ISSN 1415-2762

remE

Revista Mineira de Enfermagem

Nursing Journal of Minas Gerais

Revista de Enfermería de Minas Gerais

VOLUME 14 . NÚMERO 3 . JUL/SET DE 2010

EDITORA GERAL

Adelaide De Mattia Rocha
Universidade Federal de Minas Gerais

DIRETOR EXECUTIVO

Lúcio José Vieira
Universidade Federal de Minas Gerais

EDITORES ASSOCIADOS

Andréa Gazzinelli C. Oliveira
Universidade Federal de Minas Gerais

Edna Maria Rezende
Universidade Federal de Minas Gerais

Francisco Carlos Félix Lana
Universidade Federal de Minas Gerais

Jorge Gustavo Velásquez Meléndez
Universidade Federal de Minas Gerais

Marília Alves
Universidade Federal de Minas Gerais

Roseni Rosângela de Sena
Universidade Federal de Minas Gerais

Tânia Couto Machado Chianca
Universidade Federal de Minas Gerais

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Cristina de Oliveira
Universidade Federal de Minas Gerais

Alacoque Lorenzini Erdmann
Universidade Federal de Santa Catarina

Alba Lúcia Bottura Leite de Barros
Universidade Federal de São Paulo – SP

Aline Cristine Souza Lopes
Universidade Federal de Minas Gerais

André Petitat
Université de Lausanne – Suiça

Anézia Moreira Faria Madeira
Universidade Federal de Minas Gerais

Carmen Gracinda Scochi
Universidade de São Paulo – RP

Cláudia Maria de Mattos Penna
Universidade Federal de Minas Gerais

Cristina Maria Douat Loyola
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Daclê Vilma Carvalho
Universidade Federal de Minas Gerais

Deborah Carvalho Malta
Universidade Federal de Minas Gerais

Elenice Dias Ribeiro Paula Lima
Universidade Federal de Minas Gerais

Emília Campos de Carvalho
Universidade de São Paulo – RP

Flávia Márcia Oliveira
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Goolan Houssein Rassool
University Of London – Inglaterra

Helmut Kloos
Universit of Califórnia, San Fransico – USA

remE
Revista Mineira de Enfermagem

Isabel Amélia Costa Mendes
Universidade de São Paulo – RP

José Vitor da Silva
Universidade do Vale do Sapucaí

Lídia Aparecida Rossi
Universidade de São Paulo – RP

Luiza Akiko komura Hoga
Universidade de São Paulo – RP

Magali Roseira Boemer
Universidade de São Paulo – RP

Márcia Maria Fontão Zago
Universidade de São Paulo – RP

Marga Simon Coler
University of Connecticut – USA

Maria Ambrosina Cardoso Maia
Faculdade de Enfermagem de Passos – FAENPA

María Consuelo Castrillón
Universidade de Antioquia – Colombia

Maria Flávia Gazzinelli
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Gaby Rivero Gutierrez
Universidade de São Paulo – SP

Maria Helena Larcher Caliri
Universidade de São Paulo – SP

Maria Helena Palucci Marziale
Universidade de São Paulo – RP

Maria Imaculada de Fátima Freitas
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Universidade Federal de Santa Catarina

Maria José Menezes Brito
Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Lúcia Zanetti
Universidade de São Paulo – RP

Maria Miriam Lima da Nóbrega
Universidade Federal de Paraíba

Raquel Rapone Gaidzinski
Universidade de São Paulo – SP

Regina Aparecida Garcia de Lima
Universidade de São Paulo – RP

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Universidade de São Paulo – RP

Rosângela Maria Greco
Universidade Federal de Juiz de Fora

Silvana Martins Mishima
Universidade de São Paulo – RP

Sônia Maria Soares
Universidade Federal de Minas Gerais

Vanda Elisa Andrés Felli
Universidade Federal de São Paulo – SP

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
Publicação da Escola de Enfermagem da UFMG

Em parceria com:
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz – MG
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação de Ensino Superior de Passos – MG
Universidade do Vale do Sapucaí – MG
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais – MG
Universidade Federal de Juiz de Fora – MG

CONSELHO DELIBERATIVO

Marília Alves – Presidente
Universidade Federal de Minas Gerais

José Vitor da Silva
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz

Rosa Maria Nascimento
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí

Girlene Alves da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Tânia Maria Delfraro Carmo
Fundação de Ensino Superior de Passos

Sandra Maria Coelho Diniz Margon
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Indexada em:
BDENF – Base de Dados em Enfermagem / BIREME-OPAS/OMS
CINAHL – Cumulative Index Nursing Allied Health Literature
CUIDEN – Base de Datos de Enfermería en Espanhol
LATINDEX – Fundación Index
LILACS – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
REV@ENF – Portal de Revistas de Enfermagem – Metodologia SciELO/Bireme - OPAS/OMS
LATINDEX - Sistema Regional de Información en Linea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, Espanã y Portugal

Formato eletrônico disponível em:
www.enfermagem.ufmg.br
www.periodicos.capes.ufmg.br

Projeto Gráfico, Produção e Editoração Eletrônica
Brígida Campbell
Iara Veloso
CEDECOM – Centro de Comunicação da UFMG

Editoração
Saitec Editoração (Eduardo Queiroz)

Impressão
Editora e Gráfica O Lutador

Normalização Bibliográfica
Maria Piedade Fernandes Ribeiro Leite CRB/6-601
Jordana Rabelo Soares CRB/6-2245

Revisão de texto
Maria de Lourdes Costa de Queiroz (Português)
Mônica Ybarra (Espanhol)
Mariana Ybarra (Inglês)

Secretaria Geral
Mariene Luiza Lopes Pereira – Secretária
Gabriela de Cássia C. Rolim de Britto – Bolsista da Fundação Universitária Mendes Pimentel (FUMP)

Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais
Revista Mineira de Enfermagem – Av. Alfredo Balena, 190 – Sala 104, Bloco Norte – Belo Horizonte - MG
Brasil – CEP: 30130-100
Telefax: (31) 3409-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br/reme@enfermagem.ufmg.br

Assinatura
Secretaria Geral – Telefax: (31) 3409 9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br/reme@enfermagem.ufmg.br

Revista filiada à ABEC – Associação Brasileira de Editores Cientíicos

Periodicidade: trimestral – Tiragem: 1.000 exemplares

REME – Revista Mineira de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. - v.1, n.1, jul./dez. 1997. Belo Horizonte: Coopmed, 1997.

