enfermeiro nos diferentes cenários de produção dos serviços de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária do Sistema Único de Saúde. Condição que amplia o campo de trabalho e, conseqüentemente, a procura e adesão de um grande contingente de pessoas interessadas e inseridas nessa área.

Estando nas raízes do surgimento do então conhecido PSF, a enfermagem galgou seu lugar junto aos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, desempenhando importante papel na condução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, orientando os agentes comunitários, formando-os e supervisionando-os, na realização do seu trabalho de acompanhamento das famílias na comunidade.

Desse modo, ainda no PACS, o enfermeiro ampliou sua inserção, abriu possibilidades e colocou-se à frente de espaços estratégicos, qualificando o trabalho na operacionalização dos programas, identificando valores necessários à re-estruturação da atenção básica à saúde, na lógica organizativa do PSF, adotado, poucos anos depois, como estratégia para assegurar a consolidação do SUS.

A enfermagem tem estado presente, não somente no PACS e PSF, mas em todos os programas, projetos e estratégias brasileiras e até internacionais, adotando os

princípios de atenção primária à saúde nos processos de formação, atuando como protagonista nos movimentos da construção social da saúde, defendendo os princípios fundamentais da reforma sanitária e construindo ao longo dos últimos anos o SUS⁸.

Modelos como o PACS e até como o PSF, ambos centrados na abordagem familiar, guardadas as suas particularidades, já vinham sendo desenvolvidos em outros países com experiência em programas de atenção comunitária e à família, tais como o Canadá, Suécia, Cuba e Inglaterra, que influenciaram e serviram de espelho para a formulação e implementação do PSF no Brasil.

Nesses países, portanto, também é fácil encontrar o enfermeiro envolvido com a promoção da atenção à saúde. Como exemplo, temos o caso de Cuba que possui um sistema de saúde público, descentralizado, coordenado e controlado pelo governo federal, que prima pela regionalização, pela assistência contínua, pela participação popular e pelo enfoque clínico, epidemiológico e social dos problemas de saúde da família⁹. Em Cuba, o programa de medicina familiar que prioriza a atenção primária é desenvolvido por uma equipe de enfermeiros e médicos que procuram integrar ações preventivas e promocionais de saúde.

Nessa mesma linha de raciocínio, nas últimas décadas, de 1980 e 1990, “observa-se uma mobilização da enfermagem na reorganização do setor saúde em várias regiões do mundo, dando suporte à área de atenção primária [...] muitas vezes, sendo os únicos trabalhadores em saúde disponíveis”^{6:97}.

Desse modo, já existe um acúmulo de experiências diversificadas envolvendo tanto o nível micro-político, quanto o macro-político do sistema de saúde, apontando o enfermeiro como mediador técnico e científico das transformações internas com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde¹⁰.

No plano macro-político, esse profissional tem mostrado seu papel na inversão do financiamento na saúde, no campo técnico-gerencial, no campo social, no desenvolvimento de pessoal e até na expansão da cobertura da atenção em todos os níveis do sistema de saúde.

No que diz respeito ao financiamento na saúde, especialmente na atenção básica, a contribuição da enfermagem se sobressai quer no imperativo “investir na saúde”,

quer na doença, uma vez que o enfermeiro, coordenando os agentes de saúde e os auxiliares de enfermagem da equipe de saúde, é quem mais produz e mantém o nível de produção dos serviços, alimentando sistemas de informação com o registro de atividades, acompanhamentos e procedimentos realizados, que se configuram em importantes critérios de repasse de incentivos e recursos financeiros da saúde no país.

Nas questões relativas à expansão da cobertura das ações básicas de saúde à população, os números da enfermagem nas equipes da estratégia saúde da família e a extensão do seu atendimento, nos diferentes espaços do território brasileiro, mostram que a categoria também vem assumindo o compromisso de reestruturar a atenção na lógica organizativa da ESF. Dados estes que, somados aos esforços desprendidos na formação, qualificação e capacitação dos profissionais de saúde, marcam o compromisso social do enfermeiro no desenvolvimento do pessoal para a operacionalização da estratégia e, conseqüentemente, para responder aos desafios atuais do SUS.

No campo social, por sua vez, o enfermeiro vem ocupando diversos espaços, fazendo-se presente nos conselhos, participando das conferências locais, estaduais e nacionais de saúde, onde são pactuados os princípios, definidas as diretrizes e tomadas as decisões operacionais. Além disso, por ser reconhecido pela sua experiência de administração, esse profissional absorve a cada dia novas ações, responsabilizando-se por atividades que vão da assessoria técnica até a gerência de unidades, atuando na gestão do sistema, assumindo cargos de coordenação, conduzindo a formação de redes de parceiros e a luta por investimentos na saúde, em prol da organização e fortalecimento da atenção básica¹⁰.

Já no plano micro-político, esse profissional, foi o único entre todos os demais da área da saúde, que esteve presente de forma significativa nas ações administrativas, assistenciais e educativas, desde a implantação até a expansão dos programas e estratégias envolvidas com a evolução do SUS¹.

Em relação a isso, especificamente na ESF, o enfermeiro tem ficado a frente de todo o trabalho de estruturação da proposta, preparando as pessoas da comunidade para receber a estratégia, elaborando a

territorialização, sustentando a integração e a articulação entre comunidade-serviço, identificando os principais problemas de saúde e sócio-culturais das famílias sob sua responsabilidade assistencial, desenvolvendo ações de educação em saúde, preparando agentes comunitários para o trabalho com as famílias.

Assim, estando geralmente vinculado à ação direta aos indivíduos, famílias e comunidades, o enfermeiro, inserido nos micro-espços do trabalho em saúde, vem se constituindo como um importante ator de mudança do modelo assistencial, conseguindo modificar o perfil do estabelecimento de saúde de muitos municípios, mediante a instauração de novas práticas e de uma dinâmica de trabalho inovadora, comprometida com o projeto de fortalecimento da ESF/SUS.

Entretanto, a explicitação do enfermeiro como profissional obrigatoriamente integrante da equipe de saúde da família, com diversas atribuições no espaço da unidade de saúde e da comunidade, mesmo com o reconhecimento e destaque que vem recebendo na adequação das suas práticas sociais às exigências e necessidades de organização do sistema de saúde, ainda prescinde de capacitação e formação para atingir a eficiência, a eficácia e a efetividade almejadas para a consecução da atenção integral e contribuição com a qualidade de vida da população.

A formação e a prática profissional do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família

A incorporação da Estratégia Saúde da Família à produção dos serviços no nível da atenção básica, torna imprescindível a manutenção das políticas de recursos humanos como foco de investimentos, voltadas prioritariamente às necessidades de formação dos profissionais que atuam nas equipes de saúde. Isto por que o trabalho na ESF exige que o profissional atuante na equipe de saúde disponha de competências desenvolvidas para assumir os papéis de educador, de prestador de cuidados, de consultor, devendo estar preparado para as constantes solicitações e transformações da prática cotidiana dos serviços.

Diante disso, a ESF não foge à lógica das necessidades de formação de pessoal de saúde do SUS, pelo contrá-

rio, vem reclamar mais uma necessidade de preparação das práticas profissionais para adequação às exigências da estrutura do setor saúde.

Na enfermagem, particularmente, as ações em defesa da formação de enfermeiros competentes, éticos e comprometidos com a qualidade da assistência foram alavancadas há muitos anos, a partir das reformas nas políticas de saúde e nos modelos assistenciais, de modo que movimentos de mudança em prol da reorganização da formação e da prática profissional envolvem a preparação de enfermeiros para a saúde coletiva, vislumbrando a consolidação da Estratégia Saúde da Família, o SUS e a garantia dos seus princípios fundamentais.

Nessa perspectiva, boa parte dos avanços e do reconhecimento alcançado pela categoria da enfermagem, rumo à mudança do modelo assistencial na direção do SUS, deve-se às modificações que a formação acadêmica e a qualificação em enfermagem vêm sofrendo ao longo dos anos, articulando centros formadores com a construção de estratégias pedagógicas, produção e disseminação dos conhecimentos atrelados à nova realidade sócio-sanitária do país, em busca da preparação de enfermeiros conhecedores dos problemas sociais e de saúde da população e capazes de intervir na reorganização do setor saúde. Medidas adotadas na reorganização da educação dos profissionais da enfermagem, que vêm conferindo, ao enfermeiro, certa qualificação (técnica, científica, política, ética e estética) para atuar na atenção primária, na lógica do funcionamento do SUS, num cenário em que a Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada no mercado de trabalho desse profissional na atualidade.

Diante desses pressupostos é fácil perceber as razões pelas quais os enfermeiros atuando na ESF, participam de todas as etapas do processo de produção dos serviços, assumindo atribuições que vão desde o planejamento até as atividades de assistência individual e coletiva específicos da enfermagem, passando pela execução, supervisão e avaliação da organização das ações¹¹.

Esse sucesso no acompanhamento e atuação efetiva em todas as etapas da produção do processo de trabalho nos serviços de saúde, fazem com que o enfermeiro ganhe cada vez mais espaço, autonomia e poder de decisão na equipe, deixando de ser um complemento e/ou

instrumento do trabalho médico e passando a se constituir numa parcela do trabalho coletivo em saúde, co-responsável pela produção dos serviços, com seus saberes e práticas subordinados às necessidades sociais e de saúde da população¹².

O trabalho em equipe na saúde da família, por sua vez, também vem permitindo o acúmulo de experiências e a valorização da categoria pelo estabelecimento de laços com as famílias e pela colaboração na construção de projetos comuns e compartilhados com os outros profissionais da equipe de saúde. Com essa postura de mediador/promotor da interação serviço-usuários-trabalhadores de saúde, o enfermeiro tem conquistado a confiança da comunidade e estabelecido uma melhor comunicação com os profissionais da equipe, ficando reconhecido por sua agilidade, capacidade de entender, escutar, encaminhar e facilitar o desenvolvimento das ações no âmbito dos serviços e no atendimento dentro e fora da unidade básica de saúde da família¹³.

Entretanto, para desempenhar tantas atividades com eficiência e responsabilidade, o enfermeiro, precisa ter clareza dos seus limites de atuação e de intervenção, agir por meio de uma prática humanizada e tecnicamente competente, desenvolvendo habilidades para construir e manter o vínculo/responsabilização e o acolhimento entre o serviço e os usuários. Situação que subjaz à necessidade de ampliação do seu campo de visão para qualificar a produção de saberes e o modo de agir em saúde, como forma de fugir dos valores do paradigma biologicista e buscar a promoção de ações voltadas para o cuidado, em atenção às complexas necessidades de saúde da população.

Para isso, as reformulações no processo de ensino-aprendizagem têm sido cada vez mais acentuadas e pertinentes, uma vez que as demandas da saúde da família e seus múltiplos aspectos direcionam a formação para um novo perfil desejado, que dê conta de todas as expectativas, conhecimentos necessários e competências técnico-políticas para os enfermeiros atuarem na ESF. Ou seja, uma falta de preparo profissional precisa ser sanada ainda no decorrer da graduação, através da suficiência de conteúdos e práticas exatamente sincronizados com a nova e dinâmica realidade do sistema de saúde brasileiro¹⁴.

Todo esse movimento de mudança no ensino de graduação, na educação permanente e nos cursos de

capacitação e desenvolvimento dos profissionais para o trabalho na saúde da família ainda permeia a formação do enfermeiro, não só pela necessidade de formação de pessoal de saúde para o SUS, mas também como forma de buscar alternativas para a melhoria da atuação dos profissionais inseridos no sistema, porque a maioria dos profissionais de enfermagem que compõem a equipe de saúde da família não possui qualificação e preparo necessário direcionado para o novo desenho profissional desejado¹.

Neste momento, é importante lembrar que tal falta de qualificação e preparo de muitos enfermeiros para responder adequadamente à complexidade de problemas encontrados na realidade de saúde no âmbito dos serviços, deve-se ainda à tradicional subordinação do seu pensar/fazer ao paradigma positivista, centrado no dualismo cartesiano, com predomínio racional e mecânico e à uma educação profissional de saberes fragmentados, crivada pela desumanização e impessoalidade, pelo tecnicismo e especialização de tarefas e, acima de tudo, pelo isolamento que elimina a comunicação do ensino com o serviço.

Essa perspectiva de mudança que se reflete no ensino e na formação dos recursos humanos em saúde, entre estes, o de enfermagem, está intimamente relacionada com a transição paradigmática que tem atravessado o campo da saúde e o da educação, as transformações em operação no mundo do trabalho e os diversos e complexos problemas sociais da atualidade¹⁵.

Neste sentido, os princípios do SUS e suas estratégias de implementação, diretamente ligadas à defesa da humanização na saúde, da valorização do cuidado, da participação social e do compromisso com a construção da cidadania, recaem como diretrizes orientadoras do sistema educacional nos vários níveis do processo de formação profissional para o suporte adequado à atuação habilidosa e competente do enfermeiro nos serviços de saúde. Por isso, justifica-se a busca por renovação e produção de um novo modelo pedagógico capaz de superar as dicotomias, que operam no contexto da produção do conhecimento e do trabalho do enfermeiro.

Desse modo, o enfermeiro, atuando na ESF, ocupa espaço relevante no SUS, assumindo, na saúde coletiva, o papel fundamental e preponderante da implementação de

propostas voltadas para a (re)organização dos serviços, além da construção de um progressivo campo de atuação, que vem favorecer, antes de tudo, a possibilidade de edificação de sua autônoma identidade profissional, por décadas subordinada à prática médica, assumindo uma posição e exercendo um papel distinto do que lhe era conferido quando inserido nas instituições estruturadas no modelo tradicional¹¹.

Esta premissa desemboca no reconhecimento das potencialidades e vulnerabilidades do enfermeiro, conferindo um saber e um poder que o capacita a interferir, com habilidades e competências, no processo de conformação do modelo assistencial, entendido como um sujeito pró-ativo na defesa do projeto sanitário que se deseja construir na saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão acerca do enfermeiro e sua articulação com as estratégias, programas e práticas de saúde, no sentido da intervenção sobre a realidade e da contribuição com a construção de novos modelos técnico-assistenciais em saúde apresenta um caráter histórico.

Ao longo de muitos anos, a inserção gradual e efetiva da enfermagem nos movimentos sociais, em defesa da vida, das necessidades de saúde da sociedade, e em busca de mudanças significativas no cenário médico-sanitário do país, permitiu a ocupação de espaços estratégicos na organização da assistência, a qualificação da sua prática no sistema de saúde e a definição da sua parcela de contribuição na viabilidade dos preceitos constitucionais.

No processo de construção e de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, o compartilhamento dos princípios e das diretrizes fundamentais com o SUS, além da estruturação e operacionalização da atenção à saúde em novas bases, favoreceu a formação de consensos que defendem a quebra do distanciamento entre a política nacional de educação e a de saúde, para a imediata formulação e adoção de políticas de capacitação, qualificação e formação de enfermeiros capazes de conhecer e intervir sobre as situações/problemas de ordem biopsicossociais, com compromisso e responsabilidade, não somente centradas na formação técnica e acadêmica, que se vinculam ao

período obrigatório em que estes profissionais inicialmente se ligam a uma instituição de ensino, mas também de modo permanente.

A ESF veio facilitar o acesso ao atendimento à saúde e contribuir com a melhoria da qualidade dos serviços públicos, mas também determinar e investir na construção de uma nova forma de saber-fazer em saúde, no sentido de imprimir mudanças e superar as marcas estigmatizantes das práticas pedagógicas tradicionais e do modelo médico-assistencial hegemônico na saúde.

Neste cenário, o enfermeiro encontrou um campo de trabalho promissor, crescendo significativamente em competência profissional, desempenhando funções com autonomia e obtendo reconhecimento social.

Entretanto, no que diz respeito à garantia da integralidade da atenção, da qualidade e da humanização do atendimento, ainda há um longo percurso a ser trilhado. Uma nova dinâmica pedagógica permanente nos cursos de formação e qualificação em enfermagem deverá ser assumida para contemplar as questões dessa reordenação da atenção à saúde. Ou seja, um novo e dinâmico perfil profissional, especialmente na enfermagem, deve ser construído para o trabalho em saúde, uma vez que o enfermeiro deverá atuar com competência, no mundo social e cultural em que vive, mediante a aplicação de habilidades teóricas e práticas, atitudes, valores éticos e do conhecimento geral e específico que cerca a sua participação na sociedade e o seu exercício profissional.

Esta mudança, no âmbito do processo ensino-aprendizagem, significa vencer a formação tradicional que fragmenta o saber-fazer, que limita a aprendizagem significativa, a construção de um modelo capaz de responder aos problemas/situações de saúde dos indivíduos, da família e da coletividade, priorizando a saúde.

Portanto, enfermeiro precisa ser e estar permanentemente preparado para o exercício da profissão com rigor técnico-científico e ético-político e este requisito, antes de tudo, implica na construção e a inserção de profissionais com perfil crítico, reflexivo, generalista e humanista no sistema de saúde, cuja viabilidade está condicionada a fatores de diversas ordens, dentre eles, a desprecarização das condições e relações de trabalho, a adoção de modelos inovadores de ensino e a atuação comprometida e respon-

sável dos enfermeiros na organização dos serviços de saúde na lógica do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Pereira CMO, Alves M. A participação do enfermeiro na implantação do programa de saúde da família em Belo Horizonte. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(3): 311-5.
2. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm* 1998; 3(2):109-12.
3. Griep R, Campiol RAW. Atuação do profissional enfermeiro nos serviços de saúde coletiva e sua contribuição na construção do modelo assistencial brasileiro. *RECENF – Rev Técnico-Científica Enferm* 2004; 2(8):102-9.
4. Araújo MBS. A equipe de saúde no PSF: mudando práticas? estudo de caso num município de Natal/RN. [dissertação]. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2004.
5. Simão E, Albuquerque GL, Erdmann AL. Atenção básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. *Rev RENE* 2007; 8(2): 50-9.
6. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev Latinoam Enferm* 2000; 8(6): 96-101.
7. Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. *Rev Eletrônica Enferm* [online] 2004 [acesso 2007 mar 8]; 6(1):9-15. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>
8. Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais uma conquista no PSF. *Rev Bras Enferm* 2000; 53(n. esp.): 25-30.
9. Aguiar DS. A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.
10. Sousa MF. A construção da atenção básica no Brasil: espaços estratégicos da enfermagem. *J Assoc Bras Enferm* 2006; 48(1/2): 9-13.

11. Araújo MFS. Prática profissional e construção da identidade do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. *Polít Trab* 2003; (19):115-27.
12. Marques D, Silva EM. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? *Rev Bras Enferm* 2004; 57(5):545-50.
13. Moretto EFS. Os enfermeiros e sua relação com os princípios do SUS. *Texto & Contexto Enferm* 2000; 9(2): 611-20.
14. Jacopetti SR, Neves VF. Atenção em saúde da família: proposta de implementação em cursos de graduação em enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm* [online] 2006 [acesso 2007 mar 10]; 7(7): 247-65. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_01.htm.
15. Gattás MLB, Furegato ARE. A interdisciplinaridade na educação. *Rev Rene* 2007; 8(1):85-91.

RECEBIDO: 07/11/2007

ACEITO: 22/04/2008

ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AO SUS: FRAGMENTOS HISTÓRICOS E DESAFIOS ATUAIS

ACCESSIBILITY OF DISABLED PEOPLE TO THE SUS: HISTORICAL FRAGMENTS AND CURRENT CHANGES

POSIBILIDAD DE ACCESO DE LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA AL SUS: FRAGMENTOS HISTÓRICOS Y RETOS ACTUALES

INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA¹
LORITA MARLENA FREITAG PAGLIUCA²

Estudo reflexivo que objetivou buscar, na literatura, o conceito de acessibilidade, seu histórico, suas relações com o Sistema Único de Saúde e com a formação dos profissionais de enfermagem e, também, citar os fatores que dificultam o acesso das pessoas com deficiência ao SUS. Coletaram-se dados em livros, artigos de periódicos científicos, relatórios, dissertações, teses e artigos extraídos de bancos de dados por meio dos seguintes descritores: Sistema Único de Saúde (BR), Acesso aos Serviços de Saúde, Estruturas de Acesso. Conclui-se que a acessibilidade física e de comunicação são referenciais da qualidade dos serviços oferecidos e sinalizam o grau de satisfação da clientela. Para disponibilizá-la, sugere-se o respeito à NBR 9050/94 que disciplina o acesso tanto ao ambiente físico e a edificações, quanto à informação e à comunicação, como estratégia para a real implantação do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Estruturas de Acesso; Saúde do Portador de Deficiência ou Incapacidade; Pessoas portadoras de deficiência.

This reflexive study aimed to search, in the literature available, the concept of accessibility, its history, its relationship with the Public Health System (SUS) and with the training of nursing professionals, and also to mention the factors that make disabled people's access to the SUS so difficult. Data were collected in books, scientific journal articles, reports, thesis, dissertations and articles extracted from databases through the following descriptors: Single Health System (BR), Access to Health Services and Access Structures. It is concluded that physical and communication accessibility indicates the quality of the services offered and the client degree of satisfaction. To make it available, the NBR 9050/94 should be respected, once it regulates access to the physical environment and buildings as well as to information and communication, as a strategy for the true implantation of the SUS.

KEYWORDS: Single Health System; Health services accessibility; Architectural accessibility; Disabled Health; Disabled persons.