Semestral, v.1, n.1, jul./dez. 1997/ v.7, n.2, jul./dez. 2003.
Trimestral, v.8, n.1, jan./mar. 2004 sob a responsabilidade Editorial da Escola de Enfermagem da UFMG.
ISSN 1415-2762

1. Enfermagem – Periódicos. 2. Ciências da Saúde – Periódicos. I. Universidade Federal de Minas Gerias. Escola de Enfermagem.

NLM: WY 100
CDU: 616-83

Sumário

291 **Editorial**

A PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E A IMPORTÂNCIA DOS PERIÓDICOS CIENTÍFICOS
Alacoque Lorenzini Erdmann

293 **Pesquisas**

293 **PERFIL DE IDOSOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

PROFILE OF ELDERLY HOSPITALIZED IN A UNIVERSITY HOSPITAL

PERFIL DE ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Lucielle Peres de Oliveira Rabelo
Maria Aparecida Vieira
Antônio Prates Caldeira
Simone de Melo Costa

301 **AO IDOSO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER: O CUIDADO E O CONHECIMENTO DO CUIDADOR FAMILIAR**

ELDERLY WITH ALZHEIMER'S DISEASE: THE CARE AND THE KNOWLEDGE OF THE FAMILIAL CAREGIVER

EL ANCIANO PORTADOR DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: EL CUIDADO Y EL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR FAMILIAR

Maria Helena Lenardt
Scheilla Cristina da Silva
Mariluci Hautsch Willig
Marcia Daniele Seima

308 **SER MÃE ADOLESCENTE: REPRESENTAÇÕES DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES A PARTIR DA TÉCNICA DO DESENHO-ESTÓRIA**

TEEN BEING A MOTHER: REPRESENTATIONS OF ADOLESCENTS IN THE POST PARTUM FROM THE TECHNIQUE OF DRAWNING-STORY

SER MADRE EN LA ADOLESCENCIA: REPRESENTACIONES DE PARTURIENTAS ADOLESCENTES A PARTIR DE LA TÉCNICA DEL DIBUJO-HISTORIA

Francisco Rafael de Araújo Rodrigues
Dafne Paiva Rodrigues
Lucilane Maria Sales da Silva
Maria Salete Bessa Jorge
Lea Dias Pimentel Gomes Vasconcelos

316 **ANÁLISE DO PROCESSO DE PASSAGEM DE PLANTÃO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA**

ANALYSIS OF THE PROCESS OF SHIFT REPORT AT AN UNIT OF PEDIATRIC HOSPITAL

ANÁLISIS DEL PROCESO DE TRANSICIÓN DE PLANTÓN EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICO

Wender Rodrigues Teodoro
Lori Anisia Martins de Aquino

327 **ENTRE A VIDA ENFERMA E A MORTE SADIA: A ORTOTANÁSIA NA VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

BETWEEN SICK LIFE AND HEALTHY DEATH: ORTHOTANASIA IN THE EXPERIENCE OF NURSES IN AN INTENSIVE CARE UNIT

ENTRE LA VIDA ENFERMA Y LA MUERTE SALUDABLE: ORTOTANÁSIA EN LA EXPERIENCIA DE ENFERMEROS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Silvana Bastos Cogo Bisogno
Alberto Manuel Quintana
Valéri Pereira Camargo

335 **CONHECIMENTO DE PACIENTES E FAMILIARES SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA E SEU TRATAMENTO CONSERVADOR**

PATIENTS AND THEIR FAMILY'S KNOWLEDGE ABOUT CHRONIC KIDNEY DISEASE AND ITS TREATMENT

CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES ACERCA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y SU TRATAMIENTO CONSERVADOR

Mônica Ribeiro Canhestro
Eduardo A. Oliveira
Cristina M. Bouissou Soares
Renata Cristiane Marciano
Deborah Coelho da Assunção
Andrea Gazzinelli

345 **O IMPACTO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM NO NÍVEL DE ANSIEDADE DE PACIENTES CIRÚRGICOS**

THE IMPACT OF VISIT PREOPERATIVE OF NURSING IN THE LEVEL OF ANXIETY OF SURGICAL PATIENTS

EL IMPACTO DE LAVISITA PREOPERATORIA DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS

Thais Falcão Pereira Frias
Cristiane Maria Amorim Costa
Carlos Eduardo Peres Sampaio

353 **PERFIL DE DOADORES EFETIVOS DE ÓRGÃOS E TECIDOS NO ESTADO DO CEARÁ**

PROFILE OF EFFECTIVE DONORS OF ORGANS AND TISSUES IN THE CEARÁ STATE

PERFIL DE DONANTES EFECTIVOS DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN ESTADO DEL CEARÁ

Maria Isis Freire de Aguiar
Tatiana Oliveira Mota Araújo
Maria Márcia de Sousa Cavalcante
Emília Soares Chaves
Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

361 **CUIDADO PERIOPERATÓRIO: PERCEPÇÃO DAS CRIANÇAS COM MAIS DE UMA EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA**

PERIOPERATORY CARE: CHILDREN´S PERCEPTION OF MORE THAN ONE SURGERY EXPERIENCE

CUIDADO PERI OPERATORIO: PERCEPCIÓN DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A MÁS DE UNA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA

Letícia Lima Colinete Costa
Mara Lúcia Garanhani

369 **A NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO DO CLIENTE EM PRÉ-OPERATÓRIO DE COLECISTECTOMIA**

NECESSITIES OF INFORMATION OF THE CLIENT IN THE PREOPERATIVE

LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE EN PREOPERATORIO

Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto
Ana Carolina de Oliveira Araújo
Karina Suzuki
Verônica Carrijo de Freitas

376 **ANÁLISE DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES, 2002-2004**

ANALYSIS OF MATERNAL MORTALITY IN THE MUNICIPALITY OF GOVERNADOR VALADARES, 2002-2004

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE GOVERNADOR VALADARES, 2002-2004

Yara Maria Diniz Figueiredo
Deborah Carvalho Malta
Edna Maria Rezende

386 **DEFICIÊNCIA DE VITAMINA A EM CRIANÇAS RESIDENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

VITAMIN A DEFICIENCY IN CHILDREN LIVING IN THE METROPOLITAN REGION OF BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

DEFICIENCIA DE VITAMINA A EN NIÑOS DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

Ana Laura Antunes Barros
Anne Danieli Nascimento Soares
Milene Cristine Pessoa
Romero Alves Teixeira
Mark Anthony Beinner

394 **TRANSPOSIÇÃO DE FUNÇÃO NA ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

TRANSPOSITION OF FUNCTION IN NURSING: NURSE'S PERCEPTION OF A UNIVERSITY HOSPITAL

TRANSPOSICIÓN DE FUNCIÓN EN ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Marta Motter Magri
Genival Fernandes Freitas

399 **A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À LUZ DO MODO PSICOSSOCIAL**

THE PERFORMANCE OF THE NURSE IN THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS UNDER A PSYCHOSOCIAL APPROACH

EL FUNCIONAMIENTO DE LA ENFERMERA EN LOS CENTROS DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA LUZ DE LA MANERA PSICOSOCIAL

Luciane Prado Kantorski
Álvaro Moreira Hypolito
Janaína Quinzen Willrich
Maria Carolina Pinheiro Meirelles

408 **CUIDADOS REQUERIDOS POR USUÁRIOS DE *CRACK* INTERNADOS EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

CARE REQUIRED FOR USERS OF INTERNAL CRACK IN AN INSTITUTION HOSPITAL

CUIDADOS NECESARIOS PARA USUARIOS DE CRACK DEL INTERIOR DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALAR

Dime Everton Feijó Magalhães
Mara Regina Santos da Silva

417 **Revisão teórica**

417 **CONSELHOS DE SAÚDE: PERFIL DOS USUÁRIOS E DAS ENTIDADES POR ELES REPRESENTADAS**

HEALTH COUNCILS: THE PROFILE OF THE USERS AND OF THE ENTITIES BY THEM REPRESENTED

CONSEJOS DE SALUD: EL PERFIL DE LOS USUARIOS Y DE LAS ENTIDADES POR ELLOS REPRESENTADAS

Bárbara Sgarbi Morgan
Bruna Jacomini Martins
Luciana Inês Fernandes
Márcia dos Santos Pereira
Marisa Antonini Ribeiro Bastos

424 **ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE EDUCAÇÃO PROFISSIONALIZANTE DA ENFERMAGEM BRASILEIRA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

ANALYSIS OF SCIENTIFIC LITERATURE ON PROFESSIONAL EDUCATION IN BRAZILIAN NURSING: AN INTEGRATIVE REVIEW

ANÁLISIS DE LA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN LA ENFERMERÍA BRASILEÑA: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Luciana Regina Ferreira da Mata

Anézia Moreira Faria Madeira

435 **Artigo reflexivo**

435 **A INFLUÊNCIA DA TECNOLOGIA NA SOBREVIVÊNCIA DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO EXTREMO DE MUITO BAIXO PESO: REVISÃO INTEGRATIVA**

THE INFLUENCE OF TECHNOLOGY IN NEWBORN SURVIVAL OF EXTREMELY PREMATURE INFANTS WITH VERY LOW WEIGHT: INTEGRATIVE REVIEW

LA INFLUENCIA DE LA TECNOLOGÍA EN LA SUPERVIVENCIA DE LO RECIÉN NACIDO MUY PREMATURO CON MUY BAJO PESO: EXAMEN DE INTEGRACIÓN

Anatércia Muniz de Miranda

Daniella Imaculada Barros Cunha

Silvana Maria Fagundes Gomes

443 **Normas de publicação**

445 **Publication norms**

447 **Normas de publicación**

A PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E A IMPORTÂNCIA DOS PERIÓDICOS CIENTÍFICOS

A Pós-Graduação em Enfermagem vem crescendo ao longo do tempo e fortalecendo a ciência da enfermagem pelo avanço e consolidação do conhecimento produzido. O reflexo direto desse crescimento pode ser verificado pelo incremento da produção científica e pela ampliação da visibilidade dos programas com a conquista de espaços que garantem à Pós-Graduação em Enfermagem um lugar de destaque nos cenários nacional e internacional. Esse destaque pode ser confirmado pela importância dada aos periódicos de enfermagem tanto na produção e na transferência do conhecimento científico em enfermagem, como na sua utilização e no seu impacto na prática da profissão de enfermagem.