Estudio reflexivo con el fin de buscar, en la literatura, el concepto de posibilidad de acceso, su histórico, sus relaciones con el Sistema Único de Salud y con la formación de los profesionales de enfermería y, también, citar los factores que dificultan el acceso de las personas con deficiencia al SUS. Los datos se recogieron de libros, artículos de periódicos científicos, informes, disertaciones, tesis y artículos extraídos de bancos de datos mediante los siguientes descriptores: Sistema Único de Salud (BR), Acceso a los Servicios de Salud, Estructuras de Acceso. Se concluye que el acceso físico y de comunicación son referencias sobre la calidad de los servicios ofrecidos y muestran el grado de satisfacción de la clientela. Para colocarla a disposición, se sugiere que se respete la NBR 9050/94 que disciplina el acceso tanto al ambiente físico y a edificaciones, como también a la información y a la comunicación, como estrategia para la efectiva implantación del SUS.

PALABRAS CLAVE: Sistema Único de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Estructuras de acceso; Salud del portador de deficiencia o discapacidad; Personas con discapacidad.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: isxf@oi.com.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisadora do CNPq. E-mail: pagliuca@ufc.br

INTRODUÇÃO

A política de atenção às pessoas com deficiência (PD) preconiza um conjunto de ações destinadas a atender às necessidades dessa população no referente à saúde, educação, trabalho, relacionamento afetivo e social. No Brasil, o movimento das pessoas com deficiência, amparado pela Coordenação Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), vem conseguindo desmistificar crenças e valores acerca do que é ser pessoa com deficiência, sobretudo ao obter a sanção, pelo Estado, de legislação específica que assegure a inclusão social dessas pessoas.

Em relação à acessibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS), apesar dos profissionais atuantes nos programas de saúde pretenderem assegurar o atendimento a todos os cidadãos, ainda há muito por fazer para que as pessoas com deficiência recebam assistência equitativa, igualitária e universal preconizada pelo SUS. Nesse sentido, as dificuldades de acesso se inserem, também, na interação paciente-profissional de saúde, pois, as deficiências sensitivas se encarregam de estabelecer barreiras atitudinais no contexto desta interação.

Ao tomar por base a importância da acessibilidade para a otimização da assistência às pessoas com deficiência traçaram-se, para esse estudo, os seguintes objetivos: buscar, na literatura, o conceito de acessibilidade, seu histórico, suas relações com o Sistema Único de Saúde e com a formação dos profissionais de enfermagem e também citar os fatores que dificultam o acesso das PD ao SUS.

METODOLOGIA

Revisão bibliográfica cujo *corpus* foi assim constituído: textos publicados no período de 1985 a 2006, que enfocam o movimento das pessoas com deficiência pelo direito de cidadania e a legislação que lhes assegura acesso aos bens e serviços; e publicações de enfermagem voltadas para a atenção em saúde às pessoas com deficiência. A busca foi realizada em livros, artigos de periódicos científicos, relatórios, dissertações, teses e artigos extraídos do <http://www.cadê.com.br> e dos bancos de dados da MEDLINE e LILACS. Utilizaram-se os seguintes descritores: Sistema

Único de Saúde (BR), Acesso aos Serviços de Saúde, Estruturas de Acesso.

Foram acessados 37 textos. Destes, selecionaram-se, para análise, 25 textos que contivessem dados históricos, sociais e legais relacionados ao acesso à saúde, independente da origem ou da profissão dos autores, pois interessava identificar se as pessoas com deficiência, os gestores e os profissionais de saúde estavam atentos à necessidade de assegurar acessibilidade a esses usuários do SUS.

Para isto, selecionaram-se textos de ONGs de pessoas com deficiência^{7,8,11,14,17}, de consultores em reabilitação^{3,25}, de enfermeiros^{5,6,19,20,21,22,23,24,26} e de órgãos governamentais^{4,10}. Recortou-se a legislação específica tanto sobre acessibilidade às pessoas com deficiência aos serviços de saúde^{2,9, 12, 13, 15, 16} como para formação dos profissionais de saúde¹⁸.

Quando da análise dos dados, adotou-se a técnica de análise de conteúdo¹, na sua versão temática, observando-se os seguintes procedimentos: a) leitura exaustiva do *corpus* para ordenar e sumarizar as informações nele contidas, visando à determinação das unidades de registro, dos recortes e da modalidade de categorização; b) recorte, nos textos, das unidades de registro selecionadas; c) padronização das unidades de registro e d) distribuição desses padrões em núcleos temáticos.

Os resultados foram analisados e discutidos conforme o método indutivo, num processo de comparação entre o esperado – ditado pela legislação referente aos direitos das pessoas com deficiência e o encontrado – as informações teóricas dos vários campos do saber inseridas na literatura selecionada acerca dos aspectos sócio-históricos do movimento pela acessibilidade das pessoas com deficiência.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O conceito acessibilidade

No Brasil, acessibilidade é um conceito estreitamente ligado aos direitos das pessoas com deficiência. Estes indivíduos recebem esta denominação em virtude de apresentarem uma anomalia, uma perda das funções ou estruturas do corpo, incluindo as psicológicas, do que lhes resulta o enfrentamento de dificuldades específicas e susceptíveis de

lhes limitar a atividade ou restringir a participação na vida social, econômica e cultural².

Como a deficiência acarreta restrição da independência, as pessoas com deficiência desenvolvem um movimento com vistas a assegurar acessibilidade aos bens e serviços ofertados à sociedade plural como forma de garantir sua autonomia e cidadania.

De acordo com a literatura, a *Disabled Peoples International*, uma ONG internacional criada por pessoas com deficiência, foi a primeira instituição a se preocupar com a necessidade dos seus iguais se tornarem pessoas autônomas, independentes e capazes de resolver os próprios problemas. Em 1981 esta ONG elaborou a Declaração de Princípios que define “equiparação de oportunidades” como um processo em que todos os seres humanos têm igual oportunidade de participar de todas as atividades da vida em comum e usufruir bens e serviços³.

Esta declaração embasou o Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas com Deficiência elaborado pela ONU em 3 de dezembro de 1982, e as Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, também elaboradas pela ONU, em 20 de dezembro de 1993. Neste último documento, “equiparação de oportunidades” significa “o processo através do qual os diversos sistemas da sociedade e do ambiente, tais como serviços, atividades, informações e documentação, são tornados disponíveis para todos, particularmente para pessoas com deficiência”^{3:40}.

No Brasil, conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), é acessível o espaço, a edificação, o mobiliário ou elemento que possa ser alcançado, visitado e utilizado por qualquer pessoa, inclusive aquelas portadoras de uma deficiência qualquer⁴. Esse entendimento motivou a ABNT a formalizar a NBR 9050/94 – Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço mobiliário e equipamentos urbanos. Essa norma utiliza o conceito “acessível” tanto para a acessibilidade física como para a comunicação e sinalização e define acessibilidade como a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano. Também fixa os padrões e critérios que propiciam às pessoas com deficiência as condições adequadas e seguras para a concretização dessa possibilidade⁴.

Aspectos sócio-históricos do movimento pela acessibilidade no Brasil

Segundo entendem as pessoas envolvidas no processo de inclusão social das pessoas com deficiência, a concretização dessa meta é imprescindível para a sociedade se modificar e compreender que ela precisa ser capaz de atender às necessidades dos seus membros⁵. Ainda como afirmam, o planejamento e a urbanização das vias públicas, parques e demais espaços públicos necessitam ser concebidos e executados de forma a torná-los acessíveis às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. O tecido urbano carece de sinais de tráfego, semáforos, postes de iluminação que atendam pessoas com dificuldade de locomoção, bem como sinais sonoros e sinalizadores de piso para deficientes visuais ou outros elementos de sinalização instalados ao longo dos diversos itinerários. Os espaços de acesso para pedestres deverão ser dispostos de forma a não dificultar ou impedir a circulação no trajeto casa-instituição de saúde. Outrossim, nos relatos da literatura consta a dificuldade de acesso aos serviços em decorrência dos entraves da comunicação cliente-profissional de saúde⁶.

Como observado, as primeiras manifestações internacionais oficiais em favor do reconhecimento das pessoas com deficiência como cidadãos com os mesmos direitos fundamentais dos seus concidadãos remetem a 9 de setembro de 1975 quando a Organização das Nações Unidas (ONU) proclamou a Declaração de Direitos das Pessoas Deficientes⁷.

Em 3 de dezembro de 1982 a ONU elaborou o Programa de Ação Mundial para as Pessoas Portadoras de Deficiência. Este, em seu parágrafo 12, proclama: “A igualdade de oportunidade é o processo mediante o qual o sistema geral da sociedade – o meio físico e cultural, a habitação, o transporte, os serviços sociais e de saúde, as oportunidades de educação e de trabalho, a vida cultural e social, inclusive as esportivas e de lazer – torna-se acessível a todos”^{8:1}.

A exemplo de outros países, o Brasil assinou referidos documentos e os adotou como instrumentos norteadores da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, instituída com o Decreto nº 914 de 6 de setembro de 1993⁹.

Foi nesse mesmo ano que o Estado implementou um programa de reabilitação baseada na atuação da comunidade. O programa preconizava a reabilitação das pessoas com deficiência no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o apoio de profissionais da saúde e de familiares. Seu objetivo se respaldava no movimento pela integração social desses indivíduos que buscava inserir na sociedade pessoas com deficiência que alcançaram um nível de competência compatível com os padrões sociais vigentes³⁻¹⁰.

Amplamente divulgado, o discurso da integração social contribuiu para amenizar a resistência social contra a inserção das pessoas com deficiência nos sistemas sociais tais como a educação, o trabalho, a família e o lazer. Ao mesmo tempo, contribuiu para disseminar os princípios básicos para a construção de uma sociedade inclusivista: aceitação da diversidade humana, convivência com a diversidade, valorização de cada indivíduo e aprendizagem por meio da cooperação³.

Segundo se observa a preocupação com a transformação das cidades em ambientes inclusivistas é um assunto emergente. As primeiras ações nesse sentido surgiram na década de 90 do século passado e se caracterizaram pela inserção de alguns ônibus adaptados no sistema de transporte coletivo de algumas cidades. Ao longo dessa década o movimento das pessoas com deficiência reforçou a luta pela inclusão social ao exigir da sociedade o direito à saúde, à educação, ao trabalho, ao lazer, ao esporte, à cultura e à comunicação. Contudo, este movimento precisou ser atrelado à busca de legislação que assegurasse a acessibilidade física relacionada às barreiras arquitetônicas, aos meios de transporte e às diversas formas de transmissão de informações³.

Para atender a essa demanda o Estado brasileiro criou, em 1994, a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, a quem compete a tutela jurisdicional de interesses coletivos e difusos dessas pessoas¹¹. Entre as muitas conquistas da CORDE destacam-se a sanção da Lei nº 7.853/89 que dispõe sobre o apoio e a integração social relativos às pessoas portadoras de deficiência, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências¹².

Ao sancionar a Lei nº 7.853/89 o Estado considerou as determinações da ABNT em relação à acessibilidade e

transferiu para os estados e municípios a responsabilidade pela adoção de normas que eliminem as barreiras de acesso dos portadores de deficiência a edificações, espaços urbanos e meios de transportes.

Cabe, pois, ao município promover o adequado ordenamento territorial dispondo de diversos instrumentos legais e normas da ABNT e dos Ministérios da Saúde e do Trabalho^(*).

Entre as conquistas da CORDE também é destaque a sanção do Decreto nº 3.298/99, que regulamenta a Lei nº 7.853/89 e dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência assegurando o acesso no campo da saúde, habilitação e reabilitação profissional, educação, trabalho, cultura, esporte, turismo e lazer¹³. Graças à atuação da CORDE, o movimento em prol da acessibilidade conseguiu, junto aos poderes constituídos, a aprovação da Lei nº 4.767/98, que dispõe sobre as normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida¹⁴.

Desde 1998 governos municipais brasileiros, no total de 48, já desenvolvem o Programa Acessibilidade – Projeto para Todos, financiado pela CORDE, destinado a combater as barreiras arquitetônicas e ambientais que entram o direito de ir e vir das pessoas com deficiência mediante eliminação das barreiras existentes no espaço da cidade e nas edificações e promoção de equiparação de oportunidades daqueles que se encontram em situação de desvantagem. Este movimento foi reforçado com a sanção da Lei nº 10.098/2000¹⁵, que determina a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida¹⁶.

Outro marco importante do movimento pela acessibilidade foi a sanção da Lei nº 10.436/02, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), reconhece essa língua como meio legal de comunicação e expressão da pessoa surda, estabelece o seu uso nos sistemas educacionais federal, estaduais e municipais e recomenda o seu uso e disseminação nas instituições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde¹⁷. Ao perseguir o alcance de uma sociedade inclusiva, recente-

* Pagliuca LMF, et al. Acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência física e/ou sensorial aos serviços de saúde: estudo das condições físicas e de comunicação. Fortaleza; 2004 (Relatório de Pesquisa).

mente, a CORDE conseguiu a sanção do Decreto-lei nº 5.296/04 que regulamenta essas duas leis e, assim, reforça a obrigatoriedade de cumprimento dessa legislação².

Gradativamente, as iniciativas do governo e das organizações civis indicam mobilização crescente pela melhoria da qualidade de vida das PD. Entre as conquistas mais recentes há relato na literatura segundo o qual a Cúpula dos Chefes de Estados dos Países Ibero-Americanos definiu 2004 como o Ano Ibero-Americano da Pessoa com Deficiência, além de estabelecer uma série de eventos e iniciativas voltadas a melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência¹⁶.

A mobilização proposta por esta Cúpula visa alcançar consenso em torno do conceito de acessibilidade e promover o acesso a residências, ruas, meios de transporte, mobiliário urbano, escolas, empresas e à Internet¹⁶.

O Brasil já está mobilizado para alcançar os objetivos traçados pela Cúpula. Nesse sentido, criou o Programa Nacional de Acessibilidade no Plano Plurianual 2004/2007. Este programa tem por metas: capacitação e especialização de técnicos e agentes sociais em acessibilidade, promoção de campanhas educativas e fiscalização das leis¹⁶. Outra iniciativa brasileira foi o lançamento, pelo Ministério das Cidades, do Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana – Brasil Acessível, cujo objetivo é disponibilizar ferramentas para que os estados e municípios implementem políticas de acessibilidade. O projeto se propõe a desenvolver ações para a garantia da acessibilidade nos sistemas de transporte e circulação de vias públicas para as pessoas com restrição de mobilidade – idosos, crianças, gestantes, obesos, bem como das pessoas com deficiência¹⁶.

Além das iniciativas da alçada governamental, as pessoas com deficiência contam com o apoio de ONGs, a exemplo da ONG Acessibilidade Brasil, que promove acessibilidade digital ao desenvolver ações que garantam o direito dessas pessoas ao acesso às novas tecnologias de informação e comunicação. A prática dessa ONG consiste em estimular a adaptação dos telecentros para atender às necessidades das pessoas com deficiências auditiva, visual, física e mental, utilizando equipamentos e softwares especializados e, também, treinamento de profissionais para trabalhar em outros telecentros¹⁸.

Por fim, desde 1994, quando foi criada a CORDE, as pessoas com deficiência contam com políticas públicas voltadas para a resolução dos seus problemas. Como parte dessas políticas, menciona-se a promulgação do documento intitulado “Os Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência”, por meio do qual a estrutura federal ganhou um instrumento que sinaliza para as áreas afins às necessidades das PD, agora vistas como cidadãs de direito. Atualmente estas pessoas dispõem da “Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência” e de uma “Política Nacional de Educação Especial”. Ao mesmo tempo, a CORDE está coordenando a elaboração da “Política Nacional de Reabilitação” e da “Política Nacional de Prevenção das Deficiências”⁴.

ACESSIBILIDADE E SUAS RELAÇÕES COM A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Entre as responsabilidades de uma instituição formadora de profissionais de saúde destaca-se a necessidade de desenvolver competências para estabelecer a mediação entre a realidade e o sujeito em formação para que este seja capaz de entender essa realidade, os modos de atuar sobre ela e intervir como agente de transformação das práticas sociais e de si mesmo.

No concernente à formação dos profissionais brasileiros, o paradigma contemporâneo da educação se fundamenta na Lei nº 9.394/96 que dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)¹⁹. Estas diretrizes expressam o compromisso por mudanças na formação dos profissionais de saúde com uma compreensão ampla do que significa currículo. Conforme as DCNs deixam claro, o currículo precisa expressar o posicionamento da universidade diante do seu papel social, dos conceitos de saúde e educação. Igualmente, a formação precisa estar direcionada e comprometida com a concretização dos princípios da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde. As DCNs também enfatizam a prática da interdisciplinaridade, a aquisição de competências e habilidades, de autonomia institucional e flexibilidade, bem como a indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão²⁰.

Quanto ao projeto de sustentabilidade para a implantação das DCNs nos cursos de graduação em enferma-

gem, o mesmo está sendo desenvolvido pela ABEn em parceria com o Ministério da Saúde e as Instituições de Ensino Superior, sendo que os Cursos de Enfermagem constituem os Fóruns Estaduais de Escolas. No relacionado à aquisição de competências, o educando precisa desenvolver competências técnicas, de cuidados, organizacionais, comunicativas, sociopolíticas, relativas a subjetividades que o tornem capaz de “enfrentar situações profissionais concretas mobilizando recursos construídos formal e informalmente, implicando o desenvolvimento autônomo, assunção de responsabilidades, postura crítica e, sobretudo, comportamento ético”^{21:344}.

Diante da situação, o processo de construção das mudanças propostas pelas DCNs deve enfrentar desafios como “a ampliação da clínica, a articulação entre individual e coletivo, a construção da integralidade da atenção, do trabalho em equipes matriciais”. Esses desafios serão enfrentados tanto no processo de transformação da fase de formação como no processo de transformação das práticas de saúde²⁰.

Como é notório, o Estado brasileiro vem se preocupando com a qualidade da atenção à saúde de modo que já pôs em prática estratégias de formação dos trabalhadores de saúde direcionadas para o SUS. Por isso, já se percebe no campo da educação superior o posicionamento de diversos pensadores, os quais oferecem sugestões para a suplantação do modelo flexneriano aplicado à saúde. Entre outros construtos educacionais inovadores destacam-se o modelo geral transdisciplinar²² que recomenda a inclusão no currículo dos profissionais de saúde dos seguintes aspectos: orientação para o mercado de trabalho, inclusão de conteúdos relacionados com o avanço tecnológico, abertura a novos paradigmas epistemológicos (interacionista, sociocultural, construtivista etc.), preocupação com os aspectos éticos, culturais e humanísticos (aspecto sociocultural), rejeição do determinismo e incentivo à criatividade e às ações transformadoras da realidade.

No campo da enfermagem a literatura apresenta artigos que analisam os currículos de graduação em enfermagem de algumas universidades. Tais artigos ressaltam a ausência de conteúdos voltados para a assistência terciária que sugiram tecnologias facilitadoras da aproximação entre surdos e ouvintes e investigações que apontem as difi-

culdades de acessibilidade aos serviços de saúde²³. Outros artigos referem a necessidade da academia estimular publicações que considerem a diversidade dos problemas de saúde de cada cliente e, no caso dos portadores de deficiência, que se faça a diferenciação da assistência com base na especificidade da deficiência²⁴.

Também há publicações segundo as quais o processo de comunicação interpessoal é uma ferramenta imprescindível ao desenvolvimento da personalidade humana, na emergência da vida grupal e no surgimento e elaboração da cultura²⁵. De acordo com a compreensão dos pesquisadores envolvidos com as questões pertinentes às pessoas com deficiência, estas pessoas, ao buscarem o atendimento de necessidades, quer seja no campo da habilitação ou da reabilitação, têm de enfrentar as dificuldades de acessibilidade física e de comunicação²⁶.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O movimento das pessoas com deficiência pelo direito de autonomia e cidadania possui suporte universal, apoiando-se em estratégias articuladas, conjuntamente, pelas associações de portadores, ONGs e órgãos governamentais de todas as esferas do poder público.

No Brasil, a CORDE tem a função de planejar e coordenar a política de reabilitação e inclusão social das pessoas com deficiência. Para alcançar seus objetivos, esta instituição vem conseguindo, junto aos poderes constituídos, a sanção de legislação específica, e atuando, junto à sociedade, com vistas a desmistificar as crenças e valores acerca das pessoas com deficiência e estimular a aceitação desses indivíduos como cidadãos de fato e de direito.

No concernente ao direito à saúde, o Sistema Único de Saúde brasileiro objetiva a otimização do processo assistencial de modo a assegurar totalidade, equidade e universalidade dos bens e serviços, princípios garantidos na constituição federal e na Lei Orgânica do SUS. Contudo, no que tange à acessibilidade física e à comunicação efetiva, quando da relação profissional-pessoas com deficiência, ainda existem pontos críticos dependentes de resolutividade.

Ao dimensionar o impacto causado pela implantação do SUS no contexto da demanda em saúde, é possível compreender que, apesar dos esforços empreendidos pelos

setores competentes e, ressalvadas as exceções, urge uma mudança de mentalidade naquelas pessoas responsáveis pela otimização dos produtos e serviços de saúde oferecidos à população e, em especial, às pessoas com deficiência.

A literatura estudada pontua as barreiras arquitetônicas e atitudinais no contexto da assistência e reporta-se às barreiras de comunicação na interação dos profissionais de saúde com pessoas com deficiência auditiva ou visual. Conforme mostram as publicações que enfocam este fenômeno, profissionais de enfermagem já adotam uma abordagem reflexiva sobre a sua prática e exercitam uma nova articulação entre a teoria e a prática. Para estes profissionais, as necessidades dos clientes são os elementos prioritários e determinantes dos cuidados²⁷⁻²⁹.