A resposta a esse desempenho se verifica claramente pela considerável elevação da produção científica da Pós-Graduação em Enfermagem, ao se comparar aquela constatada na avaliação trienal de 2004-2006 com a publicação de 3.563 artigos em 373 periódicos com a produção registrada no último triênio de 2007-2009, cujo incremento verificado foi de 68,6%, saltando, assim, para 5.194 artigos publicados em um total de 595 periódicos, com um acréscimo de 62,7%.

Sem dúvida, o avanço científico, tecnológico e em inovação na Enfermagem depende de políticas e estratégias que envolvem a comunidade acadêmica e científica, os profissionais da prática, representantes da associação de classe e de órgãos reguladores do exercício profissional, bem como de gestores implicados no compromisso de disponibilizar à sociedade um cuidado de enfermagem de qualidade, seguro e resolutivo para a saúde do cidadão.

Nossos periódicos científicos, por meio de seus editores, cientistas altamente qualificados, são copartícipes dessa política. São os nossos editores e o corpo editorial que balizam a qualidade do conhecimento científico e tecnológico produzido, bem como disponibilizam para a leitura e a orientação das pessoas, que, de alguma maneira, buscam informações sobre o que vem sendo produzido pelos nossos profissionais intelectuais dedicados à produção desses conhecimentos ou saberes.

De outro modo, nossos editores e pares de consultores analistas são os promotores e os propulsores de avanços na qualidade da produção dos nossos conhecimentos e saberes que sustentam nossa área como ciência, tecnologia e inovação.

A missão dos programas de pós-graduação da área de formar mestres e doutores competentes no exercício do processo de construir e divulgar conhecimentos pertinentes, relevantes e contributivos nos fortalece como disciplina ou campo de saber, importante para alimentar a formação dos nossos profissionais enfermeiros e qualificar a prática da profissão.

Assistimos a uma nova prática no ensino ou academia de enfermagem ao termos em nossas revistas de natureza científica a principal fonte das informações mais atualizadas e mais avançadas dos conhecimentos científicos e tecnológicos que estão sendo produzidos quase que em tempo real.

Sair das "prateleiras", ou agora nem mais estar nelas e chegar até os profissionais e consumidores de nossa ciência, é a grande resposta da importância de ter periódicos científicos com boas indexações e que atendam aos critérios e indicadores que sustentam um periódico de elevada qualidade.

Eis uma das principais contribuições de um periódico científico: servir de fonte ou instrumento de formação profissional tanto na academia como na educação continuada dos enfermeiros no campo da prática da enfermagem.

Todavia, seguimos nos perguntando: Será que nossos alunos dos diversos níveis de formação já estão se familiarizando e utilizando essa fonte como primordial para sua formação? Como acessam, leem, interpretam e conseguem aplicar esses novos conhecimentos? Quais são os periódicos mais acessados e o quanto contribuem para a formação dos nossos enfermeiros? Do mesmo modo podemos questionar nossos docentes, nossos enfermeiros da prática e até nossos usuários do sistema de saúde.

Seguindo nosso foco na valorização dos nossos periódicos, reconhecemos que a evolução deles vem sendo indicador da velocidade de avanço científico da enfermagem, bem como instrumento de indução e de indicação dos rumos que são implementados pelos nossos cientistas analistas sobre os conteúdos e a qualidade deles.

O melhor desempenho dos programas de Pós-Graduação em Enfermagem se mostra nos contextos nacional e internacional por meio de suas publicações efetivadas em periódicos de enfermagem cada vez mais bem qualificados.

A compreensão, a valorização e o investimento na publicação qualificada é o nosso grande desafio. Dependemos dela para galgarmos visibilidade e reconhecimento nacional e internacional.

A Pós-Graduação em Enfermagem, no nosso país, vem respondendo com desempenho exemplar, nos últimos anos, a esse desafio, tanto em número de artigos e ritmo de crescimento na produção como em quantidade de periódicos internacionais editados no Brasil e de periódicos com melhores indexadores, superando os principais índices ou *rankings* de crescimento e qualificação, destacando o Brasil perante os demais países. Esse desempenho se refletiu nos resultados da avaliação trienal 2007-2009, e, com certeza, mantendo-se esse ritmo, estaremos assegurados para novas conquistas.

Consideramos assim, sem sombra de dúvida, que a enfermagem brasileira vem despontando e se consolidando pelo crescimento, na sua alta qualificação científica, e pelas perspectivas de avanço tecnológico e de inovação...

Alacoque Lorenzini Erdmann
Doutora em Filosofia da Enfermagem, Profª Titular da UFSC e PQ 1A-CNPq
Coordenadora da Área da Enfermagem na Capes 2008-2010

PERFIL DE IDOSOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PROFILE OF ELDERLY HOSPITALIZED IN A UNIVERSITY HOSPITAL

PERFIL DE ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Lucielle Peres de Oliveira Rabelo[1]
Maria Aparecida Vieira[2]
Antônio Prates Caldeira[3]
Simone de Melo Costa[4]

RESUMO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea e existem poucos estudos sobre a utilização de serviços hospitalares por idosos. Com este estudo objetivou-se descrever o perfil das internações hospitalares de idosos em um hospital universitário localizado no norte do Estado de Minas Gerais (MG). Este é um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem de aspectos clínicos e epidemiológicos de amostra representativa de idosos hospitalizados. Os dados foram coletados por meio de instrumento próprio, previamente testado. Verificou-se que as internações em idosos representaram 11,0% do total, que a maioria tinha idade entre 60 e 69 anos (44,9%), era do sexo feminino (56,2%) e não havia estudado ou concluído o ensino fundamental (94,2%). Registrou-se que 70,7% correspondiam a idosos hospitalizados pela primeira vez na instituição e 29,3% a clientes com duas ou mais admissões. A permanência hospitalar variou de 1 a 59 dias, com mediana de 8 dias. O maior percentual de internações foi observado para as doenças respiratórias (18,5%): doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pneumonias, seguindo-se o grupo das doenças do aparelho circulatório (18,1%), com destaque para a insuficiência cardíaca. As condições de alta revelaram que a maior parte dos idosos recebeu alta em melhores condições do que foram admitidos. Todavia, 12,7% (n=35) dos idosos tiveram evolução insatisfatória, com quadro clínico inalterado ou com evolução para óbitos. O perfil observado coincide com outros estudos nacionais. Espera-se que os resultados apresentados possam subsidiar ações de adequação dos serviços prestados para a população estudada.

Palavras-chave: Idoso; Hospitalização; Saúde Pública.

ABSTRACT

Population aging is one of the greatest challenges of contemporary public health care and there are few studies on the use of hospital services by the elderly. This study aimed to describe the profile of elderly hospital admissions in a university hospital in the North of the State of Minas Gerais, Brazil. This is a descriptive and retrospective study, with clinical and epidemiological aspects of a representative sample of elderly inpatients. The data were collected by a previously tested instrument. Hospitalizations in the elderly population accounted for 11.0% of the total. It was observed that most of the individuals were aged between 60 and 69 years (44.9%), were female (56.2%) and had not studied or completed primary education (94.2%). We have observed that 70.7% were hospitalized for the first time and 29.3% had had two or more previous admissions. The hospital stay ranged from 1 to 59 days with an average of eight days. The highest percentage of hospital admissions was observed for respiratory diseases (18.5%) chronic obstructive pulmonary disease and pneumonia, followed by the group of diseases of the circulatory system (18.1%), especially heart failure. When they are discharged the elderly presented better health conditions. However, 12.7% (n = 35) of them had an unsatisfactory progress, with stable clinical condition or death. The profile observed coincides with other national studies. It is expected that the results may support programs to adequacy of services to the population studied.

Key words: Aged; Hospitalization; Public Health.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es uno de los mayores desafíos de la salud pública contemporánea; sin embargo, hay pocos estudios sobre la utilización de los servicios hospitalarios por los ancianos. El objeto del presente trabajo es describir el perfil de las internaciones de ancianos en un hospital universitario del Norte del Estado de Minas Gerais, Brasil. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo enfocado en los

[1] Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Januária-MG.
[2] Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)-MG.
[3] Doutor em Medicina. Professor do Departamento de Medicina da Unimontes.
[4] Mestre em Odontologia. Professora do Departamento de Odontologia da Unimontes.
Endereço para correspondência – Maria Aparecida Vieira: Rua Jasmim, 127. Bairro Sagrada Família. CEP: 39401-028. Montes Claros, MG. di.vieira@ig.com.br

aspectos clínicos y epidemiológicos de una muestra representativa. Los datos fueron recogidos con una herramienta probada con antelación. La hospitalización en los ancianos representó el 11,0% del total. Se observó que la mayoría de las personas tenía entre 60 y 69 años (44,9%) eran mujeres (56,2%) y no había estudiado o acabado la educación primaria (94,2%). Observamos que el 70,7% eran ancianos internados por primera vez y que el 29,3% de los clientes tenía dos o más admisiones. La permanencia en el hospital variaba de uno a 59 días con un promedio de ocho días. El mayor porcentaje de internaciones se debía a enfermedades respiratorias (18,5%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neumonía, seguida por el grupo de enfermedades del sistema circulatorio (18,1%), especialmente insuficiencia cardíaca. La mayoría de los ancianos fue dado de alta en mejores condiciones que al ser internados. Sin embargo, el 12,7% (n = 35) de los ancianos no evolucionó satisfactoriamente, con cuadro clínico estable o falleció. El perfil observado coincide con otros estudios nacionales. Se espera que los resultados pueden apoyar programas de adecuación de los servicios brindados a la población estudiada.

Palabras clave: Anciano; Internación; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. O fenômeno que ocorreu, inicialmente, nos países desenvolvidos, de forma gradativa, se estende, de maneira acentuada, para aqueles em desenvolvimento. No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960 para 7milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, o que significa um aumento de cerca de 500% em 40 anos. Esse processo deve colocar o Brasil, em 2020, na sexta posição do *ranking* mundial dos países com maior número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas idosas.[1] Em países como a Bélgica e a Inglaterra, por exemplo, em quea transição da estrutura etária (TEE) já está consolidada, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho.

Paralelamente às mudanças demográficas, ocorrem importantes transformações sociais, econômicas e epidemiológicas que definem novas demandas aos serviços de saúde e provocam grandes desafios. Os idosos consomem mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias,[2] sendo necessário um planejamento de ações efetivas de saúde para essa faixa etária. No entanto, todo planejamento potencialmente bem-sucedido perpassa, em grande parte, do conhecimento da realidade, que nesse contexto, segundo Loyola Filho *et al*.,[3] inclui o perfil das internações da população idosa.

Conforme Castro,[4] tradicionalmente, a produção científica brasileira que analisa o acesso e uso de serviços ambulatoriais é bem mais vasta do que aquela que analisa acesso e uso de internações hospitalares. As possíveis explicações para esse fato incluem a existência, já tradicional, de programas específicos para o setor ambulatorial, a maior familiaridade, por razões históricas, da maioria dos profissionais da saúde pública com a atenção ambulatorial, a grande complexidade das unidades hospitalares e a pouca integração dessas unidades aos sistemas municipal e estadual de saúde no Brasil.