O discurso dos autores estudados sinaliza um repensar dos rumos da sua prática social ante as inovações requeridas pelo movimento da sociedade e expressa um posicionamento consoante com o movimento histórico vivido pela enfermagem no contexto das relações sociopolíticas e econômicas na qual ela se insere. Transparece, em seus discursos, a busca de um maior compromisso social, por meio de um posicionamento político em face das questões sociais e uma atuação comprometida com a implantação e/ou aprimoramento de uma proposta de saúde mais justa, mais igualitária e de melhor qualidade, em consonância com os direitos dos usuários do SUS e com as propostas desse sistema de saúde.

Quanto à relação entre a evolução da enfermagem e o movimento das pessoas com deficiência, detectou-se na literatura um conjunto de evidências, tais como: a vontade profissional de articular estratégias institucionais comprometidas com as questões sociais pertinentes a esses sujeitos e a busca de competência técnica e de alternativas que posicionem os enfermeiros como profissionais que atuam na sociedade, com ela e para ela^{5-7, 18, 23, 24, 27}.

Ademais, o discurso desses autores se coaduna com determinados postulados, quais sejam: os do Decreto nº 3.298/1999 – que, entre outros aspectos, trata do processo de inclusão das pessoas com deficiência no contexto da saúde, da habilitação e reabilitação profissional; os da Lei nº 10.098/2000 – que determina a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante eliminação das barreiras arquitetônicas;

e os da Lei nº 10.436/2002, que recomenda ao poder público e às empresas concessionárias de serviços públicos apoiar o uso e a difusão da LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais). Ainda segundo esta lei estabelece, que as empresas concessionárias de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir atendimento e tratamento ao surdo de acordo com as normas vigentes.

No referente à literatura consultada para a pesquisa ora desenvolvida, registre-se uma observação: não se detecta legislação no campo da saúde sobre a utilização do Braille para otimizar a comunicação deficiente visual-profissional de saúde. Contudo, na literatura de enfermagem já constam algumas publicações que enfocam esse tipo de interação sugerindo estratégias de otimização desse processo.

No caso do portador de deficiência visual ou auditiva, segundo a literatura deixa transparecer, o desafio maior é viver em um mundo que não foi feito para eles nem por eles. Essa situação diz respeito à dificuldade de acesso desses sujeitos aos serviços de saúde em decorrência do despreparo da maioria dos profissionais, no concernente às necessidades de comunicação dessa clientela. Em relação aos portadores de deficiência física, em muitos casos, ainda enfrentam as barreiras arquitetônicas, pois a maioria das instituições de saúde não oferece condições de acessibilidade a todos os clientes.

Por fim, ao analisar as publicações centradas na questão acessibilidade, conforme se percebe, a grande maioria dos textos consultados está direcionada apenas para os portadores de deficiências físicas, em detrimento dos deficientes visuais e auditivos. Para suprir tais dificuldades, algumas recomendações devem ser consideradas. Entre estas: as instituições hospitalares e as Unidades Básicas de Saúde precisam adequar suas instalações como preconizado pela NBR 9050; a academia e gestores das instituições hospitalares e das UBS devem oferecer as condições para que os profissionais adquiram habilidades na comunicação com as pessoas com deficiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se discutir a demanda das pessoas com deficiência pelos serviços de saúde, entende-se acessibilidade como a possibilidade de acesso ao meio edificado público e privado,

às instituições de saúde, aos transportes e às tecnologias da informação e da comunicação para, só assim, esses sujeitos satisfazerem suas necessidades em saúde.

Tanto a acessibilidade física como a de comunicação são o termômetro da qualidade dos serviços oferecidos, pois promovem o relacionamento dos clientes com as pessoas que executam-gerenciam o processo assistencial e mantêm o cliente a par do desenrolar das atividades planejadas para o seu pronto atendimento. Além disso, detecta, com maior precisão, a forma como os serviços são percebidos pelos clientes, o grau de satisfação dos clientes internos e externos e outros conjuntos de indicadores prioritários e vinculados a atividades não satisfatórias às expectativas do cliente.

Segundo se pode inferir, os percalços da acessibilidade remetem à urgência do sistema de saúde fazer respeitar a NBR 9050/94 para assegurar o acesso ao ambiente físico e a edificações e implantar em seus serviços instrumentos equipados com o braille para garantir acessibilidade das pessoas com deficiência visuais e formar – contratar intérpretes de LIBRAS para facilitar a comunicação das pessoas com deficiência auditivas com os profissionais de saúde.

É indispensável cumprir a NBR 9050/94. O respeito ao direito de acessibilidade não só agrega qualidade ao projeto arquitetônico como contribui para a real implantação do SUS e atesta a consciência social sobre a diversidade humana. Ademais, a promoção da acessibilidade no contexto das práticas de saúde funcionará como um fator multiplicador dessa consciência, o que ampliará as possibilidades de construção de sociedades inclusivas.

REFERÊNCIAS

1. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
2. Brasil. Decreto-Lei nº 5.296, de 02 de dezembro 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade. [online] [acesso 2005 jan 13]. Disponível em: <http://www.acesosbrasil.org.br/index.php?itemid=43>.
3. Sasaki RK. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 4ª ed. Rio de Janeiro: WVA; 2002.
4. Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 9050. Acessibilidade a edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbanos. In: Coordenadoria Nacional Para Integração da Pessoa Portadora de deficiência-CORDE. [online] [acesso 2005 jan 13]. Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/normas_abnt.asp.
5. França ISX. Formas de sociabilidade e instauração da alteridade: vivência das pessoas com necessidades especiais. [tese]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2004. 226f.
6. França ISX, Pagliuca LMF. Ditos e não ditos sobre a integração social das pessoas com deficiência. Rev RENE 2002 jan/jun; 3(1):57-66.
7. Nascimento RB. Os direitos humanos dos portadores de deficiência. [online] [Acesso 2004 nov 20]. Disponível em: <http://www.deficiente.com/html/deficie>.
8. Ferraz E. A pátria de cadeiras. In: Núcleo de informações da PPD. [online] [Acesso 20 nov 2004]. Disponível em: http://www.nppd.ms.gov.br/artigo.asp?art_id=2.
9. Brasil. Decreto nº 914, de 6 de setembro de 1993. Institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e dá outras providências. [online] [acesso 2000 jan 06]. Disponível em: http://www.deficiente.com/html/deficiente/leis_federal/decreto%20914.htm.
10. Ministério da Saúde(BR). Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde; 1993.
11. Maria M. Incluindo as pessoas portadoras de deficiência. [online]. [Acesso 2004 nov 18]. Disponível em: http://www.nppd.ms.gov.br/artigo.asp?art_id=4.
12. Brasil. Lei nº 7.853, de 24 de 10 de 89. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência-CORDE. Institui a Tutela Jurisdicional de Interesses Coletivos e Difusos dessas Pessoas, Disciplina a Atuação do Minis-

- tério Público, define crimes, e dá outras providências. [online] [Acesso 2005 jan 13]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/>.
13. Brasil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. [online] [Acesso 2005 jan 13]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/>.
 14. Brasil. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 4.767/98. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência. [online] [Acesso 2000 jan 4]. Disponível em: <http://www.aibr.com/det/sadet/acesso.htm>.
 15. Brasil. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Dispõe sobre as normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. [online] [Acesso 2000 jan 4]. Disponível em: <http://www.aibr.com/det/sadet/acesso.htm>.
 16. Ministério das Cidades (BR). Discute políticas para deficientes. In: Núcleo de informações da Pessoa Portadora de Deficiência. [online] [Acesso 2005 jan 12]. Disponível em: http://www.nppd.ms.gov.br/noticia.asp?not_id=50.
 17. Brasil. **Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.** Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais-LIBRAS e dá outras providências. [online] [acesso 2005 jan 13]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/2002/L10436.htm>.
 18. Lira GA. Ações no Brasil. [online] [acesso 2005 jan 13]. Disponível em: http://www.nppd.ms.gov.br/noticia.asp?not_id=50.
 19. Ministério da Educação (BR). Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei Darcy Ribeiro. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. [online]. [acesso 2005 jan 13]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1996/9394.htm>.
 20. Feuerwerker L, Almeida M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! *Rev Bras Enferm* 2003 jun/jul; 56(4):351-2.
 21. Faustino RLH, Moraes MJB, Oliveira MAC, Egry EY. Caminhos da formação do enfermeiro: continuidade ou ruptura? *Rev Bras Enferm* 2003 jun/jul; 56(4):343-7.
 22. Oliveira EV. Comte, Flexner e a formação dos profissionais de saúde. In: Barreto JAE, Moreira RVO, organizadores. *A vigilância de Argos: filosofia, ações de enfermagem e cuidado humano*. Fortaleza: Casa José de Alencar; 2002. p. 87-116.
 23. França ISX, Pagliuca, LMF, Sousa RA. Discurso político acadêmico e integração das pessoas com deficiência: das aparências aos sentidos. *Rev Esc Enferm USP* 2003 dez; 37(4):24-33.
 24. Sousa RA, Pagliuca LMF. Alfabetismo visual como elo da comunicação entre surdos e ouvintes: análise crítica. In: *Anais do 7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*; 2000; Ribeirão Preto (SP), Brasil, São Paulo (SP): SIBRACEn; 2000. p.29-31.
 25. Nery M. *Retratos da deficiência no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): FGV/IBRE/CPS; 2003.
 26. Silva MJP. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Editora Gente; 1996.
 27. França ISX. *Re-socialização da pessoa com deficiência adquirida: o processo, os personagens e as máscaras*. João Pessoa: Idéia; 2000.
 28. Vasconcelos LR, Pagliuca LMF. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2006 dez; 10(3): 494-500.
 29. Macêdo KNE. *Acessibilidade dos portadores de deficiência visual aos serviços básicos de saúde*. [monografia]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2003. 39f.

RECEBIDO: 12/07/2007

ACEITO: 24/09/2007

UMA OLHADA QUALITATIVA SOBRE O CUIDADO INTEGRAL EM INFECÇÕES HOSPITALARES

QUALITATIVE GLANCE ON TOTAL CARE IN HOSPITAL INFECTIONS

UNA MIRADA CUALITATIVA DEL CUIDADO INTEGRAL EN INFECCIONES HOSPITALARIAS

NORA MARGARITA JACQUIER¹

LUISA DOS SANTOS²

JORGE HUGO CENTENO³

Este artigo pretende socializar reflexões desde a perspectiva sociológica de uma pesquisa-ação realizada no Hospital Pediátrico de Posadas, Argentina. Abordou-se o fenômeno das infecções hospitalares com estudos biomédicos e sociológicos. Esta interdisciplinaridade forneceu compreensão ao comportamento dos sujeitos sociais em relação ao tema. O cuidado é multidimensional e impacta na qualidade da atenção e saúde populacional. As infecções hospitalares representam grave problema de saúde pública, geram-se principalmente, por erros do sistema sanitário. Considerou-se ao hospital como uma “instituição total” com uma ordem social própria. As formas de atuar sustentam-se em supostos conceituais, crenças e percepções e incidem na forma de construir a realidade da esfera do cuidado cotidiano familiar e da equipe de saúde. Este cruzamento disciplinar favorece o avanço da compreensão dos fenômenos sociais em relação à complexidade que o cuidado da saúde significa.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção hospitalar; Pesquisa qualitativa; Equipe de assistência ao paciente.

This article attempts to socialize thinking from the sociological point of view of an action research activity carried out in a Children's Hospital in Posadas, Argentina. This phenomenon of Hospital Infections (HIs) was addressed through biomedical and sociological studies. This interdisciplinary approach provided understanding of social individual behavior as far as this issue is concerned. Care is multidimensional and has impacts on attention quality and population health. HIs are considered a serious public health issue; in general, they are brought about mainly due to health system mistakes. The hospital has been considered as a 'total institution', with a social order of its own. Ways of behavior are supported by conceptual assumption, beliefs and perceptions and also affect the way of constructing reality at everyday family care and health team levels. This disciplinary crossing favors the advance in the understanding of the social phenomena in relation to the complexity implied by health care.

KEYWORDS: Cross infection; Qualitative research; Patient care team.

Este artículo pretende socializar las observaciones de índole sociológica de una investigación- acción realizada en el Hospital Pediátrico de Posadas, Argentina. Se trató el fenómeno de las IH con estudios biomédicos y sociológicos. Esta actividad interdisciplinar ayudó a comprender el comportamiento de los sujetos sociales en relación al tema. El cuidado es multidimensional e impacta en la calidad de la atención y salud de la población. Las IH son un grave problema de salud pública, generados principalmente, por errores del sistema sanitario. Se consideró al hospital como una “institución total”, con un orden social propio. Las formas de actuar se apoyan en supuestos conceptuales, creencias y percepciones, e incide en la forma de construir la realidad de la esfera del cuidado cotidiano familiar y del equipo de salud. Este cruce disciplinar favorece el avance de la comprensión de los fenómenos sociales en relación a la complejidad que el cuidado de la salud implica.

PALABRAS CLAVE: Infección hospitalaria; Pesquisa qualitativa; Grupo de atención al paciente.

¹ Licenciada en Enfermería – Magíster en Salud Pública – Docente –investigadora de la Universidad Nacional de Misiones- UNaM- Argentina- noramjm@yahoo.com.ar

² Licenciada en Enfermería – Magíster en Salud Pública – Docente –investigadora de la UNaM- Argentina- luisa_dossantos@hotmail.com

³ Dr. en Medicina- Diplomado en Salud Pública- Docente –investigador de la Universidad Nacional de Misiones- UNaM- Argentina.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día las Infecciones Hospitalarias (IH) se presentan como una oportunidad para mejorar la calidad del cuidado, ya que se han constituido en un indicador de la calidad asistencial existente. El cuidado presenta dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y ambientales que pueden y deben ser estudiadas¹.

Esta mirada holística potencia el desempeño de los sistemas de salud y las competencias sanitarias de las personas. Este fue el motor para una investigación denominada: "Análisis del Cuidado Integral en Prevención de Infecciones Hospitalarias (IH)", con la participación de un equipo interdisciplinario de salud, como programa incentivado por el Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la Universidad Nacional de Misiones –CIDET– en el periodo 2004/05. Se llevó a cabo en un hospital regional de referencia de la provincia de Misiones, Argentina. Misiones tiene una población de aproximadamente 1.000.000 de habitantes, comparte más del 90% sus fronteras con los países vecinos, Paraguay y Brasil. Recibe tanto pacientes de los países hermanos, como influencias culturales de los mismos. El Hospital Pediátrico de la ciudad de Posadas, capital de la provincia de Misiones, es el centro de mayor complejidad para la atención de los sectores públicos y privados de la atención médica.

La IH puede definirse como aquella que se contrae dentro de una institución de salud o durante la hospitalización. Se establece de forma arbitraria cuando aparece después de un periodo de 72 horas, que se ha obtenido como consecuencia de la hospitalización. Esta iatrogenia, también, puede afectar tanto al equipo de salud como a las visitas². Este problema puede considerarse como una de las complicaciones más graves a que se enfrentan los centros asistenciales y debe asumirse como una cuestión que afecta a todas las personas que circulan por este espacio de salud. Es un riesgo para el paciente hospitalizado, particularmente cuando de niños se trata y una probabilidad futura para el individuo sano.

Las IH son un grave problema de salud pública que debe y puede ser minimizado ya que se genera, principalmente, por errores que se producen al interior del mismo

sistema de salud. Estos deslices en el incumplimiento de normas elementales incrementan el sufrimiento y generan un alto costo psicológico, social y económico para el niño, la familia y la comunidad del hospital Pediátrico Provincial de Autogestión de Posadas.

Este trabajo pretende socializar algunas reflexiones que se planteó el equipo a partir de una investigación cualitativa para dar comprensión y sentido a la complejidad del fenómeno en estudio. Durante el proceso investigativo, nos encontrábamos con situaciones que superaban el marco metodológico biomédico, hoy a través de este artículo compartimos el soporte al que recurrimos, de las ciencias sociales, para aclarar el mundo complejo hospitalario, mas allá de lo visible.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la producción de este artículo se basó en el análisis de la información obtenida desde una perspectiva antropológica y sociológica, con una visión orgánica y totalizadora de la cultura hospitalaria como producto de condiciones histórico-sociales específicas de los fenómenos relacionados a las IH.

Inicialmente con metodología de investigación cualitativa se diseñó un proyecto que implicó varias etapas que abordó el fenómeno de las IH. Una aproximación a la praxis hospitalaria se realizó a través de entrevistas en profundidad y observación participante. En segundo término, se aplicaron técnicas de grupo focal con el personal de enfermería de los diferentes servicios y las personas responsables por los niños internados. Se planteó a los grupos algunos interrogantes disparadores, tales como:

*¿Si saben que hay IH en el pediátrico? -
¿Cuándo una infección es hospitalaria? - ¿Por
qué creen que un niño adquiere una IH?
¿Que relación hay entre cuidado y la IH? ¿Qué
es prevención?*

En definitiva, intentamos enfocar de esta manera el problema de las IH, para poder dar una respuesta más apropiada desde un abordaje holístico³. Es decir, nos propusimos buscar respuestas que demuestren que la infección no es una cuestión meramente orgánica sino que,

también, tiene implicancias de mayor complejidad. Procedimos así porque hemos observado que los estudios epidemiológicos de salud pública tradicionales, lo plantean como un problema simplificado, de relación causa-efecto. Por supuesto que esas investigaciones operativas, también, incorporan otra serie de factores asociados al niño infectado, como son la edad, la enfermedad de base, el estado nutricional e inmunitario, los tratamientos, el tipo y la cantidad de procedimientos cruentos realizados, etc. Estos datos permiten correlacionarlos a través del modelo estadístico.

Si nos guiamos por el concepto teórico que define el sujeto histórico como un ente social que es capaz de transformar su realidad y con ello generar historia, podemos reflexionar que estos estudios biomédicos, aunque aportan luz desde un punto de vista del problema a abordar, son insuficientes para comprender la complejidad del problema. Dejan de lado el punto de vista del sujeto, sean

significado a los comportamientos en juego de los sujetos sociales en relación a las IH. Este punto de vista permitió entender la IH como un hecho social que trasciende el padecimiento orgánico, y justifica plenamente ubicarlo bajo las conceptualizaciones del paradigma de la complejidad.

El enfoque holístico del cuidado de la salud presenta diversos grados de dificultad en el plano de la operacionalización investigativa con modelos biomédicos. El holismo considera a la salud también como una cuestión social⁵ en el marco de las organizaciones e instituciones. Esto hace que aparezcan en el horizonte conceptual otra serie de factores que se deben considerar, como son el “poder”⁶, los conflictos, las figuraciones. Exige profundizar en el análisis la coincidencia de variables contextuales que operan en el cuidado integral del paciente.

En el esquema siguiente se presenta la propuesta planteada:

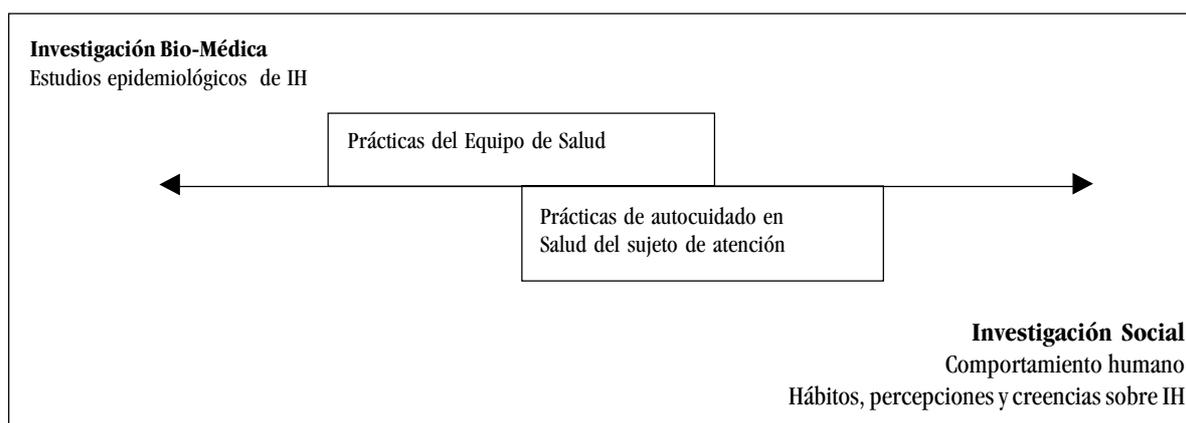


GRÁFICO 1: CONTINUO BIO-MÉDICO-CONDUCTUAL PARA EL ESTUDIO Y COMPRENSIÓN DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS CON ENFOQUE INTEGRAL

los miembros del equipo de salud, sean los propios pacientes y/o responsables de los niños. En cambio, nuestra intención fue recuperar la subjetividad de los cuidadores de los niños y del personal de enfermería, desde la postura fenomenológica o paradigma interpretativo⁴. Para ello procedimos a excluir del grupo seleccionado a otros actores sociales de este escenario sanitario, no por ser menos importantes en el problema abordado sino porque escapan a los marcos de nuestro objeto de estudio, esto es, por no estar comprometidos en “el cuidado en prevención de IH”.