O conhecimento de variáveis demográficas e clínicas entre os idosos que mais demandam hospitalização possibilitará maior compreensão dos fatores responsáveis pela ocorrência das internações, tendo em vista que a distinção entre os indivíduos tem associação com o adoecer e que certas características individuais favorecem o surgimento dos agravos na saúde. A situação se torna mais delicada dada a elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas, somada à existência de pluripatogenias (evidência de mais de uma doença concomitante), que pode ser considerada responsável pela necessidade de maior permanência hospitalar e pela progressiva perda da autonomia dos idosos.[5]

Entre as internações registradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2001, 18% eram de idosos. Os dados referentes ao diagnóstico principal dessas hospitalizações revelam que as causas mais frequentes de internação entre os idosos devem-se a doenças dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo. De acordo com informações do Ministério da Saúde (MS), seis anos depois, em 2007, a participação dos idosos nas internações aumentou mais de dois pontos percentuais.[3]

Buscando ampliar o conhecimento sobre o tema, objetivou-se com este estudo descrever o perfil das internações hospitalares de idosos em um hospital universitário no norte do Estado de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo descritivo e retrospectivo com abordagem de aspectos clínicos e epidemiológicos dos idosos internados no Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), em Montes Claros-MG; cidade que conta com uma população de aproximadamente 360 mil habitantes e representa o principal polo urbano da região, sendo referência para uma população superior a 1,5 milhão de pessoas, incluindo toda a região norte de Minas, os Vales do Jequitinhonha e Mucuri e sul do Estado da Bahia. O referido hospital, cenário deste estudo, é a única instituição de caráter estritamente público no setor. Os idosos internados nessa instituição

se distribuem nas áreas de clínica médica, cirúrgica, ginecológica, de tisiologia e de psiquiatria.

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento próprio, previamente testado em estudo piloto e que consistiu em um formulário de coleta de dados com questões estruturadas, ensejando respostas curtas e diretas. Um dos pesquisadores aplicou o formulário, mediante consulta ao banco de dados informatizado do Setor de Arquivo Médico e Estatística (SAME), após levantamento dos prontuários de interesse aos objetivos da pesquisa.

Os critérios de inclusão previamente definidos foram: pacientes admitidos com idade igual ou superior a 60 anos, prontuário identificado e internação superior a 24 horas; os critérios de exclusão foram: paciente fora da faixa etária definida, prontuário não localizado e admissões com duração inferior a 24 horas. Foram identificados todos os pacientes internados no hospital, com idade superior a 60 anos, no período de setembro de 2006 a dezembro de 2007. Os prontuários foram agrupados por faixa etária dos pacientes – 60-69 anos; 70-79 anos e 80 anos ou mais. A amostra foi obtida de forma aleatória e o cálculo amostral realizado com base no número de prontuários em cada estrado, seguindo modelos de outros estudos sobre o tema.[3-6]

Foram colhidas variáveis demográficas relativas à caracterização do idoso – idade, sexo, estado civil, escolaridade, procedência e situação do domicílio – e variáveis relacionadas à internação hospitalar: número de admissões no hospital, tempo em dias de permanência hospitalar, diagnóstico principal e diagnósticos secundários, constantes na Classificação Internacional de Doenças, décima edição (CID-10) e condições de alta.

Os dados coletados foram lançados em um banco de dados do Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 13.0 for Windows. A comparação entre as proporções foi realizada pelo teste qui-quadrado, assumindo-se um nível de significância de 5% ($p<0,05$).

Esta investigação teve sua execução aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, por meio do Parecer Consubstanciado nº 899, de 21/11/2007, e também pela diretoria clínica do hospital cenário da pesquisa.

RESULTADOS

No período definido para o estudo, foram realizadas 11.038 internações no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Montes Claros, das quais 1.218 (11,0%) referiam-se a pacientes com idade igual ou superior a 60 anos. Foram alocados para análise, seguindo cálculo amostral, 276 prontuários, sendo 124 de pacientes com 60 a 69 anos (44,9%), 82 de 70 a 79 anos (29,7%) e 70 com idade de 80 anos ou mais (25,4%). O total de internações de pessoas com 60 anos ou mais correspondeu a 985 idosos, o que corresponde a 80% do total de internações. Essa observação leva à conclusão natural de que os demais 20% foram referentes a readmissões de pacientes no período da pesquisa.

O perfil sociodemográfico do grupo avaliado está descrito na TAB. 1.

TABELA 1 – Distribuição dos idosos internados no Hospital Universitário Clemente de Faria, conforme perfil sociodemográfico – Montes Claros-MG – 2006-2007

Variáveis	(n)	(%)
Faixa etária (anos)		
60 a 69	124	44,9
70 a 79	82	29,7
80 ou mais	70	25,4
Sexo		
Feminino	155	56,2
Masculino	121	43,8
Estado Civil		
Solteiro	27	9,8
Casado	128	46,4
Separado/Divorciado	12	4,3
Viúvo	106	38,4
União estável	2	0,7
Ignorado	1	0,4
Escolaridade		
Não alfabetizado	114	41,3
Ensino fundamental incompleto	146	52,9
Ensino fundamental completo	11	4,0
Ensino médio incompleto	2	0,7
Ensino médio completo	1	0,4
Ensino superior	2	0,7
Situação do domicílio		
Urbana	220	79,7
Rural	52	18,8
Ignorado	4	1,4
Procedência		
Montes Claros	183	66,3
Outras	32	11,6
Sem informações	61	22,1

Fonte: Dados coletados, 2008

Com base nos dados apresentados nesta Tabela, verifica-se que a maioria dos prontuários identificados foi de idosos com idade entre 60 e 69 anos, correspondendo a 124 internações (44,9%), e do sexo feminino, equivalentes a 155 internações (56,2%). Foram identificados 128 prontuários de idosos casados (46,4%) e 106 de idosos viúvos (38,4%). Destaque-se a baixa escolaridade entre os idosos, sendo que 260 (94,2%) não haviam estudado ou concluído o ensino fundamental. Grande parte das internações era de pacientes procedentes do próprio município de Montes Claros: 183 prontuários (66,3%).