Atendiendo al fenómeno de las IH, se decidió combinar estudios biomédicos clásicos, con estudios sociológicos. Esta interdisciplinariedad aportó comprensión y

Profundizando la visión de nuestro objeto de estudio, el “cuidado”, particularmente enfermero y materno, recurrimos a la disciplina enfermería. Así, se toma la noción de cuidado profesional enfermero, expresado por Madeleine Leininger:

“Son aquellos modos humanísticos y científicos aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientado al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.”^{7:41}

Las prácticas habituales de autocuidado familiares y comunitarias de los sujetos de cuidado se quedan condicionadas por la cultura, se conjugan con las del contexto hospitalario, constituyéndose en el foco principal de interés para este trabajo. Prácticas que a veces se traducen en factores de riesgo para el mantenimiento de la salud del niño o en factores protectores de su salud.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El contexto hospitalario es un sistema social complejo, de pequeña escala. Entran en juego la organización social, la política, la religión y la tecnología. Los interrogantes: ¿cómo funcionan los sistemas culturales?, y ¿cuáles fueron los diferentes acontecimientos y procesos de cambio que han sufrido, para ser lo que son?⁸, nos sirvieron para abordar de otro modo el escenario. Tradicionalmente, señala Wallerstein⁹ que ningún modelo de investigación desde las ciencias sociales, y por lo tanto en salud, es útil si separan los campos económicos, políticos y sociales o socioculturales. La división del objeto de estudio se deriva intelectualmente de la ideología liberal influyó en todos los campos científicos.

El proyecto comentado intentó observar el problema de las IH desde una mirada sociológica. Tradicionalmente se enfoca la IH desde la perspectiva biomédica epidemiológica o, en algunos casos, con el aporte de la visión económica. Esta última justificada por el alto gasto que incorpora al presupuesto hospitalario. Generalmente, estos gastos se vinculan con factores intrínsecos del paciente, como por ejemplo, en el caso de las personas inmunodeprimidas. Con estos criterios se dejan de lado las consideraciones acerca de los factores extrínsecos de las IH, particularmente, aquellos que se generan dentro del sistema de salud como resultado de los procedimientos invasivos o cruentos, por ejemplo la cirugía sin las condiciones asépticas pertinentes. Contrariamente, pueden darse situaciones sanitarias que requieran, solamente, prácticas protectoras de salud las cuales no se realizan. Por ejemplo, el lavado de manos o aislamiento. Incluso, a veces, cuando se sostiene la salud como producto social que se va construyendo entre todos los actores de una cultura.

Una cuestión importante cuando la mirada se orienta hacia lo social es comprender que:

“Las teorías sociológicas no son sólo intentos de explicar al mundo sino esfuerzos para evaluarlo, para comprender cuestiones más amplias de sentido. ... tienen enormes implicancias políticas.”^{10:22}

Los investigadores del equipo de salud durante el proceso de revisión del trabajo fuimos descubriendo la falta de explicitación del orden social¹¹. Particularmente, el orden social imperante en el hospital. Orden que se establece a partir del espacio de la hegemonía médica como expresión de poder que impacta sobre las demás actividades y formas de distribución de los recursos. El médico se vincula con la entropía del ser, a quién, presta servicios profesionales, actúa en consecuencia dejando de lado los factores protectores de la salud del paciente y los sujetos que lo asisten. A modo de ejemplo, emerge el paradigma biomédico en los “habitus” de las enfermeras encuestadas, quienes no reconocían la vacunación contra la hepatitis B, como medida preventiva para su propia salud o factor protector. Este fenómeno evidencia, que el contacto continuo con la enfermedad genera, en los sujetos responsables del cuidado, “habitus” que dejan de lado el verdadero riesgo que implica la actitud de desatención a la práctica de autocuidado.

La noción de unidad psicobiológica es útil para justificar y comparar los resultados hallados en los estudios biomédicos de los niños con y sin infecciones hospitalarias. Sin embargo, es necesario destacar sobre el objeto de estudio:

“... fenómenos que conforman patrones de comportamiento, no pueden explicarse por sí mismos o únicamente mediante conceptos psicobiológicos.”^{8:22}

Por lo que se necesita incorporar el concepto de cultura. La diversidad cultural ha sido encarada desde la antropología desde dos posiciones. Una relativista, que opina cada cultura es única, o totalidad, y sobre la que no es aconsejable emitir juicios valorativos. Ya la segunda

posición comparativista, propone el estudio de la estructura o rasgos de determinado grupo o cultura, en cual la similitud de los fenómenos a confrontarse es un requisito para la comparación.

Tanto los cuidados maternos, como los cuidados y prácticas del equipo de salud, relacionados con la prevención de las IH, son la expresión de las formas de actuar de los actores sociales sustentadas en supuestos conceptuales, creencias y percepciones que poseen sobre la salud, la enfermedad, la prevención, el bienestar, etc. Frente a estas prefiguraciones sociales materializadas en los comportamientos humanos, ya sean individuales o colectivos podemos interrogarnos acerca de qué rasgos del fenómeno pondríamos bajo la óptica crítica para estudiarlo, en cada uno de los sujetos sociales. Enfermeras, madres, otros involucrados en el sistema cultural complejo hospitalario.

La posición teórica y ética es una opción previamente asumida por los investigadores sobre el tema. Incluso en el caso único, el hospital pediátrico. Hay algunas situaciones, algunas circunstancias, en que el relativismo absoluto no es admisible éticamente, específicamente en el campo sanitario. Como muestra presentamos una situación vivida, en el abordaje al trabajo de campo; aplicando una guía de aspectos a valorar relacionados con el cuidado integral para la prevención de las IH a niños internados. Un rasgo crítico a observar consistía en la posición adecuada del lactante, durante la alimentación. Al ingreso al servicio de lactancia, la enfermera del servicio nos manifiesta:

“Se perdieron la corrida que tuvimos recién, se hizo una reanimación a un bebé de seis meses, pero ya no se pudo hacer nada... , la mamá le estaba dando la mamadera acostado en la cuna, como siempre. También la madre tiene 13 años, no le sabe cuidar y, justo la abuela, que es la que le cuidaba se fue a la casa.” (María)

Este caso nos evidencia la distancia entre lo que debería ser y lo que es empíricamente, en cuanto a la transferencia de información y responsabilidades en el cuidado en el entorno hospitalario.

Como expresa Alexander, las teorías son las que estructuran la realidad, “datos o hechos”¹⁰ que se estudian. Cuando un investigador observa uno o más fenómenos y los clasifica, luego emite un juicio crítico basado en un andamiaje teórico previo. Teoriza para construir el dato o rasgo crítico.

Las enfermeras investigadoras conocíamos la cultura hospitalaria por haber trabajado en el hospital, integrábamos el plantel de salud pública. En esta nueva experiencia con la institución, desde otro lugar, percibimos que algo había cambiado. La teoría nos hizo ver la fragmentación y los cambios de las reformas del estado que impidieron las transformaciones orientadas en pos de la integralidad del cuidado. Fragmentación y cambios en el desempeño de los sistemas sanitarios que frenaron el acompañamiento al desarrollo científico tecnológico aplicado a la ciencia de la salud cristalizando prácticas antiguas que favorecen las IH.

Comprender cómo funcionan los sistemas sociales y por que cambian o perduran, en el hospital en nuestro caso, es un tema que revisamos bajo un enfoque sociológico. Fue de utilidad para dilucidar las conductas protectoras y las conductas de riesgo en IH, en este contexto donde el cuidado es un servicio con un esquema que también quedó fragmentado.

El sistema social hospitalario

Para el enfoque sociológico el hospital es una institución total, es decir:

“... un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en iguales situaciones, aislados por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro, una rutina diaria administrada formalmente.”^{12:13}

El hospital pediátrico corresponde al grupo que incluye a las personas, que no pueden cuidarse por sí mismas, por su situación de salud y requieren la atención del recurso humano “capacitado”.

Las instituciones totales absorben gran parte del tiempo de los actores y también sus intereses. En este caso

con la enfermedad configurando un mundo que le es propio. La absorción institucional tiene forma de aislamiento de tal modo que obstaculiza la interacción social de los actores de la escena hospitalaria. El diseño estructural del nosocomio está organizada en espacios físicos limitados, en el que las rutinas establecidas, como por ejemplo: horarios de visita, los tiempos de espera para las consultas, etc. afecta la interacción social tanto de familiares como del personal del hospital. Esto se agudiza en el caso de los pacientes del interior o en aquellos de escasos recursos, pues por no disponer de medios económicos, deben permanecer dentro de la institución como invasores ambulantes y marginados del sistema. El hecho de no haber sido contemplados en el diseño espacial arquitectónico los ubica sobre los límites de la exclusión. En cuanto a la modalidad de internación conjunta -madre / niño- referida a la dotación de camas hospitalarias, hay una duplicación de la población hospitalaria no contemplada inicialmente. Los metros cuadrados disponibles para los internos, genera hacinamientos incrementando las posibilidades de los cuadros de infecciones cruzadas.

Habitualmente, en la vida cotidiana, las personas satisfacen sus necesidades básicas, como por ejemplo el sueño, la nutrición, la higiene, la eliminación, la recreación, el estudio, etc., con cierto grado de autonomía y flexibilidad. Para poder cumplir estas necesidades humanas se requieren diferentes espacios físicos. La peculiaridad del hospital como "*institución total*" es la de carecer de dichos espacios. Observamos que los internos concentran sus prácticas de autocuidado en un solo lugar, que en muchos casos es la propia cama. Ellos no pueden decidir cómo y en qué momento realizarlas ya que existen normas burocráticas rígidas que se suman a las otras limitantes. Estas normas están controladas por fieles funcionarios funcionales para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Son dos los grupos que se diferencian en las instituciones totales. El de los internos o también llamados pacientes, que conforman individuos dependientes o manipulados y el grupo más reducido de personas, los supervisores o vigilantes. Estos últimos en este caso corresponden al personal de enfermería, que tiene mayor contacto con el mundo exterior y cumplen jornadas de trabajo de ocho horas. Una simple observación permite

comprobar que los vínculos que se ponen en juego en la relación intergrupales son estereotipados y distantes.¹²

La mayoría de "los pacientes" están internados durante varios días. Todos requieren cuidados particulares, tanto por parte del equipo sanitario como de sus familiares. En la interacción de los mismos se juegan las relaciones sociales que llevan implícitos los saberes y las prácticas de cuidado que se ejercen. En este intercambio de relaciones simbólicas e intersubjetivas se da el juego del poder que se materializa a través del control de la información. Por cuestiones del orden de la propia organización la información es en diferentes grados, casi siempre restringida. Por diversas justificativas, el personal profesional limita la información sobre el diagnóstico, el pronóstico, los efectos de la medicación, etc. La Historia clínica, por ejemplo no está disponible para enfermería, lo que afecta la continuidad e integralidad del cuidado, en suma, la calidad de la atención.

La admisión es un momento obligatorio y oportuno para educación en el autocuidado del niño a los familiares, a los efectos de que el manejo sea adecuado a la circunstancia de internación. Esto hemos observado que no se cumple, o muchas veces es insuficiente en la práctica habitual. Esta transferencia de información y poder no se efectúa y pone en evidencia los riesgos a los que se exponen a los sujetos de cuidado.

En el marco de una sociedad, en que, el factor educacional es progresivamente deficitario en los sectores socioeconómico más empobrecidos, son generalmente las mujeres que cuidan al niño, muchas de ellas, niñas-madres, con escasa escolaridad. Son derivadas de establecimientos sanitarios del interior provincial; de la periferia o del centro de la capital quienes comparten dificultades educativas que impacta negativamente en el cuidado de la salud. Si bien algunas cuentan con obra social, la mayoría no dispone para el gasto de bolsillo que les permita elegir otras opciones de atención. A esto se le agrega el hecho de que conocen la institución hospitalaria, únicamente, por experiencias previas de paciente ambulatorio.

Desde el enfoque de género, observamos que es excepcional encontrar varones que acompañen al enfermo. Los demás familiares aunque se hacen presentes,

recurrentemente, no se instalan en el lugar, para el cuidado del niño, réplica de lo que sucede en hogar.

Concepciones y saberes previos

Hemos observado que las personas, como sujetos sociales son usuarias dependientes del sistema médico hegemónico. Por eso sobrevaloran, positivamente, al saber técnico y médico como el único medio apto para resolver situaciones de enfermedad; sobre todo, si éstas son críticas. En virtud de esta estimación que prestigia al sistema sobre otros, no se puede dejar de reconocer que en el encuentro e interacción equipo de salud – familia- paciente, se juegan los intereses y las relaciones que entraman el poder. Relaciones que se hacen empíricas, concretas y se reifican en una institución particular que impone sus propias reglas y estrategias de control. Situación propia del “control social” que permite pero condiciona los tipos de prácticas y los posibles cambios al interior de la institución hospitalaria.

Por ejemplo, en una situación de internación dada, estas relaciones son inversamente proporcionales en el sentido de los presupuestos. El equipo de salud presupone competencias en las madres o personas a cargo, que realmente, no las tienen; por su parte estas personas encargadas del enfermo presuponen prácticas que el equipo de salud no realiza por motivos de delegación. Esta falta de explicitación de los presupuestos genera tensiones que se vuelven más o menos agudas en determinados casos pero que, en definitiva, afectan la calidad del cuidado del niño.

Puesto en otros términos y comprendiendo el fenómeno: los familiares consideran que su rol ocupa un segundo plano, y depositan en “quienes saben” todas las responsabilidades. Puntualmente, estas personas que cuidan a los internados creen que las acciones que desarrollan son pasivas y desvalorizadas para el proceso de curación o para los procedimientos terapéuticos. A su vez, los miembros de la institución, -profesionales o auxiliares- consideran, en el extremo contrario, que los familiares son una pieza clave en el proceso de restauración de la salud. Por eso delegan gran parte de las tareas de cuidado y la responsabilidad de su puesta en práctica, como pueden ser el momento de la alimentación, los procedimientos propios de la higiene del

infante inmovilizado en la cama, etc. Todo esto fue comprobado en el trabajo de campo durante la observación participante.

La puesta en acuerdo para la mayoría de estas acciones, en este contexto, tiene una importancia fundamental pues incide directamente en la atención y recuperación del paciente. Por eso, el ejercicio de las relaciones interpersonales, que en nuestro caso involucran a los agentes y a la dupla enfermo/responsable, debe ser una práctica socio-comunicativa en la que todos los implícitos necesitan ser explicitados. La puesta en funcionamiento del diálogo interpersonal garantiza los procesos de comunicación que hagan superar los sobreentendidos y eviten los malentendidos perniciosos para la atención del paciente pues se constituyen en factores de riesgo que favorecen las IH. Enfrentarnos a estas situaciones de incomunicación nos hizo reflexionar sobre el valor de las obviedades y de los silencios.

Es primordial reconocer que una familia posee creencias y saberes que orientan sus conductas, sus actitudes y “habitus”. Construcciones socio-familiares que conforman el corpus de sus códigos. Con todo este andamiaje cultural, llegan al hospital. Por su parte, el equipo de salud también tiene su propia cultura institucional fundada en el conjunto de códigos, creencias y su saber científico específico, formas de actuar o de resolver la realidad, etc. La familia tiene su manera de concebir la salud, la enfermedad y de comprender el rol de los profesionales que intervienen y lo expresan en valoraciones. Por su parte, el equipo de salud tiene la suya. Ahora bien, si cada uno de estos agentes tiene códigos diferentes y posiciones opuestas, consecuentemente, sus interacciones tenderán a la tensión. En la comprensión de esta forma diferente de simbolizar los valores reside la importancia del estudio social en salud. Sobre estas cuestiones se fue profundizando desde la reflexión crítica, a lo largo de la investigación–acción, reconocimos en cada grupo de actores sus propios horizontes de conocimiento como sustento de la construcción de expresiones culturales que lo demarcan.

Si nos ubicamos en esta relación dialéctica en el lugar de la familia, podremos comprender que para ella el hospital y el servicio que presta el equipo de salud, se transforman en la posibilidad de mejoramiento o estabilización del niño.

Esto explica la evidencia de que, en el imaginario familiar, el presupuesto de que las IH no existen como posibilidad que complique el cuadro clínico. El ojo cognitivo de la familia de bajo nivel de instrucción no percibe el mundo microscópico. Por tanto, la idea de asociar la adquisición de infecciones de cualquier índole a la falta de higiene de los lugares o personas, culturalmente, está ausente como también, otras evidencias palmarias que sustentan esta ignorancia. A modo de ejemplo, ponemos como caso la desnutrición o la falta de amamantamiento como factores claves que vehiculizan los riesgos para las infecciones.

Ésta es la perspectiva de lo visible y de lo invisible. De ella se desprende que si el edificio y el paciente se ven “limpios”, incluso comparativamente más limpios que su propio entorno, es imposible que un daño pueda ocurrir allí. Lo que no se ve, no existe y por lo tanto no se asume. Hemos observado también a aquellos que desde el lugar del saber, si, pueden verlo pero no se canalizan las vías de información que permitan hacerlo reconocible. Por el contrario, comprobamos que, ex profeso, se invisibilizan importantes circunstancias y condiciones institucionales -que muestran deficiencias en la infraestructura, la escasa disponibilidad de recursos materiales como asimismo obligaciones asociadas a las prácticas humanas-, sin considerar que estas actitudes negadoras de la realidad, llegan a empeorar o complicar el cuadro clínico del niño. No porque se tornen invisibles para el equipo de salud y para la institución estas dimensiones dejan de existir. En definitiva, la desatención al tema por omisión impide su prevención.

Retomando el problema de las obligaciones delegadas, que ya enunciamos más arriba, podemos aportar la constatación de que el personal de enfermería deposita actividades de cuidado propias en la responsabilidad de los familiares. Enfermería da por hecho que ellos saben cómo hacerlo, en cada caso y cómo concretar los procedimientos de la forma correcta. En general, al ingreso, se les “comenta” a las madres lo que deben hacer pero nadie “explica” detalladamente cómo hacerlo. El momento del baño es un ejemplo. Una mamá comentó que le dijeron que:

“Debía bañar al niño pero que no lo hacía porque estaba tan quietito, que no se ensuciaba porque no podía correr.” (Julia)

Lo expresado por la mujer pone sobre el relieve de la realidad las creencias que interfieren en las formas de comprender y hacer. Ella puso en palabras su forma de construir la realidad en la esfera del cuidado cotidiano de la salud familiar. Este caso ejemplifica el mundo de la creencia y del concepto limpio-sucio.

Poner distancia y reflexionar sobre la manera en que se da el juego del poder en la institución, permite comprender que el poder pivotea en el conflicto que se genera entre la díada del saber y el querer por un lado, y entre el deber y el no querer, por otro. Este juego recrudece las tensiones en las que se encuentra el ser humano, perdiendo aquél que está en condiciones de debilidad o indefensión. Y que actitudes como las descritas no ayudan a disminuir el grado de las tensiones en las relaciones interpersonales ni colaboran con la voluntad de transformación de un estado de situación cristalizado. Por el contrario, lo vuelve crónico.

CONCLUSIONES

El trabajo de investigación acción, se organizó en torno al eje de las IH a partir de enfoques epidemiológico y sociológico de modo global, y este escrito intenta recuperar los aspectos sociológicos, para dar comprensión y significado a los comportamientos de los sujetos sociales, referidos a las IH en una institución total, el hospital.

Consideramos que la actual experiencia enriqueció más el conocimiento acerca de la relación entre las Instituciones Sanitarias y el comportamiento humano, que lo evidenciado en trabajos realizados previamente¹³. Consecuentemente, evaluamos la importancia de efectuar una lectura resignificativa del aprendizaje aprendido y acumulado pero, esta vez, bajo la luz de los aportes de las Ciencias Sociales. Por ser la salud una cuestión social que se da en el marco de las organizaciones institucionales, valoramos la pertinencia del pensamiento de Althusser referido a la importancia de dar a la investigación el enfoque “interdisciplinario”¹⁴. Pues entendemos que los diversos grados de dificultad y la serie de factores que las originan, como por ejemplo el juego del poder¹⁵, los conflictos propios en que derivan, las prefiguraciones o configuraciones del imaginario social que circulan en ese espacio

son materia necesaria para la profundización del análisis de los motivos que favorecen las IH y que determinan la calidad del cuidado integral.

Este cruce disciplinar favorece el avance de la comprensión de los fenómenos sociales en relación a la complejidad que el cuidado de la salud implica.

Para dar progreso a la investigación nos propusimos mirar el fenómeno desde otro lugar, lograr su extrañamiento o su externalización, y verlo desde la complejidad de los sistemas. Superamos nuestras “*inquietudes personales*”⁶, para poder traducirlo en “*problemas públicos*”, ya que lo social del fenómeno de la salud debe estudiarse y entenderse para poder construirlo como un nuevo el objeto. Su resignificación posibilito la reconstrucción del mismo en simultáneo al desarrollo del estudio. A diferencia de los estudios positivistas que están perfectamente estructurados, previamente a su puesta en marcha, el nuestro fue redefiniéndose bajo la mirada de los nuevos enfoques que permitió la triangulación disciplinar. Es decir, si bien tomamos rumbo diferente, la intención fue llegar al mismo destino pero con mayores fortalezas. Las incertezas que nos produjo, en un principio, la aproximación a campos teóricos no conocidos lo suficientemente y, también, la conciencia de una practica profesional habitualmente muy empirista nos ubico frente al abismo de la descontentión del marco metodológico reconocido. Pero, paulatinamente, fuimos avanzando por terrenos mas seguro pues el enriquecimiento teórico nos confirmo que el equipo de salud debe conocer los valores, creencias, hábitos y costumbres acerca del cuidado que los usuarios y trabajadores de salud poseen y con los que operan en la práctica afectando, particularmente, a grupos más vulnerables de población¹⁶. Es decir que a través de la interdisciplinariedad pudimos aproximarnos a valores culturales enraizados en los contextos familiar-domiciliario trasladado a contextos hospitalarios.