Das 276 internações estudadas, 195 (70,7%) correspondiam a idosos hospitalizados pela primeira vez na instituição e 81 (29,3%) a clientes com duas ou mais admissões. O tempo de permanência hospitalar variou de um a 59 dias, com mediana de oito dias.

Na TAB. 2, estão descritas as principais causas de hospitalização entre os idosos conforme faixa etária, e na TAB. 3, a distribuição dos principais diagnósticos segundo o sexo.

TABELA 2 – Distribuição dos idosos internados no Hospital Universitário Clemente de Faria, segundo principal diagnóstico de admissão e faixa etária – Montes Claros-MG – 2006-2007

Principal diagnóstico	Faixa etária						Total	
	60-69		70-79		≥80			
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Doenças do aparelho respiratório	17	6,2	12	4,3	22	8,0	51	18,5
Doenças do aparelho circulatório	19	6,9	17	6,2	14	5,1	50	18,1
Doenças do aparelho digestivo	20	7,2	19	6,9	9	3,3	48	17,4
Doenças do aparelho geniturinário	19	6,9	7	2,5	6	2,2	32	11,6
Doenças infecciosas e parasitárias	12	4,3	7	2,5	6	2,2	25	9,1
Neoplasias	6	2,2	14	5,1	3	1,1	23	8,3
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	8	2,9	1	0,4	4	1,4	13	4,7
Transtornos mentais e comportamentais	10	3,6	1	0,4	1	0,4	12	4,3
Outras	13	4,8	4	1,6	5	1,9	23	8,3
Total	**124**	**44,9**	**82**	**29,7**	**70**	**25,4**	**276**	**100,0**

Fonte: Dados coletados, 2008

TABELA 3 – Distribuição dos idosos internados no Hospital Universitário Clemente de Faria, segundo principal diagnóstico de admissão e sexo – Montes Claros-MG, 2006-2007

Diagnóstico principal	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Doenças do aparelho respiratório	30	10,9	21	7,6	51	18,5
Doenças do aparelho circulatório	24	8,7	26	9,4	50	18,1
Doenças do aparelho digestivo	30	10,9	18	6,5	48	17,4
Doenças do aparelho geniturinário	19	6,9	13	4,7	32	11,6
Doenças infecciosas e parasitárias	13	4,7	12	4,3	25	9,1
Neoplasias	13	4,7	10	3,6	23	8,3
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	12	4,3	1	0,4	13	4,7
Transtornos mentais e comportamentais	4	1,1	8	2,9	12	4,3
Outras	10	3,7	12	4,3	22	8,0
Total	**155**	**56,2**	**121**	**43,8**	**276**	**100,0**

Fonte: Dados coletados, 2008

Em relação ao total de prontuários avaliados, o maior número de internações foi observado para o grupo das doenças do aparelho respiratório: 51 (18,5%). A análise dos distintos grupos etários de idosos, porém, mostra que, para aqueles com idade inferior a 80 anos, o grupo de doenças do aparelho digestório apresentou maior percentual. Entre as doenças respiratórias as principais causas específicas de internação foram: outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, com 21 casos (7,6%) e pneumonias, com 16 casos (5,8%).

O segundo grupo de agravos com maior frequência de internação em todas as faixas etárias foi o das doenças do aparelho circulatório, correspondendo a 50 prontuários (18,1%). Nesse grupo, as principais enfermidades encontradas foram: insuficiência cardíaca, com 21 casos (7,6%); varizes dos membros inferiores, com 6 casos (2,2%); hipertensão essencial, também com 6 casos (2,2%) e embolia pulmonar, com 4 casos (1,5%). Somadas, as patologias do aparelho respiratório e circulatório foram responsáveis por 101 (36,6%) das causas de hospitalização no local e período estudados.

Os principais grupos de causas de internação são comuns a ambos os sexos – doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e do aparelho digestório –, mas apresentam ordem diferente entre os sexos (TAB. 3).

As condições de alta revelaram que a maior parte dos idosos recebeu alta em melhores condições do que foram admitidos. Entretanto, notifica-se que 35 idosos (12,7%) tiveram evolução insatisfatória, com quadro clínico inalterado ou com evolução para óbitos.

Na TAB. 4, apresenta-se o resultado das análises bivariadas, por meio das quais se identificou a associação com desfechos insatisfatórios. Entretanto, nenhuma das variáveis investigadas mostrou-se estatisticamente associada com os piores desfechos.

TABELA 4 – Análise da associação entre variáveis demográficas e desfechos da hospitalização entre idosos no Hospital Universitário Clemente de Faria – Montes Claros-MG – 2006-2007

Características	Desfecho indesejável		Desfecho satisfatório		p valor
	(n)	%	(n)	%	
Sexo					
Feminino	20	57,1	135	56,0	0,900
Masculino	15	42,9	106	44,0	
Escolaridade					
Analfabeto	16	45,7	98	40,7	0,571
Alfabetizado	19	54,3	143	59,3	
Idade					
≥ 80 anos	13	37,1	57	23,7	0,132
< 79 anos	22	62,9	184	76,3	
Estado civil					
Solteiro/ Viúvo/ Separado	18	51,4	127	52,9	0,869
Casado/ União estável	17	48,6	113	47,1	
Local de residência					
Rural	8	22,9	42	18,3	0,525
Urbana	27	77,1	187	81,7	
Procedência					
Outros municípios	6	20,0	26	14,1	0,396
Cidade sede	24	80,0	159	85,9	