El nuevo acercamiento al objeto nos viabilizo la llegada a una cuasi-totalidad que nos dejo como resultado su capacidad de redefinición como un sistema abierto o eco-sistema, en términos de Morín¹⁷ en el que cobran nuevo sentido las prácticas y concepciones del cuidado humano

universal, el de las madres, y el del cuidado profesional. También, pudimos constatar la capacidad de relación que construye, en su accionar, una red mas amplia en un nivel mayor; en el nivel meta-sistémico.

Como todo trabajo, también, el nuestro deja planteada la oportunidad para nuevos interrogantes. Trabajar con los postulados de la Ciencias Sociales implica acercarse a que los habitus y las prácticas del quehacer humano. Nosotros lo hicimos desde un recorte del proceso histórico social, dinámico y complejo, como es el campo de la salud. Por ende, en el accionar humano siempre queda el resquicio que su propia dinámica abre para dar paso a las resignificaciones.

Todavía no se han revelado con suficiente nitidez los comportamientos de cuidados transculturales que constituyen factores de riesgo y protectores de las IH. Cuando ese cuerpo de saberes este suficientemente desarrollado se podrá mejorar la calidad del cuidado, innovando las actuales practicas del equipo de salud brindando cuidados eficientes, eficaces y equitativos.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los usuarios del hospital pediátrico, principalmente a los niños, como a sus cuidadores, madres, abuelas, tías; quienes aportaron valiosa información permitiéndonos compartir su mundo. Hacemos también extensivo al personal de enfermería, especialmente estas trabajadoras de los sectores de terapia intermedia, intensiva y lactancia, que nos permitieron observar su proceso de trabajo y expusieron sus puntos de vista.

REFERÊNCIAS

1. Hernandez Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban AM. Fundamentos de enfermería: teoría y método. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2003.
2. Joklik DP, Willett HP, Amos BM, Wilfert CM. Microbiología. Buenos Aires: Panamericana;1997.
3. Menendez Espina EL. La parte negada de la cultura. Barcelona: Bellaterra; 2002.
4. Taylor SJ, Bogdam R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós;1986. p. 16.

5. Klainberg M, Holzemer S, Leonard M. Enfermería comunitaria. Colombia: Mc Graw Hill; 2001.
6. Mills, W. La Promesa en la imaginación sociológica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1994. p. 59.
7. Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. España: Laertes; 1999. p. 41.
8. Kaplan D, Marners RA. Antropología: métodos y problema en la formulación de teorías en Introducción crítica a las teorías antropológicas. México: Casachata; 1978.
9. Wallerstein I. Análisis de los sistemas mundiales. México: Alianza; 1991.
10. Alexander J. Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial. Barcelona: Gedisa; 1992.
11. Llobera J. La Antropología como ciencia. Barcelona: Anagrama; 1975. p. 376.
12. Goffman E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu; 1992.
13. Torres, RA, Jacquier N, Santos L, Fermepin MR, Deschutter JD, Duarte CG. Trends of syphilis in Posadas city (Misiones State, Argentina), 1997-2000. J Bras Patol 2001; 37(4):253-9.
14. Althusser, L. Curso de filosofía para científicos. Barcelona: Planeta; 1985.
15. Bourdieu P. Intelectuales, política y poder. Buenos Aires: Eudeba; 1999.
16. Jacquier N, Santos L, Spasiuk G, Montengro G, Torres RA. Sexually transmitted infections. Innovations in Syphilis Prevention Project. Posadas City, Argentina. Bologna: Monduzzi Editore; 2001.
17. Morín E. Introducción al pensamiento social complejo. Barcelona: Gedisa; 1998.

RECEBIDO: 26/11/2007

ACEITO: 19/02/2008

O ATENDIMENTO DOMICILIAR À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE*

DOMICILIARY HEALTHCARE AND PUBLIC HEALTH POLICIES

EL CUIDADO DOMICILIAR Y LAS POLITICAS PÚBLICAS EN LA SALUD

SORIANE KIESKI MARTINS¹

MARIA RIBEIRO LACERDA²

O texto tem como objetivo refletir sobre as políticas públicas em saúde brasileiras e a sua inter-relação com o atendimento domiciliar à saúde no intuito de subsidiar ações dos profissionais. As mudanças no sistema de saúde têm permeado esse processo na tentativa de estabelecer princípios organizativos e operacionais, tais como redirecionamento do modelo de atenção baseado na epidemiologia, descentralização e regionalização, alicerçado na atenção básica de saúde. A reflexão aponta que há lacunas entre as políticas de saúde pública e o atendimento domiciliar à saúde que precisam ser ponderadas para que as necessidades de saúde da população sejam atendidas, havendo necessidades de envolvimento e intervenções dos gestores e também dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção à saúde; Serviços de assistência domiciliar; Políticas públicas de saúde.

The aim of the research is to show a reflexion on Brazilian public health policies and their interrelation with home health care, with the aim of providing support to the actions undertaken by health professionals. The changes in the health system have permeated this process in an attempt of establishing organizational and operational principles, such as reorienting the care model based on epidemiology, decentralization and regionalization, centred on basic health care. The reflection indicates that there are gaps between public health policies and home health care which need to be considered in order to help the population meet their health needs. There is surely a necessity of involvement and interventions from both health service managers and health professionals.

KEYWORDS: Health care; Home care services; Health public policies.

El objetivo del texto es reflexionar sobre las políticas públicas en la salud brasileña y su interrelación con el cuidado domiciliar de la salud, con intención de subvencionar acciones de los profesionales. Los cambios en el sistema de salud han incorporado este proceso en el intento de establecer principios organizados y operacionales, como redirección del modelo de la atención basado en la epidemiología, descentralización y regionalización, fundamentado en la atención básica de la salud. La reflexión registra que hay lagunas entre los órdenes públicos de salud y el cuidado médico casero que necesitan ser ponderados para que las necesidades de salud de la población sean atendidas habiendo necesidad de comprometimiento e intervención de los encargados y también de los profesionales de salud.

PALABRAS CLAVES: Atención a la salud; Servicios de atención de salud a domicilio; Políticas públicas de salud.

* Extrato da Dissertação de Mestrado: Diretrizes para o atendimento à saúde domiciliar: contribuições da enfermeira, defendida em dezembro de 2006 na UFPR no programa de Mestrado em Enfermagem.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Especialista em Saúde Coletiva e Projetos Assistenciais de Enfermagem. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE/UFPR). Endereço do autor: Avenida Monsenhor Ivo Zanlorenzi, 851 s.6, Campina do Siqueira, 80740-590 – Curitiba – Paraná – E-mail- sorianekm@terra.com.br

² Enfermeira. Doutor em Filosofia de Enfermagem Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Coordenadora do NEPECHE/UFPR.

INTRODUÇÃO

O País tem passado, nos últimos anos, por transformações e reformulações das políticas de saúde por meio da modificação do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, uniaxial, baseado somente no olhar biológico e curativo, que ao se coadunar com o avanço das tecnologias em saúde, traz como consequência uma assistência à saúde onerosa para a nação.

Essas mudanças no sistema de saúde têm se interposto no processo de reforma sanitária na tentativa de estabelecer princípios organizativos e operacionais, tais como redirecionamento do modelo de atenção baseado na epidemiologia, descentralização e regionalização, ou seja, um modelo multicausal e integral, no campo preventivo, em promoção da saúde, alicerçado na atenção básica de saúde.¹

Essa configuração de modelo de atenção à saúde tem como ênfase o aspecto social e, mais recentemente, a atenção à família, considerando-se o território, o estilo de vida, a promoção da saúde e seus fundamentos. Assim, muitos indivíduos recebem alta do hospital e vão para casa, com o objetivo de restabelecer-se junto a sua família. No entanto, a lógica embutida nessa estratégia de atendimento, além do reconhecimento de outras necessidades, também inclui a diminuição de gastos públicos com a hospitalização, sendo este um local exclusivo para eventos agudos; assim, os casos não agudos serão destinados a pontos de atenção à saúde extra-hospitalares¹.

Na tentativa de suprir necessidades de atendimento à saúde vivenciadas no País, entre elas o crescente aumento dos atendimentos à população idosa, a portadores de doenças crônicas degenerativas e seqüelas provenientes de doenças ou acidentes, a busca das pessoas por assistência à saúde alicerçada na tecnologia, a mudança do foco curativo para um enfoque na integralidade do ser humano, a intensificação da prevenção de doenças, a promoção da saúde e a necessidade de redução de custos, pondera-se a inserção de novas alternativas de assistência, como o atendimento domiciliar à saúde e, nessa perspectiva, torna-se importante os serviços se readequarem para agregar esse modelo.

No Brasil, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) procura viabilizar o acesso ao atendimento à saúde,

embasada em princípios como: a descentralização, estratégia que possibilita o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais e permite maior controle e acompanhamento das ações; a regionalização e a hierarquização que permitem conhecimento maior dos problemas de saúde da população de área delimitada e favorecem a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade; a resolutividade, ou seja, a capacidade do serviço de enfrentar um problema de saúde coletiva ou individual e resolvê-lo até o nível de sua complexidade; a participação social e por fim a complementaridade do setor privado, que ocorre quando, por insuficiência do setor público, há necessidade de contratação de serviços privados².

Existem ainda normas e leis para funcionamento do Sistema Único de Saúde, que preconizam o levantamento dos problemas de saúde da população e o planejamento de ações coletivas ou individuais, e exigem assim organização nos diversos níveis de atenção. Dessa forma e com base nos princípios, os gestores do SUS, progressivamente, percebem a necessidade de implementar estratégias como formas de atender ou suprimir os problemas identificados na saúde da população.

Em virtude disso e com a organização dos serviços, o atendimento domiciliar à saúde é passo importante a ser dado, pois pode gerar contribuições para a diminuição da sobrecarga existente na rede básica – principalmente no hospital – e, como consequência, aumento na eficiência e na eficácia do atendimento à saúde da população.

Diante deste cenário de saúde da população, este artigo tem como objetivos refletir sobre as políticas públicas em saúde brasileiras e a sua (inter)relação com o atendimento domiciliar à saúde, no intuito de subsidiar ações dos profissionais e lançar um olhar de valor ao ser humano, cooperando com o desenvolvimento de ações coletivas e atitudes que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

A consideração dos aspectos políticos, sociais e humanistas sustentam esta reflexão. Na perspectiva política acredita-se que as demandas procuram suprir as necessidades de cuidado à saúde da população buscando a qualidade de vida dos indivíduos, já que sua prática tem se configura-

do como o gerenciamento da produção de saúde, cujo objeto é a doença. É necessário, no entanto, uma consciência para além disto, e também respeitar a relação entre doença, saúde e cuidado. Esta suposição se apresenta claramente no atendimento domiciliar à saúde. Quando se convive com as relações da doença do membro de uma família, trabalha-se o contexto do domicílio, as relações entre os indivíduos e seu meio ambiente e a estrutura física e esses aspectos levam a perceber os atos, fatos e conseqüências desta situação de cuidado.

Em relação ao aspecto social há o desenvolvimento de necessidades que considerem o cuidado à saúde numa dimensão que transcenda a biológica, situando-se na vivência dos indivíduos, sendo que estes devem ser percebidos como um corpo social em suas múltiplas relações de vida. O atendimento domiciliar à saúde demanda este fundamento, pois cuidar nas residências das pessoas é considerar muito mais do que o doente que está no seu lar, é considerar o cuidador, a rede social de apoio e o contexto da casa.

A ponderação humanista considera que o ser humano é afetado pelas esferas sociais e políticas, mas deve ser percebido como único em suas múltiplas dimensões e que, ao vivenciar o atendimento domiciliar à saúde, transforma o espaço privado de sua residência em espaço de cuidado muitas vezes mais do que em promoção de saúde, tornando-se local para tratamento de doenças e utilização de ações especializadas e acompanhamento de profissionais de saúde para o indivíduo e sua família com vista à manutenção de vida e recuperação da doença.

Assim, a relevância desta reflexão está na possibilidade de preencher lacunas no desenvolvimento do conhecimento sobre a atenção domiciliar à saúde em nosso País, aliada a um olhar sobre com as políticas públicas necessárias para a implementação da prática do atendimento domiciliar para a população brasileira.

Políticas Públicas Brasileiras em Saúde

Para o desenvolvimento deste tópico, apresentamos um breve recorte, a partir da metade do século XX, sobre as políticas públicas brasileiras e a organização do sistema de saúde no País, que engloba os princípios norteadores e a estrutura administrativa do SUS.

Um fato marcante nas transformações no sistema de saúde ocorreu na III Conferência Nacional de Saúde, de 1963, pois foi quando apareceram as primeiras manifestações que reivindicavam a elaboração de uma política social, época em que se discutiam reformas de base no País. Entre os temas debatidos, a conferência defendeu a municipalização do sistema de saúde. A Conferência propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, à municipalização³.

No final da década de 1970, houve aumento do número de leitos e encarecimento dos custos de internação, o que causou declínio no padrão da saúde pública. O primeiro sinal de deterioração do controle da saúde e doença em geral foi a epidemia de meningite em São Paulo, abafada pelo governo militar⁴.

Concomitantemente aos eventos nacionais e às mudanças na legislação, intensificou-se o crescimento da periferia das cidades, por êxodo rural e mecanização da lavoura, e isso pressionou os governos locais no sentido de adotar medidas para o atendimento básico em saúde. Com a exigência social, o poder municipal começou a entrar no sistema de saúde pela primeira vez na história, contudo, sem participar da formulação da política nacional de saúde, tal como a criação das primeiras redes de serviços ou unidades de saúde, principalmente nas capitais.

Como suporte no cenário nacional às necessidades da população, outro acontecimento marcante foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1986, a qual contou com a participação da iniciativa privada e também de outras instâncias. Discutiu-se e definiu-se o conjunto de princípios que passaram a ser conhecidos como Princípios da Reforma Sanitária Brasileira.³ Dentre seus principais objetivos, destacam-se: universalização do atendimento, equidade, integralidade das ações e descentralização.

Paralelamente ao movimento social de reforma sanitária, surgiu, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), numa conjuntura bastante adversa. Administrativa e tecnicamente, o SUDS não foi bem-sucedido, mas, sob o ponto de vista político, foi altamente estratégico, pois na Constituição Federal de 1988 estão

sintetizados os princípios elaborados na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)⁵.

Assim, como resultado central da VIII CNS, estabeleceram-se diretrizes que permitiram a adequação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde, saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um sistema único de saúde.

Em 1988, com a nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias criaram condições para a viabilização plena do direito à saúde. Com a finalidade de regulamentar o sistema de saúde, editaram-se as chamadas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o Decreto nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas, em 1991 e 1993¹.

Com a Lei nº 8.080/90 foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS) que agregou todos os serviços estatais, das esferas federal, estadual e municipal e os serviços privados, desde que contratados ou conveniados, responsabilizados, mesmo sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.¹ A descentralização dos serviços neste sistema ocorre no intuito de viabilizar as políticas públicas do País, cujo sistema de saúde confere aos estados e municípios autonomia política, administrativa e financeira, bem como o estabelecimento de normas e leis para seu funcionamento, havendo a transferência do gerenciamento e da organização dos serviços, tanto da União para os estados como dos estados para os municípios.

Na regulamentação do SUS estão as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, enquanto que, na Lei nº 8142/90 estão descritos a participação da comunidade na gestão deste sistema e os mecanismos de transferências de recursos financeiros na área da saúde.

O objetivo maior deste sistema não é simplesmente obter a ausência de doença, mas sim um requisito para o exercício pleno de cidadania, que envolve o indivíduo, o coletivo e o ambiente com todas suas inter-relações.⁶ Porém, na transferência de recursos ou no financiamento do setor saúde, a arrecadação depende do sistema fiscal, ou seja, arrecadação e distribuição de recursos advindos de impostos, o que torna os poderes estadual e municipal responsáveis pelo financiamento, ao contrário do que pre-

coniza o orçamento único previsto na Constituição, ocorrendo como consequência, o estrangulamento dos investimentos referentes à saúde.

A política de saúde vigente propõe-se a assistir a população com base no modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde, e leva em conta os princípios de descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, na formatação do modelo de atenção à saúde do País.

Segundo o artigo 4º da Lei Federal nº 8.080, o SUS é o “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por Órgãos e Instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público e complementarmente pela iniciativa privada”⁷.

Segundo o SUS e seus princípios, os serviços de saúde estão estruturados hierarquicamente a partir dos níveis de atenção, ou seja, variam de acordo com a complexidade e a densidade tecnológica, que influenciam o custo e a viabilidade da solução de problemas. Há uma rede integrada de serviços em diversos níveis de atenção, e a atenção básica é considerada a porta de entrada do indivíduo para esse sistema, cujas ações estão voltadas para prevenção de doenças e promoção da saúde⁸.

A organização de forma ampla dos serviços de saúde está baseada no princípio de regionalização, o qual busca estabelecer a universalização da cobertura e do acesso da atenção às populações, por meio dos distritos sanitários. Distrito sanitário “é um espaço geográfico, populacional e administrativo, ao lado da criação de instâncias de coordenação do conjunto de estabelecimentos de saúde, em busca da transformação das práticas sanitárias para obter impacto sobre a situação de saúde da população”^{4:160}.

Faz parte desse processo a territorialização do sistema de saúde, fundamentada no processo de planejamento da vigilância à saúde, ou seja, o reconhecimento do território no município, considerando as relações entre condições de vida, acesso às ações e aos serviços de saúde, por meio de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários. O território, então, passa a constituir uma das ferramentas do processo, ou seja, os distritos sanitários

estão intimamente vinculados a determinado conjunto territorial e social, que configura o modo de redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e dos serviços de saúde. Assim, responde às demandas e às necessidades de saúde da população e principalmente colabora para a solução dos problemas de saúde nesse espaço predefinido.⁴

É evidente que ainda existem muitos obstáculos para consolidação do SUS, o qual necessita de organização e planejamento que efetivamente contemplem as necessidades da população, com readequação dos recursos, diminuição das desigualdades no atendimento e ampliação da capacidade de atendimento, dentre outros fatores, que o tornam um sistema fragmentado.¹ Citando a Carta de Ljubljana da Organização Mundial de Saúde de 1996, Mendes discorre sobre outros impasses

“As reformas com a atenção primária à saúde como uma filosofia deveriam assegurar que os serviços de saúde de todos os níveis protejam e promovam a saúde, melhorem a qualidade de vida, previnam e tratem as doenças, reabilitem as pessoas e cuidem dos doentes em sofrimento e em estado terminal. Elas deveriam reforçar a decisão conjunta pelo usuário e pelo prestador da atenção e promover a abrangência e continuidade da atenção dentro de seus ambientes culturais específicos.”^{1:113}

Concomitantemente a este processo, o desenvolvimento técnico-científico, que supera dia a dia os limites do viver do ser humano, contribui de certa forma para um sistema de assistência à saúde hospitalocêntrico fato que ocasiona busca desta tecnologia e serviços também por parte da população. Contudo, ao considerar o processo de territorialização, o conhecimento e a apropriação do modo de viver de uma comunidade, a forma como solucionam os problemas, possibilita uma proximidade ímpar com o indivíduo e sua família e, ao adentrar os lares, depara-se com as especificidades deste contexto, o modo como ocorrem as relações, como as pessoas lidam com os problemas, e de forma direta ou indireta como os diversos fatores, incluindo os políticos, sociais e humanistas, podem contribuir ou interferir na realização do cuidado prestado.

Portanto, a atenção domiciliar contribui para a reorganização do sistema de saúde, partindo do princípio de que várias ações de saúde são desenvolvidas no domicílio por uma equipe de profissionais que, primeiramente, faz um diagnóstico da realidade, identifica as necessidades e os recursos existentes, o contexto familiar e domiciliar do indivíduo.

Atendimento Domiciliar à Saúde

O atendimento domiciliar à saúde consiste no fornecimento de assistência a pessoas de qualquer idade em sua residência, a partir do diagnóstico da realidade, considerando os fatores limitantes ou potencializadores, os quais devem contribuir para a prevenção, promoção, reabilitação, bem como, para melhor adequação ou adaptação das funções em busca da independência e manutenção da autonomia.

O principal objetivo do atendimento domiciliar é a promoção da manutenção ou a restauração da saúde, bem como a adaptação das funções do indivíduo, a fim de favorecer o restabelecimento de sua independência e autonomia, e tornar-se, assim, complementar ao modelo de assistência hospitalar.⁹ Essa modalidade contempla, ainda, as atuais necessidades de saúde dos indivíduos, ou seja, uma assistência mais humanizada, personalizada e com inserção da família no processo de cuidado.

Faz parte desse “cuidado”, não somente atender à saúde do paciente que se encontra no domicílio, mas também, exercê-lo no que diz respeito às ações desenvolvidas pela família e pelo paciente, de maneira a interagir, compreender o seu contexto, orientar, educar, apoiar, quebrar resistências, considerando os seres humanos e sua identidade, e ao mesmo tempo, conduzi-los de tal forma que reconheçam a realização de um cuidado efetivo.

Este contexto cultural, social, político e humanista precisa ser entendido, principalmente para que se possa realizar um cuidado à saúde efetivo, cujos vínculos de cooperação e solidariedade dentro da prática do cuidado domiciliar são imprescindíveis, pois o atendimento ao indivíduo e sua família, no seu próprio ambiente, denota um importante papel para garantir o mais alto nível de qualidade de vida e saúde.

Desta forma, o atendimento domiciliar à saúde compreende a necessidade de acompanhamento e moni-

toramento de uma pessoa que carece de cuidados contínuos no domicílio por um período de tempo – curto ou não – com vistas a seu restabelecimento, considerando-se suas necessidades como indivíduo, família e contexto domiciliar, que subsidiem os ajustes necessários para a realização do cuidado.

Sob essa ótica, há readequação da organização de políticas públicas de saúde para a implantação do atendimento domiciliar à saúde, pois existe demanda da população, tendência de diminuição de leitos, fechamento de hospitais e adoção de cirurgias ambulatoriais, o que leva à implementação da atenção domiciliar à saúde, com a finalidade de reduzir custos, contribuir para efetividade e eficácia do sistema de saúde e melhorar a qualidade da assistência.

Nesse sentido, “a implantação de serviços de saúde domiciliar pode ser a estratégia que possibilitará um maior aproveitamento dos leitos hospitalares e um melhor atendimento das necessidades terapêuticas dos grupos humanos da comunidade”.^{10:1}

“O desafio do sistema público brasileiro está em integrar a atenção domiciliar com os outros pontos de atenção à saúde do sistema, incluindo as equipes de saúde da família. Além disso, há que se considerar, concretamente, as condições de habitabilidade de grandes contingentes da população brasileira e as condições singulares das famílias das pessoas sob atenção domiciliar. Porque a atenção domiciliar representa, sempre, um custo social e econômico adicional para as famílias que dela se utilizam.”^{11:128}

Frente a essa necessidade e a esse desafio, o governo brasileiro aprovou em abril de 2002 a Lei nº 10.424, a qual dispõe sobre a Assistência Domiciliar no Sistema Único de Saúde, em complemento à Lei nº 8.080.¹¹ Em outubro de 2003, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) propôs uma resolução referente ao regulamento técnico que normatiza o funcionamento de serviços prestadores de assistência domiciliar, a qual foi aprovada em 26/01/2006¹².

No Plano Nacional de Saúde (PNS) – um Pacto pela Saúde no Brasil, que contempla ações pertinentes

aos anos 2004 a 2007 – há menção à reorganização da prática assistencial, ao fortalecimento da atenção básica, à desinstitucionalização, com o desenvolvimento de modalidades assistenciais alternativas à prática hospitalar, bem como ênfase na humanização do atendimento.¹³ Isto aponta para o fortalecimento da estratégia da saúde da família e conseqüentemente, remete ao atendimento em domicílio.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde elaborou um documento preliminar que norteia a organização desses serviços em âmbito nacional sobre as Diretrizes para a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde.¹³

Recentemente, em 19 de outubro de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.529, em 19/10/2006, que estabelece a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde.¹⁴

Há, portanto, um repensar das políticas públicas em saúde em nosso País, no sentido de organizar esse tipo de assistência, haja vista a necessidade de normatizar serviços públicos que já incorporaram o atendimento domiciliar à saúde em seu cotidiano, pois, atualmente, este atendimento tem sido desenvolvido pelos prestadores de serviços de saúde privadas.

Alguns serviços e localidades se organizaram independentemente de decisão nacional e de diretrizes mínimas para a prática do atendimento domiciliar à saúde. Assim, há municípios que buscam alternativas para a implementação e o desenvolvimento desse atendimento, na tentativa de otimizar os recursos financeiros da saúde, tais como as cidades de Londrina, Santos, Campinas e Belo Horizonte, dentre outras nas diversas regiões do país.

A tentativa de implementar o atendimento domiciliar à saúde em diversos serviços no Brasil tem como característica a adoção de rotinas existentes em outros serviços ou países. Elas nem sempre se adaptam à realidade brasileira, o que é fator preocupante, uma vez que se busca melhor assistência à população, delineamento de fluxo para todos os níveis de atenção à saúde e redução dos custos para o sistema de saúde.

O atendimento domiciliar à saúde possibilita a realização de cuidados aos pacientes em casa e a sensibilização, tanto do paciente quanto da família para alcançar as metas de saúde e a independência dos serviços formais de assis-

tência. Dessa forma, os aspectos políticos, sociais e humanistas são contemplados desde que princípios e práticas se coadunem numa direção que busque tornar o espaço do domicílio como local de ações de desenvolvimento de saúde, recuperação da doença e qualidade de vida para os que ali habitam.

A (Inter) relação entre as políticas públicas e o atendimento domiciliar à saúde

O atendimento domiciliar à saúde requer como modalidade de assistência a elaboração de uma política nacional com bases sólidas que sustente a estruturação do serviço de saúde. Este projeto coloca-se como um grande desafio em nosso País.

Ao considerarmos o atendimento domiciliar à saúde que está sendo efetuado na prática em saúde do território nacional, podemos perceber que, por um lado propicia ao indivíduo e a sua família manter maior controle sobre o processo de tomada de decisões relacionadas ao cuidado à saúde e a possibilidade de individualização do cuidado proposto. Por outro, consideramos que o Estado tem seus deveres relacionados à promoção da saúde, fator que gera responsabilidade e participação também no que é de sua competência, de modo a não sobrecarregar a família nem transferir para ela esse ônus simplesmente enviando o paciente para o domicílio, sem sustentar algumas necessidades, sejam elas materiais, humanas ou outras.

Atualmente percebemos lacunas no sistema de saúde, pois ao mesmo tempo em que ocorre a desospitalização, cria-se uma nova demanda da população, a de suprir as necessidades de cuidados agora existentes no domicílio. Porém, não houve progressos nem estrutura de base, nos quesitos recursos humanos, materiais e organizativos, para alicerçar o atendimento domiciliar à saúde. Há, na verdade, uma inversão, pois surge primeiro a demanda de atendimento domiciliar à saúde por parte da população para depois ocorrer o estabelecimento de políticas públicas, dificultando de certa forma, a organização dos serviços de saúde, principalmente da atenção básica para absorver essa nova demanda, comprometendo inclusive a qualidade da assistência prestada.

Sabemos que o Sistema Único de Saúde no Brasil vem se consolidando e aos poucos mostra uma visão de saúde em evolução, inserida numa realidade também em construção.

Essa consolidação exige repensar seus fundamentos, antever os problemas de saúde e as reais necessidades da população e embasar ações conjuntas em todos os níveis de atenção. Esta perspectiva busca um modelo de atenção que resulte em sua ampliação e efetiva integralidade das ações, evidenciando-se que o atendimento domiciliar à saúde faz parte deste desenvolvimento o qual auxilia a incorporação ao modelo clínico e do modelo epidemiológico, requerendo o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes, centrados no coletivo, na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como, na relação da equipe de saúde com a comunidade e com as famílias.

Requer, igualmente, envolvimento e intervenções dos gestores para alavancar políticas que ainda se mostram incipientes frente às necessidades da população e também dos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento domiciliar à saúde vem demonstrando ser uma opção que oferece ao indivíduo e à sua família a possibilidade de manter maior controle sobre as decisões de saúde, e uma assistência individualizada além de propiciar ainda certa independência e autonomia.

O Estado tem seus deveres relacionados a ações de saúde, fator que gera responsabilidade e participação também no que é de sua competência. Assim, ao estabelecer que pacientes serão atendidos no domicílio, devido a questões já apontadas no texto, precisa desenvolver condições para que este atendimento se efetive de modo a não sobrecarregar a família nem transferir para ela esse ônus, ao simplesmente enviar o paciente para o domicílio sem sustentar algumas necessidades, sejam elas materiais, humanas ou outras. Há também com relação ao atendimento domiciliar à saúde a necessidade de ampliar a compreensão de cuidado, a fim de contribuir, para que os indivíduos se tornem aptos a produzir sua própria história em relação à saúde, sem desresponsabilizar o Estado.

É de fundamental importância considerar que o significado da assistência à saúde está intimamente relacionado à subjetividade de cada ser humano integrado à família, e não somente ao paciente, um dos alvos dessa assistência.

É evidente que só a intervenção e recuperação do corpo biológico não têm respondido de forma plena às necessidades de saúde, pois estas vão além e demandam maior atenção à qualidade de vida, à promoção da saúde e à cidadania.

O atendimento domiciliar à saúde está em crescimento, não apenas devido ao aumento da longevidade da população, mas também pela necessidade de se “desospitalizar” a atenção à saúde da população. O cuidado no domicílio exige planejamento atento das ações, com base nos objetivos assistenciais, no diagnóstico de saúde e também nas condições familiares sob as quais se encontra o paciente, sem mencionar a qualidade de atendimento afetivo que o paciente recebe quando é abrigado em sua casa, onde há maior envolvimento dele com sua família, maior participação no planejamento e na execução dos cuidados necessários desenvolvidos de forma individualizada e, assim, com responsabilidades distribuídas.

O atendimento domiciliar à saúde propicia um vínculo mais intenso com a população e a estimula a conhecer seus direitos e a utilizá-los de forma adequada e na hora certa. O vínculo é uma aproximação entre os profissionais de saúde e a comunidade, o que facilita a assistência à saúde, o conhecimento dos problemas desse local, a promoção da educação em saúde, e auxilia a população na melhor forma de resolver seus problemas.

O Estado tem manifestado sua participação através das políticas públicas em saúde, que tem colocado os aspectos do atendimento domiciliar à saúde em pauta, mas é preciso trilhar um caminho longo e árduo ainda para sedimentar esta forma de atenção à saúde da população. Para tanto, é necessário que gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema lutem para que os direitos de cidadania em saúde sejam alcançados com relação ao atendimento domiciliar à saúde.

Estes fatores podem contribuir para a atenção à saúde desejada em nosso país, entretanto é de extrema importância a reflexão sobre essas ações, bem como de suas interfaces políticas, sociais e humanistas para poder im-

pulsionar as mudanças como um todo, e também conduzir à efetiva integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
2. Chioro A, SCAFF A. A implantação do sistema único de saúde. [online] [acesso 2005 jun 15]. Disponível em: <http://www.sgmfc.org.br/txaps/txaps001.doc>.
3. Ministério da Saúde (BR). Histórico do Ministério da Saúde: **do sanitário à municipalização**. [online]. [acesso 2006 out 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=126.
4. Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec; 1995.
5. Venâncio J. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
6. Andrade LOM. SUS Passo a passo: normas, gestão e financiamento. Saúde em Debate São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva. 2001; Série Didática, 10:139.
7. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Orgânica de Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [online] [acesso 2006 out 10] Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
9. Carletti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliar ao paciente idoso. In: Papaleo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996.
10. Cruz ICF, Barros SRTP, Ferreira HC. Enfermagem em home care e sua inserção nos níveis de atenção à saúde: a experiência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. Enfermagem Atual 2001; 1(4): 35-8.

11. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10424/02, 15 de abril de 2002. Complementa a Lei 8080/90. [online]. [acesso 2006 out 10]. Disponível em: http://www.crefito5.com.br/web/legislacao_lei/lei10424.doc
12. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada: RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. [online] [acesso 2006 fev 5]. Disponível em: www.anvisa.gov.br/leisref/public/.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/
PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. [online] [acesso 2006 fev 5]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNS.pdf>.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. [online] [acesso 2006 fev 5]. Disponível em: <http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>.

RECEBIDO: 18/07/2007

ACEITO: 03/03/2008

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE: REFLEXÃO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS¹*VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS: REFLECTIVE STUDY ON PUBLIC POLICIES**VIOLENCIA CONTRA NIÑOS Y ADOLESCENTES: REFLEXIÓN SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS*QUITÉRIA CLARICE MAGALHÃES CARVALHO²MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO³MARIA JOSEFINA DA SILVA⁴VIOLANTE AUGUSTA BATISTA BRAGA⁵MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO⁶

A violência ocupa lugar de destaque na sociedade moderna e configura-se como um problema de saúde pública. Objetivou-se descrever sobre as políticas relacionadas à violência contra a criança e o adolescente. Estudo documental, reflexivo, compreendendo os anos 1982 a 2006. Pelos dados formulou-se a categoria: políticas públicas face à violência contra crianças e adolescentes. Depreendeu-se que a maneira com que os mesmos têm sido tratados, oscila entre a negligência, punição e medidas puramente assistencialistas. Estatutos, códigos e leis existem, aparentemente o que falta, são medidas enérgicas, para efetivação dos mesmos. Sendo necessário, desenvolver atividades que propiciem às crianças e adolescentes possibilidades de uma vida permeada pelo respeito. O fenômeno da violência deve remeter a sociedade à incansável luta pelo exercício da democracia. Dentre os elementos sociais, destaca-se o enfermeiro, presente em vários cenários de atendimento à criança e ao adolescente, podendo contribuir significativamente na detecção, prevenção e notificação de tal fenômeno.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde; Maus-tratos infantis; Defesa da criança e do adolescente.

Violence takes up a prominent place in the modern society. It is considered a public health problem. The aim of this study was to describe policies related to violence against children and adolescents. It was a documentary and reflective study which involved data from 1982 to 2006. From the data, it was formulated the following category: public policies concerned violence against children and adolescents. It is inferred that the way they have been treated varies between negligence, punishment and mere measures of care. There are statutes, codes and laws; however it seems they need energetic effective measures to be put into effect. It is necessary to develop activities that propitiate possibilities of a life with respect to the children and adolescents. The phenomenon of violence must send the society to the tireless fight for the practice of democracy. Amongst the social elements, the nurse is detached for being present in many scenes of assistance to children and adolescents, having opportunity to contribute significantly to the detection, prevention and notification of such phenomenon.

KEYWORD: Health policy; Child abuse; Child advocacy.

La violencia ocupa un destacado lugar en la sociedad moderna y se configura como un problema de salud pública. El objetivo fue narrar sobre las políticas relacionadas a la violencia contra el niño y el adolescente. Estudio documental, reflexivo, entre los años 1982 a 2006. A través de los datos se formuló la siguiente categoría: las políticas públicas frente a la violencia contra niños y adolescentes. Se deduce que la manera como los mismos han sido tratados, oscila entre la negligencia, punición y medidas puramente asistenciales. Los estatutos, los códigos y las leyes existen, aparentemente hacen falta medidas enérgicas, para que los mismos se tornen efectivos. Es imprescindible el desarrollo de actividades que ofrezcan a los niños y a los adolescentes posibilidades de una vida plena de respeto. El fenómeno de la violencia debe remitir a la sociedad a la lucha incansable para el ejercicio de la democracia. Entre los elementos sociales, se distingue el enfermero, siempre presente en los diversos ambientes de atención al niño y al adolescente, pudiendo contribuir de manera significativa en la detección, prevención y notificación de tal fenómeno.

PALABRAS CLAVE: Política de salud; Maltrato a los niños; Defensa del niño.

¹ Pesquisa realizada na disciplina “Enfermagem e as políticas sociais e de saúde” e com parte extraída da Dissertação de Mestrado desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

² Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Bolsista da CAPES. Rua Francisco Glicério, 935 apto 203 A. CEP: 60711-060. Maraponga, Fortaleza-CE, Brasil. Fone:55 85 32928524 E-mail : ccs01@uol.com.br

³ Enfermeira. Pós- Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC. Pesquisadora do CNPq. E-mail: cardoso@ufc.br

⁴ Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

⁵ Enfermeira; Doutora em ????. Professora Associado do Departamento de Enfermagem da Universidade do Ceará. E-mail: vivi@ufc.br

⁶ Doutora em Doenças Tropicais. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Pesquisadora do CNPq.

INTRODUÇÃO

A violência contra a criança e o adolescente, assim como a crise dos sistemas presidiário e policial, têm ocupado lugar de destaque nos últimos anos, sendo veiculados pelos principais meios de comunicação. Atualmente violência não é mais exclusividade do setor jurídico, sobretudo por ter se tornado um dos mais graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Essa afirmativa implica não apenas a contemplação da violência em suas consequências para o indivíduo e sociedade, mas também a implementação de medidas de prevenção, ao se reconhecer seus determinantes ou fatores de risco.

No entanto, para trabalhar o tema violência na perspectiva da saúde pública é preciso considerá-la como parte do universo da saúde, tudo o que significa agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais, e à qualidade da existência¹.

De acordo com o Ministério da Saúde, violência é definida como ações praticadas por indivíduos, grupos, classes ou nações, que tenham como consequência danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outro². Ainda, violência envolve regras e uma relação de poder, na qual o agressor mantém um domínio sobre a vítima, seja de forma física, econômica, emocional, entre outros. Nesta perspectiva, compreende-se que a propagação da violência tem sua gênese na desigualdade social e de poder³.

Segundo sublinha a Organização Mundial de Saúde (OMS) existem três tipos de violências: a auto-inflingida, a coletiva e interpessoal. A violência contra criança e adolescente está inserida no contexto da violência, pois inclui-se nela a violência familiar e a conjugal.²

Especificamente a violência contra a criança e o adolescente é classificada das seguintes formas: a física, a psicológica, a sexual, a negligência e ainda a síndrome de Muchausen por procuração, ou seja, simulação de problemas de saúde da criança pelos pais ou responsáveis⁴. No caso do trabalho infantil, além de ser uma violência social é também uma violência intrafamiliar, por ser considerada de caráter interpessoal.

Entre as modalidades de violência infantil, destacam-se a física, a sexual, a psicológica e a negligência. De

modo geral ocorrem no seio familiar da vítima, o que caracteriza a violência doméstica e intrafamiliar. Assim, enquanto a primeira instala-se entre pessoas que não mantêm vínculos de consangüinidade ou afetivos, a violência intrafamiliar é gerada entre pessoas com vínculos consangüíneos ou domésticos².

A legislação brasileira para proteção de crianças e adolescentes é uma das mais avançadas do mundo. Entretanto, os indicadores apontam para alarmante estatística segundo a qual cerca de 20% desses indivíduos são vítimas de alguma forma de violência⁵.

Como previsto na Constituição Federal é atribuído à sociedade e ao Estado o dever de assegurar à criança e ao adolescente o respeito aos seus direitos fundamentais⁶. Segundo descreve o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária⁷.

Diante do exposto, questiona-se que medidas políticas vêm sendo adotadas no Brasil, para o combate da violência contra a criança e o adolescente? O que existe na literatura sobre o enfrentamento de tal fenômeno?

Em face dos diferentes aspectos apresentados, torna-se necessário maior compreensão acerca do papel que o poder público vem desempenhando sob a forma de medidas preventivas ou curativas, utilizadas em relação à violência contra a criança e o adolescente.

Neste aspecto desenvolveu-se o presente estudo cujo objetivo é descrever o atual quadro político brasileiro relacionado à violência contra a criança e o adolescente.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo documental reflexivo que buscou identificar as políticas sobre a violência contra a criança e o adolescente no Brasil.

O estudo foi realizado mediante busca sistemática na LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Esta é uma base de dados cooperativa da Rede BVS que compreende a literatura relativa às ciências da saúde publicada nos países da América Latina e Caribe.

Contém artigos de 1.300 revistas consideradas as mais conceituadas da área da saúde e também possui entre outros documentos as publicações governamentais. Diante disso, considerou-se suficiente esta base de dados para subsidiar o objetivo proposto.

Foram utilizados como critério de seleção os descritores em saúde: política de saúde, violência, defesa da criança e do adolescente. Quanto ao período para captação dos dados foi delimitado entre os anos de 1982 a 2006, tendo sido observadas 39 referências, das quais 25 atenderam ao objetivo proposto.

Para análise dos documentos, estes foram integralmente lidos, interpretados e agrupados, desvelando uma categoria intitulada políticas públicas em face da violência contra a criança e o adolescente.

Embora de modo geral, se exija o cumprimento de observância dos preceitos éticos em estudo com seres humanos, neste não foi solicitada apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de investigação desenvolvida com dados publicados e de livre acesso aos cidadãos. Portanto, não implica conflitos éticos e de interesse, além de não expor a população a risco ou constrangimentos. Ao contrário, este estudo é uma contribuição social e política e pode propiciar reflexões acerca das necessidades básicas da criança e o adolescente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Políticas públicas em face da violência contra criança e o adolescente

Como mostra a literatura, a violência contra a criança foi estudada pela primeira vez na Europa, no ano de 1860, pelo médico legista francês Tadiou, ao publicar estudo no qual descrevia vários tipos de ferimentos contra crianças por seus pais, responsáveis e professores. Com isto, estabeleceu-se o conceito de criança maltratada⁸.

Decorridos mais de cem anos, nos Estados Unidos, em 1962, o mesmo tipo de violência foi alvo de discussão entre dois médicos, definindo-se a síndrome da criança maltratada. Somente em 1975, porém, a Organização Mundial de Saúde incluiu tal síndrome na Classificação Internacional das Doenças (CID). A partir desse período, estudos

foram desenvolvidos nas diversas áreas do conhecimento, principalmente por sociólogos, médicos, psicólogos. Esta situação motivou a reorganização das políticas sociais e educativas, e, então, se propôs tratamento em diversas regiões do mundo, como na Europa e Estados Unidos. Historicamente, no Brasil, o primeiro caso publicado sobre o tema ocorreu em 1973, em São Paulo, mediante relato de espancamento de uma criança⁸.

Ao longo da história, verdadeiras metamorfoses foram observadas no referente à criação de políticas e ações voltada à criança. Entre elas estão Organizações Não-Governamentais (ONGs), movimentos, instituições, e, particularmente a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), criada em 1964 no auge da ditadura militar⁹.

Entre os princípios desta fundação incluem-se diretrizes usadas como alavanca para forçar os governos estaduais a uma reforma em suas estruturas administrativas com vistas ao atendimento à criança sob a forma das Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor, as FEBEMs. Teoricamente, o papel das FEBEMs tinham cunho sócioeducativo e objetivava uma reinserção do jovem infrator à sociedade, tornando-o protagonista da sua própria história.

Essa teoria, entretanto é questionável, pois a realidade da FEBEM é permeada por rebeliões dos internos e escândalos envolvendo torturas e superlotação. Tal afirmação é corroborada por matéria publicada no Correio Brasiliense datada de 5 de outubro de 2006, segundo a qual 14 pessoas foram condenadas por práticas de violência contra os internos⁹.

Como é notório, até os dias atuais, os objetivos de formular juizados, instituições e reformatórios são confusos, pois não se sabe ao certo se o intuito é reintegrar o menor infrator à sociedade, ou manter a ordem. Inegavelmente algumas ações existem. Contudo, mostram-se incipientes e pontuais, e não alcançam o êxito da reinserção do adolescente em conflito com a lei na vida e na sociedade.

Aparentemente, a finalidade de algumas ações não é proteger as crianças e adolescentes, e sim garantir a manutenção da ordem. De modo geral, estas instituições já nasceram estruturalmente impossibilitadas de cumprirem seu papel. Assim, afirmá-las como centros de reeducação e reabilitação é no mínimo comprometedor⁹.

Conforme as estatísticas, o Brasil se destaca entre os países com maiores taxas de população jovem. Governo e sociedade, porém, não se deram conta deste fato, pois como se observa no dia-dia, as políticas públicas ainda não se descobriram em seu real papel, e são incapazes de oferecer subsídios que assegurem a cidadania da população.

É preciso enfrentar essa realidade. Segundo indicam determinados estudos só as ações conjuntas de profissionais de saúde e de outros segmentos públicos e da sociedade civil poderiam interferir no arrefecimento da violência¹⁰. Destes componentes sociais, destaca-se a figura do enfermeiro, o qual, como profissional de saúde, está sempre presente junto ao cliente, seja por meio de visita domiciliária, seja na emergência hospitalar, na pediatria e na gerência.

No mundo afora e também no Brasil, a violência é o retrato da crise de sociabilidade, identificada nos espaços públicos e privados, nas relações institucionais, grupais e interpessoais em tempos de guerra ou de paz¹¹.

Ademais, como asseveram os pesquisadores, os principais determinantes da violência advêm do crescimento das desigualdades socioeconômicas, somados aos escassos recursos financeiros da nossa população, à ausência de políticas públicas integradas e condizentes com as necessidades da população¹².

Estas constatações são antigas e o diagnóstico situacional dessa problemática já foi traçado há alguns anos. Diante disso, pergunta-se: onde estão as ações e onde está a política social? “Se analisarmos o contexto histórico brasileiro, político e familiar em relação à criança, pode-se afirmar que ela quase não existe, nesse contexto de políticas sociais”.^{13:23} Os próprios fatos decorridos com o passar dos anos evidenciam e corroboram essa afirmativa.

No ano de 1979 se institui a Lei nº. 6.697 que aprova o Código de Menores. Este dispõe sobre assistência, proteção e vigilância a menores. No entanto, considerava a criança como “meio-cidadão”, tinha como foco a criança em situação de risco social e oscilava entre ações assistencialistas e repressivas. Esta situação foi influenciada, sobretudo pelo momento político vivenciado no Brasil, o período da ditadura militar¹⁴.

A partir de 1986 inicia-se um novo momento com base na mobilização para influenciar a Assembléia Nacional Constituinte. Tal processo contou com a participação

de diversas instituições, a exemplo da Comissão Criança e Constituinte, além do Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, que reuniu o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a Associação de Fabricantes de Brinquedos, a Associação Brasileira de Imprensa – ABI, entre outros. Essa manifestação teve como produto final a inclusão dos Artigos 227 e 228 da Constituição de 1988.

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.^{15:393}

Em 1990, ocorre o grande marco das políticas voltadas à população infanto-juvenil. Com a promulgação da Lei nº. 8.069, nasce o Estatuto da Criança e do Adolescente cuja missão era regular as conquistas consubstanciadas na Constituição Federal em favor da infância e da juventude.¹⁵ Permeado por inovações, prioriza substituir medidas de cunho assistencialistas por ações socioeducativas de caráter emancipatório. Diferentemente do Código do Menor, ele visa não somente crianças e adolescentes em “risco social”, na realidade, busca contemplar toda criança e adolescente.

Ao conferir à criança e ao adolescente a condição de sujeitos de direitos frente ao sistema administrador da justiça para a infância e a juventude, o Estatuto da Criança e do Adolescente criou em seu artigo 131¹⁵ os Conselhos Tutelares, órgãos autônomos, não jurisdicionais, encarregados pela sociedade de vigiar o cumprimento dos direitos da criança.

Conforme previsto, sempre que esses direitos forem violados, por ação ou omissão do Estado ou da sociedade, caberá aos Conselhos Tutelares adotar as medidas de proteção cabíveis, ajuizando, quando necessário, perante o Ministério Público ou Judiciário mediante encaminhamento, seja no trabalho junto à família e comunidade, seja requisitando serviços públicos¹⁶.

Ao estabelecer em seu artigo 86 suas diretrizes e normas que a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios¹⁷, o ECA busca uma política descentralizada. Para tanto, cria os conselhos municipais, estaduais e nacional de defesa dos direitos da criança e do adolescente. Esses, compostos de forma paritária por governo/sociedade, atuam no controle das ações voltadas à esfera infanto-juvenil em todos os níveis de governo.

Como observado, o Estatuto pauta-se nas premissas de que deve ser assegurado às crianças e aos adolescentes o pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Em seus artigos, enfatiza ainda, que essa clientela deve ter resguardadas a primazia na prestação de socorros, a precedência de atendimento nos serviços públicos e prioridades na formulação e execução de políticas sociais e, por fim, o privilégio da destinação de recursos públicos para a proteção infanto-juvenil.

Conforme previsão do ECA, como instrumento de captação de recursos, foram criados os Fundos da Criança e do Adolescente, pois uma política de atendimento demanda recursos financeiros. Para permitir uma dilatação dos orçamentos destinados à área da infância e juventude foram idealizados os fundos¹⁴.

Em seus diversos artigos, o estatuto aborda a violência contra crianças e adolescentes como marco de legislação para proteção infanto-juvenil. Contudo, trata-se de uma legalidade não reclamável, que não oferece garantias concretas no cotidiano, porquanto o Brasil ainda não aceitou e muito menos incorporou esse estatuto¹⁵.

Nos anos de 1993 a 1996 ocorreram algumas medidas destinadas ao combate à violência contra a criança e o adolescente. Entre elas incluem-se: A Lei nº. 12.242/93, que determina aos órgãos públicos de saúde conveniados ao SUS a constituição de comissões de maus tratos à infância e a adolescência; a Campanha pelo Fim da Exploração, Violência e Turismo Sexual contra Crianças e Adolescentes, tendo como lema Exploração Sexual: não dá para engolir, promovida pela Casa Renascer; a Frente Parlamentar e instituições governamentais e da sociedade

civil. Paralelamente, o Presidente da República, Centro de Defesa da Criança e do Adolescente (CEDECA-BA), o UNICEF, a Polícia Federal e centenas de organizações não-governamentais lançam a Campanha Nacional de Combate à Exploração Sexual Infanto-Juvenil¹⁸.

Com a mesma finalidade, o Governo Federal, por meio da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, juntamente com a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e a adolescência (ABRAPIA), lança em fevereiro de 1997, a Campanha Nacional contra o Turismo Sexual, implementando o serviço telefônico nacional gratuito, o 0800-99 0500¹⁹ para denúncias de abuso e exploração sexuais contra crianças e adolescentes.

Contudo, para tornar realidade essa iniciativa, paralelamente devem haver mudanças na atual legislação brasileira, no intuito de fechar definitivamente hotéis, pousadas, pensões e motéis que insistem em hospedar crianças e adolescentes desacompanhados de pais ou responsáveis, sem as respectivas autorizações.

Consoante essas questões, em 2000 é aprovada no Congresso Nacional a Lei 9.970, que institui o 18 de maio como o dia nacional de luta pelo fim da violência sexual contra a criança e o adolescente, em homenagem a uma menina de nove anos, espancada, morta e estuprada em 18 de maio de 1973. Ainda em 2000 o Governo Federal cria o Programa de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, conhecido como Programa Sentinela, cuja responsabilidade de execução coube ao Ministério de Assistência e Previdência Social. O governo começa então, a implementação do Plano Nacional em parceria com estados e municípios¹⁹. Comparado, porém, com a demanda, o programa ainda é insuficiente, mas nele atuam profissionais das ciências sociais, assistentes sociais, psicólogos e pedagogos.

Outro avanço ocorreu no ano de 2001, com a criação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, elaborada pelo Ministério da Saúde¹⁹. Conforme referida política reconhece, existe um grande despreparo por parte dos profissionais de saúde e dos setores da saúde em geral na atuação efetiva nos casos de violência contra crianças e adolescentes. Além disso, a necessidade de ações intersetoriais para a prevenção e assistência aos cidadãos vitimados.

Outra ação do ano de 2001 foi o lançamento do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, pela Secretaria dos Direitos Humanos e Ministério da Justiça,¹⁹ também com uma visão intersetorial. Apesar de ser uma iniciativa do Ministério da Justiça, refere algumas ações do setor saúde, principalmente no tocante ao atendimento e notificação.

Em continuidade à política de combate à violência sexual infanto-juvenil, em 11 de fevereiro de 2003 foi instalada a Comissão Interministerial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. A referida comissão visa construir uma ação integrada de esfera federal no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, como uma luta ética. Neste contexto, quatro meses depois, o Congresso Nacional instalou, no dia 12 de junho de 2003, a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) mista, destinada a investigar as redes de exploração sexual contra crianças e adolescentes. Como fonte para o requerimento desta CPI, usou-se estudo denominado Tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial no Brasil, realizado pela Organização dos Estados Americanos (OEA) e coordenado, no Brasil, pelo Centro de Referência, Estudos e Ações sobre a Criança e o Adolescente (CECRIA), em 2002. Conforme este estudo revelou, o crime organizado no Brasil utiliza 241 rotas terrestres, marítimas e aéreas para explorar sexualmente mulheres, jovens e crianças²⁰.

Ao se proceder a uma reflexão jurídica, social e política na área do combate à violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, bem como sobre a garantia de seus direitos, é gritante a necessidade de mudanças decisivas. Algumas já concretizadas, em determinados casos, com auxílio de atores sociais como Organizações não Governamentais e sociedade civil. A documentação sobre o assunto é ampla, tais como: estatutos, códigos e leis. Faltam porém, e seu cumprimento na prática.

Ante tanta violência, ficamos indignados sobretudo com os tipos de violência praticados contra a criança. Todavia ainda é frágil a sensibilidade crítica em busca de resolubilidade. De modo geral, o cidadão parece não acreditar que tal fenômeno envolve a sociedade como um todo²¹. Dessa forma, o desenvolvimento de ações

que propiciem às crianças e adolescentes a possibilidade de uma vida permeada pelo respeito, torna-se uma realidade cada vez mais distante. A violência infanto-juvenil é um flagelo e como tal, deve nos instigar na incansável luta pelo real exercício político da democracia, com vistas a contemplar as diversas e legítimas demandas exigidas pelo coletivo.

CONCLUSÕES

Conforme evidenciamos e de acordo com os diferentes documentos analisados, ao longo da história a criança e o adolescente foram tratados com base em ações que oscilaram entre negligência, punição e medidas puramente assistencialistas. Instituições como a FEBEM, voltadas a crianças e adolescentes em “perigo social”, nascem desestruturadas para alcançar tal objetivo. Conseqüentemente, transformam-se em espaço físico para manter a “ordem social” sem se preocupar em assegurar aos menores uma reinserção social. Esta, pela forma estigmatizante como atua, é vista, muitas vezes de forma negativa, pois construiu uma imagem alicerçada na tortura, superlotação e negligência com a população infanto-juvenil atendida.

Segundo mencionado, até 1990, período que antecedeu o Estatuto da Criança e do Adolescente, a criança e o adolescente eram tratados como “meio-cidadãos”, portadores de poucos direitos. Entretanto, com o advento deste estatuto, tornam-se “visíveis”, como reza este documento. De acordo com estas, independentemente do seu contexto, a criança e o adolescente são portadores de direitos, e dessa forma, devem ser tratadas como cidadãos. Ainda conforme o ECA, é dever do Estado da família e da sociedade prover-lhe segurança, escola, saúde, dignidade, e resguardar crianças e adolescente de toda forma de violência entre outros.

No referente ao combate à violência, observou-se a atuação da sociedade civil, presente sob a forma de Organizações não-Governamentais. O Estado também, oferece sua parcela de contribuições por meio da criação das Políticas de Redução da Morbimortalidade e do combate a violência, principalmente a sexual.

Quantitativamente, são louváveis campanhas, estatutos, leis, além de ações embora incipientes e pontuais. En-

tretanto, é evidente a falta de articulação política na busca de formação de uma rede de apoio, ou seja, a intersectorialidade.

Diante das diferentes exposições, percebe-se que no país há lacunas acerca de mudanças estruturais direcionadas à criança e ao adolescente. Sobressai muitas vezes o desrespeito a essa clientela. Contudo, provavelmente, a efetivação das políticas já existentes, só será obtida com a mobilização da sociedade e a construção de uma nova proposta hegemônica social. No combate à violência, urge, porém, a reflexão e a ação de toda a sociedade, bem como dos profissionais envolvidos de forma direta na assistência à criança e o adolescente vítimas de violência. De modo especial, cabe à enfermagem estar no enfrentamento desse flagelo humano. Como profissional, visto que dentre os profissionais da saúde, o enfermeiro é um dos componentes mais presentes junto ao cliente, seja por meio de visita domiciliária, seja na emergência hospitalar, na pediatria e na gerência. Dessa forma, teremos uma enfermagem com grandes possibilidades de se firmar como propulsora na defesa da criança e do adolescente.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MC, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999 out/dez; 4(1): 7-23.
2. Faleiros E. Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes. Brasília: Thesaurus; 2000.
3. Nogueira LA, Bellini LM. Sexualidade e violência, o que é isso para jovens que vivem na rua? *Texto & Contexto Enferm* 2006 maio/ago; 15(4): 610-6.
4. Azevedo MA, Guerra V, organizadores. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu; 2000.
5. Laks J, Werner J, Miranda-Sá JRLS. Psiquiatria forense e direitos humanos nos pólos da vida: crianças, adolescentes e idosos. *Rev Bras Psiquiatr* 2006 out; 28(supl.2): S80-5.
6. Ferreira AL. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *J Pediatr* 2005 nov/dez; 5(supl.):S173-80.
7. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 8069 de 13 julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [online] [Acesso 2006 dez 8]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm.
8. Aded NLO, Dalcin BLGS, Moraes TM. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Rev Psiquiatr Clín* 2006 mar-abr; 33(4):204-13.
9. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia Para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 4.176, de 28 de março de 2002. Aprova a Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas e institui Grupo de Trabalho Interministerial com o objetivo de elaborar proposta do Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas – PNETP. [online] [Acessado 2006 dez 8] . Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/consulta_publica/trafico-pessoa.htm.
10. Pordeus AMJ, Fraga MNO, Faço TPP. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003 jul-ago; 19(4):1201-4.
11. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saúde Pública* 2006 ago; 40(2):112-20.
12. Macedo AC, Paim JS, Silva LMV. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2001 dez; 35(6): 515-22.
13. Faleiros V, Pranke C, Castanha M, Costa O, Santos ME. Estatuto da criança e do adolescente: uma década de direitos – avaliando resultados e projetando o futuro. Campo Grande:UFMS; 2001.
14. Ippolito R, Santos BR. Cronologia das ações voltadas ao combate da violência contra criança e adolescentes. [online] [acesso 2006 dez 10]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/secad/arquivos/pdf/guiaescolar/guiaescolar_p015_021.pdf.
15. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. p. 393.

16. Assis SG. Traçando caminhos em uma sociedade violenta: a vida de jovens infratores e de seus irmãos não-infratores. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.
17. Ministério da Saúde(BR). Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília: 18 de maio de 2001^a. Seção 1E n.96.
18. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Criança e a adolescência – ABRAPIA. Dados estatísticos da ABRAPIA [online] [acesso 2006 dez 20] Disponível em: <http://www.abrapia.org.br/antigo/dados/graficos/graficos.htm>.
19. Ministério da Justiça(BR). Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Infanto-Junvenil. Brasília (BR): Ministério da Justiça; 2001.
20. Carvalho QCM, Frota MA. Exploração sexual na infância e na adolescência: cotidianos e perspectivas. Rev RENE 2005 set-dez; 6(3):63-70.

RECEBIDO: 05/07/2007

ACEITO: 03/03/2008

APLICAÇÃO E VALIDAÇÃO DA BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE – SHORT FORM (BSES-SF) EM PUÉRPERAS

APPLICATION AND VALIDATION OF BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE – SHORT FORM (BSES-SF) IN POSTNATAL MOTHERS

APLICACIÓN Y VALIDEZ DE LA BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE-SHORT FORM (BSES-SF) EN PUÉRPERAS

REGINA CLÁUDIA MELO DODT¹

DODT, R. C. M. Aplicação e Validação da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF) em Puérperas. Fortaleza. [Dissertação]. Fortaleza (CE). Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. 2008.

Orientadora: Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes

A Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES – SF) é um instrumento que se destina a avaliar as expectativas pessoais acerca da auto-eficácia da mulher que amamenta. Logo, este estudo teve como objetivos: aplicar a BSES-SF em mulheres assistidas no puerpério imediato e verificar a confiabilidade e a validade da BSES-SF para a detecção da confiança das mulheres no leite materno e no seu potencial de exercer a amamentação. No contexto brasileiro, a BSES nas duas formas (completa e abreviada) foi submetida ao processo de tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa por Oriá (2008) e assim desenvolveu-se um estudo metodológico com abordagem quantitativa realizado nas unidades de Alojamento Conjunto (AC) de uma maternidade pública de grande porte, de referência terciária na assistência perinatal e neonatal, em Fortaleza. A amostra foi constituída de 294 puérperas admitidas no alojamento conjunto. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2007, tendo sido utilizada além da BSES-SF um formulário com informações sociodemográficas, antecedentes obstétricos, dados da gravidez atual, parto, puerpério, condições da mama, dados

do nascimento e saúde da criança. O Alfa de Cronbach foi de 0,74 indicando alta consistência interna, a qual foi ratificada pelo coeficiente de correlação intraclassa que variou de 0,69 a 0,78. A validade de construto realizada pela análise fatorial utilizando a análise dos componentes principais, revelou que apesar dos itens 3,7 e 9 ficarem alocados nos dois fatores, prevaleceu o fator com maior valor da correlação, respectivamente o item 3 (0,353) e 9 (0,536) no domínio intrapessoal e item 7 (0,565) no domínio técnico, pois todos os itens têm cargas fatoriais acima de 0,30, o que é recomendado pelos especialistas, portanto nenhum item foi eliminado. A partir da correlação entre a BSES-SF e as variáveis sociodemográficas, verificou-se que somente a idade das puérperas apresentou associação estatística significativa tanto na escala total ($r = 0,139$; $p = 0,018$), como no domínio técnico ($r = 0,118$; $p = 0,044$) e no domínio intrapessoal ($r = 0,133$; $p = 0,023$). Constatou-se, portanto, a relevância da escala quanto a sua utilização pelos enfermeiros no Alojamento Conjunto, constituindo-se um instrumento confiável e válido para diagnosticar a confiança das puérperas no leite materno e

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC. Enfermeira Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e Hospital Infantil Albert Sabin. Membro do Projeto de Pesquisa Promoção da Saúde da Criança e da Família. Bolsista da FUNCAP. Avenida Heróis do Acre, nº 50; aptº 104; Bairro Passaré; CEP: 60743-760. E-mail: reginadodt@yahoo.com.br

no seu potencial de exercer a amamentação, o que resultará em intervenções individualizadas e em uma assistência voltada para a promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno, Alojamento Conjunto, Validade dos testes, Enfermagem.

Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES – SF) is an instrument which aims to evaluate the personal expectations concerning the breastfeeding woman self-effectiveness. Therefore, this study had as objectives: to apply BSES-SF in women attended in the immediate postpartum period and to verify the reliability and the validity of BSES-SF for the detection of the women's confidence in the maternal milk and in their potential of exercising breast-feeding. In the Brazilian context, BSES in its two forms (complete and **abbreviated**) was submitted to the translation process and cultural adaptation for the Portuguese language by Oriá (2008) and thus a methodological study with quantitative approach was developed and carried out in the units of rooming-in care (RC) of a large public maternity, of tertiary reference in the prenatal and neonatal assistance, in Fortaleza. The sample was constituted of 294 postnatal mothers, admitted in the RC. The data collection took place within the period of August to October 2007, having been used besides BSES-SF a form with social-demographic information, obstetric antecedents, current pregnancy data, labor, postpartum period, breast condition, birth data and information on the child's health. The Alpha of Cronbach was of 0,74 indicating high internal consistence, which was ratified by the **intraclass correlation coefficient** which varied from 0,69 to 0,78. The construct validity accomplished by the factorial analysis using the analysis of the main components, revealed that in spite of items 3, 7 and 9 being allocated in the two factors, the factor with the largest value in the correlation prevailed, respectively items 3 (0,353) and 9 (0,536) in the intrapersonal domain and item 7 (0,565) in the technical domain, because all of the items have factorial loads above 0,30, what is recommended by the specialists, therefore no item was eliminated. Starting from the correlation between BSES-SF and the social-demographic variables, it was verified that only the age of

the postnatal mothers presented significant statistical association both in the total scale ($r = 0,139$; $p = 0,018$), in the technical domain ($r = 0,118$; $p = 0,044$) and in the intrapersonal domain ($r = 0,133$; $p = 0,023$). It was verified, therefore, the relevance of the scale as for its use by the nurses in the Joint Lodging, being a reliable instrument, valid to diagnose the postnatal mothers confidence in the maternal milk and in their potential of exercising breast-feeding, that will result in individualized interventions and in an assistance focused on health promotion.

KEYWORDS: Breastfeeding, Rooming-in Care, Validity of tests, Nursing.

La Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES – SF) es una herramienta destinada a evaluar las expectativas personales de la capacidad propia de la mujer que amamanta. Por lo tanto, los objetivos de este estudio fueron: aplicar la BSES-SF en mujeres asistidas en el puerperio inmediato y verificar la confianza y validez de la BSES-Sf para detectar la confianza por parte de las mujeres en la leche materna y en su capacidad de ejercer la lactancia materna. En el contexto brasileño, la BSES en las dos maneras (completa y sintetizada) fue sometida al proceso de traducción y adaptación cultural para la lengua portuguesa por Oriá (2008) y así se desarrolló un estudio metodológico con planteo cuantitativo realizado en las unidades de Alojamiento Conjunto (AC) de una importante maternidad pública, de referencia terciaria en la asistencia perinatal y neonatal, en Fortaleza. La muestra constó de 294 puérperas, admitidas en el alojamiento conjunto. La recogida de datos ocurrió en el período de agosto a octubre de 2007, en el cual se utilizó además de la BSES-SF una encuesta con informaciones sociodemográficas, antecedentes obstétricos, datos de la gestación actual, parto, puerperio, condiciones de la mama, datos del nacimiento y de la salud del niño. El Alfa de Cronbach fue de 0,74 indicando alta consistencia interna, ractificada por el coeficiente de correlación interclase que varió de 0,69 a 0,78. La validez de construto realizada por el análisis factorial que utilizó el análisis de

los componentes principales, reveló que a pesar de que los ítems 3, 7 y 9 fueron alocados en los dos factores, prevaleció el factor con mayor valor de la correlación, respectivamente el ítem 3 (0,353) y 9 (0,536) en el dominio intrapersonal e ítem 7 (0,565) en el dominio técnico, pues todos los ítems tienen cargas factoriales superior a 0,30, lo que es recomendable por los especialistas, por lo tanto ningún ítem fue rechazado. A partir de la correlación entre la BSES-Sf y las variables sociodemográficas, se verificó que solamente la edad de las puérperas presentó asociación estadística significativa tanto en la escala total ($r = 0,139$; $p = 0,018$), como en el

dominio técnico ($r = 0,118$; $p = 0,044$) y en el dominio intrapersonal ($r = 0,133$; $p = 0,023$). Se constató, por lo tanto, la relevancia de la escala en relación a su uso por los enfermeros en el Alojamiento Conjunto, constituyendo de esta forma en una herramienta confiable y válida para diagnosticar la confianza de las puérperas en la leche materna y en su potencial de ejercer la lactancia materna, lo que resultará en intervenciones individualizadas y en una asistencia encaminada hacia la promoción de la salud.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna, Alojamiento Conjunto, Validez de las pruebas, Enfermería.

Obs: Site para acesso online:
[http://www.teses.ufc.br/tde_busca/
arquivo.php?codArquivo=1049](http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1049)

RECEBIDO: 08/01/2008

ACEITO: 31/01/2008

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista RENE é uma publicação trimestral da Rede de Enfermagem do Nordeste, com sede no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e se propõe a divulgar a produção científica de seus assinantes, profissionais, estudantes de enfermagem e áreas afins. As diretrizes gerais da Revista são definidas e executadas pela Comissão Editorial.

ORIENTAÇÕES EDITORIAIS

Os trabalhos remetidos para publicação devem ser inéditos e exclusivos da Revista enviados para: Rede de Enfermagem do Nordeste - Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP 60.430-160. Fortaleza- CE.

Devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo: o nome completo do(s) autor(es), locais de trabalho, cargos e/ou títulos atuais, endereço, telefone, fax, e-mail. Lembramos que todos os autores devem ser assinantes da Revista.

Serão examinados por consultores “*ad hoc*”, a critério da Comissão Editorial, omitida a identificação dos consultores e dos autores. Estes serão notificados da aceitação ou não. Os trabalhos recusados serão devolvidos.

A Comissão Editorial poderá fazer pequenas modificações, mas as alterações essenciais serão solicitadas aos autores. Os artigos assinados expressam o pensamento dos autores e são de sua inteira responsabilidade, não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Editorial.

As investigações que envolverem seres humanos deverão explicitar o consentimento destes, e serem compatíveis com a Comissão de Normas Éticas do Conselho Nacional de Saúde.

Após publicados os artigos tornam-se propriedade da Revista, sendo reservado a esta todos os direitos autorais.

TIPOS DE TEXTO

Serão analisados para publicação: estudos teóricos/en-saios, artigos de pesquisa, entrevistas, relato de experiência e reflexão; resumo de dissertação, resenha, comunicação.

APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos deverão ser remetidos no máximo em 15 páginas, em três vias (original e duas cópias), impressos em papel A4, juntamente com o arquivo em disquete, apresentado no formato Word for Windows versão 7.0/95 (doc), em espaço 1,5, letra 12, Times New Roman. A primeira página do texto original deve conter o título do trabalho, nome completo do autor e seu respectivo endereço e nas outras duas vias não deverá constar a identificação dos autores.

ESTRUTURA DOS ARTIGOS ORIGINAIS

Título do artigo sintético e objetivo, apresentado seguidamente em Português, em Inglês. e em Espanhol

Nome do(s) autor(es) indicar os títulos e cargos ocupados em nota de rodapé.

Resumo em português, inglês, e em espanhol contendo no máximo 150 palavras que expressem os pontos relevantes do texto e fornecendo uma visão clara e concisa do seu conteúdo. Em espaço simples, letra 10 na mesma seqüência dos títulos.

Palavras-Chave em português, inglês e espanhol com no máximo 05 (cinco), obedecendo aos descritores em **Ciências da Saúde DECS/ BIREME** e/ou MESH/ Index Medicus.

Texto de acordo com a NBR 6022/94 da ABNT

Referências Bibliográficas utilizando o Estilo “Vancouver”, ver exemplos detalhados nas “Normas para Publicação” de cada fascículo.

Tabelas e Ilustrações devem ser apresentadas dentro do texto e sobretudo em preto e branco.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas – De acordo com as normas de Vancouver.

Listar os autores em ordem numérica e consecutiva conforme vão sendo mencionados e identificá-los pelo mesmo número, sempre que citados. O número deve vir sobrescrito¹.

REGRAS GERAIS

Autores: Citar até 6 autores, separados por vírgula, entrando pelo sobrenome, com apenas a inicial maiúscula, seguido das iniciais de prenomes e de outros sobrenomes, sem ponto ou qualquer outro elemento de ligação entre eles.

Ex: Vasconcelos FF e não Vasconcelos, F. de F.

Obs: Mais de 6 autores acrescentar et al.

Título: Indicar em maiúscula apenas a primeira letra do título e de nomes próprios. Para periódicos, os títulos devem figurar como indexados no Index Medicus.

Páginas: Suprimir dezenas ou centenas repetidas. Ex: usar de 43-8.

Para teses informar o número total de folhas. Ex: 120f.

Colocação da página na citação, acrescentar e o número do autor. Ex: ^{1:15}

Notas: Transcrever no idioma da obra, dados como: edição- 10th ed.; nota de dissertação ou tese, ex: [thesis of Doctoral]; notas de Internet, ex: Português: “Disponível em”, “Acessado em”; Inglês: “Available from” e “Accessed at”, etc.

EXEMPLOS:

Capítulos de livro

Mathias I. Instrumento para cirurgia gastroenterológica. In: Marques RG. Cirurgia-instrumental e fundamentos técnicos. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2001. p. 155-60.

Teses, dissertações e monografias

Silveira IP. Partejar – a enfermeira e a humanização do cuidado de enfermagem. [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Fortaleza(CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2003. 81f.

Trabalhos de congressos, seminários

Vale EG. Qualidade nos serviços de saúde. In: Anais do 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1993 28nov-3dez; Olinda(PE), Brasil. Recife(PE): ABEn; 1993. p.53-60.

Artigos de Periódicos

Câmara NAAC, Franco MC. Avaliação e intervenção do enfermeiro no controle da dor no pós-operatório. Rev. RENE, Fortaleza(CE) 2003 jul/dez; 3(2): 57-64.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

GENERAL INFORMATION

RENE journal is published quarterly times a year (one each four months) by the *Rede de Enfermagem do Nordeste* (Nursing Network of Northeastern Brazil), which has headquarters at the Nursing Department of *Universidade Federal do Ceará* (Federal University of Ceara), and whose aim is to divulge the scientific production of its subscribers, professionals, students of Nursing and of related areas of study. The general guidelines of the Journal are defined and carried out by the Editorial Board.

EDITORIAL GUIDELINES

Papers submitted for publication must not have been published and must not have been simultaneously submitted elsewhere. They should be sent to:

Rede de Enfermagem do Nordeste

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP 60.430-160. Fortaleza- CE.

They must be accompanied by the submission letter, which should contain: author's/ authors' full name(s), affiliation, position and/or current titles held, address, telephone number, fax number, e-mail. We remind that all the authors must be subscribers to the journal.

The papers submitted for publication will be examined by *ad hoc* referees pointed out by the Editorial Board; the referees' and authors' identities will be omitted. The authors will be notified of the acceptance or refusal of their work. Refused works will be returned to the authors.

The Editorial Board will be allowed to make small alterations, but the major modifications to the papers will be required to be made by the authors. The articles express the authors' views, for which they are fully liable, not necessarily reflecting the Editorial Board's opinion.

The investigations that entail human beings have to demonstrate their agreement, and to be compatible

with the Code of Ethics Committee of the National Health Council.

The publication of the articles by the journal entails the transference of the copyright to the publishers.

TEXTUAL CATEGORIES

The following textual categories will be analyzed for publication: theoretical studies/essays; research articles; interviews; experience and reflection accounts; dissertation abstracts; reviews; research presentations.

PRESENTATION OF WORKS

The works submitted should be no longer than 15 pages. Three copies must be sent (one original version and two paper copies) printed out in A4 paper, along with a copy of the text file in floppy disk, typed in Word for Windows 7.0/95 format (doc), with the space between lines 1.5, font type Times New Roman, size 12. The first page of the original text must contain the title of the work, the author's (authors') full name(s) and mailing address and, in the other two copies, there must no references that can identify the author(s).

STRUCTURE OF ORIGINAL ARTICLES

The title of the article should be concise and objective, presented consecutively in Portuguese, in English and in Spanish.

Author's (authors') name(s): indicate in a footnote the titles and positions held by the authors.

Resumo in Portuguese, English and Spanish, having no longer than 150 words which express the relevant points on the text and provide a clear and concise view of its content. Single spaced, font size 10 in the same sequence of the titles.

Keywords in Portuguese, English and Spanish, maximum 05 (five), according to keywords in *Ciências*

da Saúde (Health Sciences) DECS/ BIREME and/or MESH/ Index Medicus.

The text must be in accordance to ABNT's NBR 6022/94.

References employing the 'Vancouver' style, see detailed examples at the 'Publication instructions' ('*Normas de publicação*') on each fascicle.

Tables and Illustrations inside of the text in black and white.

EXAMPLES OF REFERENCES

References – In accordance to the Vancouver norms. The authors should be listed in numerical and consecutive order according to their mentioning on the text, and identified by the same number every time that they are quoted. The number should be superscript¹.

GENERAL GUIDELINES:

Authors: Quote no more than 6 authors, separated by commas, starting with the surname, presenting only the first letter in upper case, followed by first name(s) initials and the other surnames, with no period or any other linking element between them.

e.g.: Vasconcelos FF and not Vasconcelos, F. de F.

Note: For more than 6 authors, add *et al.*

Title: Indicate in capital letters only the first letter of the title and of proper names. For journals, the titles should appear as indexed on the Index Medicus.

Pages: Suppress repeated tens or hundreds *e.g.*: Use from 43-8.

For theses, inform the total number of pages; *e.g.*: 120f (120 pages)

Placement of the page in the quotation, add the author's number, *e.g.*: ^{1:15}

Footnotes: should be transcribed in the language that the work was written on, data such as edition- 10th ed.; dissertation or thesis note, *e.g.*: [Doctoral thesis]; Internet notes, *e.g.*: Portuguese: "Disponível em", "Acessado em"; English: "Available from" and "Accessed at", etc.

Examples:

Book chapters

Mathias I. Instrumento para cirurgia gastrenterológica. In: Marques RG. Cirurgia-instrumental e fundamentos técnicos. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2001. p.155-60.

Thesis, dissertations and monographs

Silveira IP. Partejar – a enfermeira e a humanização do cuidado de enfermagem. [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Fortaleza(CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2003. 81f.

Works presented at conferences and seminars

Vale EG. Qualidade nos serviços de saúde. In: Anais do 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1993 28nov-3dez; Olinda(PE), Brasil. Recife(PE): ABEn; 1993. p.53-60.

Journal articles

Câmara NAAC, Franco MC. Avaliação e intervenção do enfermeiro no controle da dor no pós-operatório. Rev. RENE, Fortaleza(CE) 2003 jul/dez; 3(2): 57-64.

NORMAS PARA SU PUBLICACIÓN

INFORMACIONES GENERALES

La Revista Rene es una publicación trimestral de la red de Enfermería del Nordeste, su sede se localiza en el Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará, y su propuesta es la de divulgar la producción científica de sus abonados, profesionales, estudiantes de enfermería y áreas paralelas. Las directrices generales de la Revista son definidas y ejecutadas por la Comisión Editora.

ORIENTACIONES EDITORIALES

Los trabajos remitidos por la publicación deben ser inéditos y exclusivos de la Revista, enviados para: Rede de Enfermagem do Nordeste – Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo – CEP 60.430-160 – FORTALEZA – CE.

Deben venir acompañados de oficio de encaminamiento conteniendo: el nombre completo del(los) autor(es), locales de trabajo, cargos y/o títulos actuales, dirección, teléfono, fax, e-mail.

Les recordamos que todos los autores deben ser abonados de la Revista.

Serán examinados por consultores “*ad hoc*”, a criterio de la Comisión Editora, omitida la identificación de los consultores y de los autores. Éstos serán notificados si fueron aceptados o no. Los trabajos recusados serán devueltos.

La Comisión Editora podrá hacer pequeñas modificaciones, pero las alteraciones esenciales se solicitarán a los autores. Los artículos firmados expresan el pensamiento de los autores y son de entera responsabilidad, sin reflejar necesariamente la opinión de la Comisión Editora.

Las investigaciones que abarquen seres humanos deberán explicitar el consentimiento de los mismos, y ser compatibles con la Comisión de Normas Éticas del Consejo Nacional de Salud.

Después que los artículos sean publicados, pasan a ser propiedad de la Revista, la cual se reserva todos los derechos de autoría.

TIPOS DE TEXTO

Serán analizados para la publicación: estudios teóricos / ensayos, artículos de pesquisa, entrevistas, relato de experiencia y reflexión, resumen de disertación, reseñas, comunicación.

PRESENTACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

Los trabajos se deberán remitir con un máximo de 15 páginas; tres páginas (original y dos copias) impresas en papel A4, junto con el archivo en disquete, presentado en formato Word for Windows, versión 7.0/95 (doc), en espacio 1,5; letra 12, Times New Roman. La primera página del texto original debe contener el título del trabajo, nombre completo del autor y su respectiva dirección y en las otras dos páginas no deberá constar la identificación de los autores.

ESTRUCTURA DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES

Título del artículo sintético y objetivo, presentando seguidamente en Portugués, en Inglés y en Español. Nombre de los(las) autor(es) indicar los títulos y cargos ocupados en artículo a pie de página.

Resumen en portugués, inglés y español, que contenga como máximo 150 palabras que expresen los puntos relevantes del texto, pasando un punto de vista claro y conciso de su contenido. En espacio simple, letra 10 en la misma secuencia de los títulos.

Palabras Clave en portugués, inglés y español con un máximo de 05 (cinco) obedeciendo a las claves en **Ciencias de la Salud DECS/BIREME y/o MESH/Index Medicus**.

Texto de acuerdo con la NBR 6022/94 de ABNT.

Referencias Bibliográficas usando el estilo “Vancouver”, ver ejemplos detallados en las “Normas para Publicación” de cada cuadernillo.

Tablas e Ilustraciones deben presentarse dentro del texto y además en prieto y blanco.

EJEMPLOS DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias Bibliográficas – De acuerdo con las normas de Vancouver. Listar los autores en orden numérica y consecutiva según vayan siendo mencionados e identificarlos por el mismo número, siempre que sean mencionados. El número debe aparecer sobrescrito¹.

Reglas Generales

Autores: Citar hasta 6 autores, separados por coma, entrando por el apellido, con apenas la inicial mayúscula, seguido de las iniciales de nombres y otros apellidos, sin punto o cualquier otro elemento de unión entre ellos.

Ej: Vasconcelos FF y no Vasconcelos, F. de F.– Obs.: Más de 6 autores agregar y tal.

Título : Indicar en mayúscula apenas la primera letra el título y de nombres propios. Para periódicos, los títulos deben figurar como indexados en el Index Medicus.

Páginas: Suprimir decenas o centenas repetidas. Ej: usar de 43-8. Para tesis informar el número total de

hojas. Ej: 120f. Colocación de la página en la citación, agregar e el número del autor. Ej: ^{1:15}

Notas: Transcribir en el idioma de la obra, datos tales como: Edición – 10th ed; nota de disertación o tesis, ej: [thesis of Doctoral]; notas de Internet, ej: Portugués: “Disponível em”, “Accessado em “; Inglés:”Available from “ y Accessed at”, etc.

EJEMPLOS:

Capítulos del libro

Mathias I. Instrumento para cirugía gastroenterología
In: Marques RG. Cirugía-instrumental y fundamentos técnicos. Rio de Janeiro: Cultura Médica;2001.p. 155-60.

Tesis, disertaciones y monografías

Silveira IP. Compartir – la enfermera y la humanización del cuidado de enfermería [disertación de Master en Enfermería] Fortaleza(CE): Departamento de Enfermería, Universidad federal de Ceara, 2003.81f.

Artículos de congresos, seminarios

Vale EG. Calidad en los servicios de salud. In: Anais del 45º Congreso Brasileño de Enfermería; 1993 28nov-3dic; Olinda (PE): ABEn; 1993.p.53-60.

Artículos de Periódicos

Cámara NAAC, Franco MC. Evaluación e intervención del enfermero en el controle del dolor en el post-operatorio. Rev.RENE, Fortaleza (CE) 2003 jul/dic;3(2): 57-64.



ASSINATURA

Assinatura anual individual/profissional R\$ 100,00
 Assinatura anual institucional/Estudante de graduação R\$ 60,00
 Assinatura anual institucional R\$ 125,00
 Assinatura de anos anteriores R\$ 94,00
 Número avulso R\$ 34,00

Ano: _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP.: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ PAÍS: _____

FONE(S) COMERCIAL: () _____ RESIDENCIAL: () _____

E-mail: _____

Depósito bancário para ACEP/ REV. RENE – CONTA CORRENTE: Nº 14684-6 – BANCO DO BRASIL – 001 – AGÊNCIA 3653-6

Nota: Enviar a cópia do recibo à Revista via correio ou fax, juntamente com os dados pessoais do assinante.

Rev. RENE

Rua Alexandre Baraúna, 1115 • Rodolfo Teófilo • Fortaleza-CE • CEP 60430-160 • Fone/Fax: 85-33668453 / 33668451



SUBSCRIPTION

Annual individual subscription/professional R\$ 100,00
 Annual individual subscription/Student of graduation R\$ 60,00
 Annual corporate subscription R\$ 125,00
 Subscription of previous years R\$ 94,00
 Single issue R\$ 34,00

Year : _____

Name: _____

Address: _____

Zip Code: _____ City: _____

State: _____ Country: _____

E-mail: _____

Daytime phone no./Home phone no. _____

Subscribe by sending a bank draft payable to ACEP/REV RENE – Bank Account no. 14684-6 – Bank: Banco do Brasil – 001, Branch: 3653-6

Note: sending the copy of the subscription form and the bank draft receipt to:

Rev. Rene

Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo • Fortaleza-CE • Brasil • CEP: 60430-160 • Phone/Fax: 55 85 33668453/55 85 33668451



SUBSCRIPCIÓN

Inscripción anual individual/profesional R\$ 100,00
 Inscripción anual individual/Alumno de graduación R\$ 60,00
 Inscripción anual institucional R\$ 125,00
 Inscripción de años anteriores R\$ 94,00
 Número avulso R\$ 34,00

Año: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Código postal: _____ Ciudad _____

Estado (departamento) _____ País _____

Correo Electrónico (e-mail) _____

Teléfono laboral/ residencial: _____

ACEP/ Rev. RENE – Cuenta Corriente Nº 14684-6 – Agencia 3653-6 – Banco do Brasil.

Envie ésta ficha de inscripción y copia del recibo bancario para:

Rev. RENE

Rua Alexandre Baraúna, 1115 • Rodolfo Teófilo • Fortaleza-CE • Brasil – 60430-160 • Teléfono/ fax: 55-85-33668453/ 5585-33668451