Fonte: Dados coletados, 2008

DISCUSSÃO

Este estudo permitiu descrever o perfil dos idosos internados no Hospital Universitário Clemente de Faria, objetivando contribuir para a adequação dos serviços prestados para esse grupo populacional. A maioria dos prontuários examinados foi de idosos com idade entre 60 e 69 anos (44,9%), do sexo feminino (56,2%), e casados (46,4%). Destaque-se a baixa escolaridade do grupo, pois 114 (41,3%) não eram alfabetizados e 146 (52,9%) não haviam concluído o ensino fundamental. O maior percentual de internações foi observado para o grupo das doenças do aparelho respiratório, com 51 pacientes (18,5%), destacando-se entre as causas as doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pneumonias.

O percentual de idosos internados no hospital cenário (11,0%) está abaixo do percentual observado em outros estudos, o que pode ser justificado pelo seu perfil, pois trata-se de um hospital universitário. Em Marília (SP), a contribuição do segmento idoso nas hospitalizações, encontrada por Alvarenga e Mendes,[2] foi de 36,8%. Nos três hospitais gerais em estudo realizado por Amaral *et al*.,[7] a representação dos idosos nas internações hospitalares foi de 27% e Martin *et al*.[8] encontraram um percentual de 20,1% ao investigar o perfil dos idosos hospitalizados na cidade de Londrina (PR), em 2000. No Brasil, em geral, segundo estudo de Loyola Filho *et al*.,[3] o percentual de idosos nas internações hospitalares aproximou-se mais dos achados dos dois últimos autores, equivalendo a 18%.

Os resultados deste estudo são consistentes com aqueles encontrados por Loyola Filho *et al*.[3] em relação ao perfil das internações hospitalares da população idosa brasileira com base nos dados do SIH-SUS. De acordo com esses pesquisadores, 43,7% das internações de idosos que ocorreram no Brasil concentraram-se na faixa etária de 60 a 69 anos, 36,2% entre aqueles de 70 a 79 anos e 20,0% nos demais idosos. Outro estudo mais recente no Rio de Janeiro, ao investigar o perfil de 150 idosos hospitalizados, encontrou distribuição semelhante à desta pesquisa nas três faixas etárias.[5]

Registre-se, ainda, a concordância dos resultados em relação à prevalência do sexo feminino entre os idosos hospitalizados com outros estudos nacionais.[2,9] É possível que, especificamente em relação ao sexo, existam variações distintas entre as diversas regiões do País. Peixoto *et al*.[10] demonstraram que há um contrabalanço entre os gêneros, sendo que, do total de internações geradas, 49,6% correspondiam ao sexo masculino e 50,4% ao feminino.

A literatura registra outro estudo no qual o sexo masculino superou o feminino na representatividade das internações, ou seja, 72,6% e 27,3%, respectivamente.[5] Papaléo Netto *et al*.[11] destacam que as mulheres possuem uma atitude mais cuidadosa em relação à doença, são mais atentas ao aparecimento de sintomas e utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Nesse sentido, é possível que as patologias sejam diagnosticadas precocemente, aumentando as chances de maior sobrevida e, portanto, levando a maior representação do sexo feminino na sociedade e nos eventos de um modo geral, inclusive nas internações hospitalares.

Roach[12] ratifica os resultados desta pesquisa acrescentando que a elevada proporção de mulheres relaciona-se, em parte, com a maior expectativa de vida delas e, além disso, os homens que ficam viúvos, frequentemente, casam-se novamente. Tal constatação gera certos temores sobre as condições de vida das idosas, uma vez que o fato em si de ser viúvo é uma situação de maior vulnerabilidade para as mulheres do que para os homens, as quais têm maior probabilidade de viver abaixo da linha de pobreza após o falecimento do cônjuge.

Chaimowicz[13] afirma que os problemas sociais, econômicos e de saúde dos idosos estão, em grande parte, relacionados às mulheres idosas, que vivem mais que os homens e, ao se tornarem viúvas, têm maior dificuldade para se casar novamente, são mais sozinhas, apresentam menores níveis de instrução, renda e maior frequência de queixas de saúde.

Quando a variável "estado civil" é reagrupada em duas categorias, de modo que os solteiros, viúvos e separados/divorciados formem o grupo "sem vida conjugal", verifica-se a maior representatividade desse grupo, com percentual de 52,5%. Siqueira *et al*.[9] verificaram entre os idosos de São Paulo frequência de 35,1% de pessoas sem vida conjugal e de 64,9% de indivíduos com vida conjugal; achados que diferem dos obtidos no HUCF.

De acordo com Camarano e Ghaouri,[14] a viuvez, o crescimento do número de divórcios e a proporção de pessoas que nunca se casaram, ou seja, aqueles sem vida conjugal, contribuem para o crescimento das famílias unipessoais – e, nesse caso, de idosos morando sós – situação que lhes confere maior risco, uma vez que a deteriorização de suas condições de saúde e perda da capacidade laboral, frequentemente, concorrem para necessidade de um cuidador. Esses autores esclarecem que os idosos sem laços conjugais, independentemente do motivo, estão sob maior vulnerabilidade do que aqueles que mantêm algum tipo de laço conjugal.

Os percentuais de analfabetismo entre os idosos internados foram maiores do que os níveis apresentados por pessoas com mais de 60 anos entrevistadas na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio de 2000, na qual ser analfabeto foi condição referida em 35,2% das vezes. Entre a faixa etária idosa, o indicador de alfabetização é considerado um termômetro das políticas educacionais brasileiras do passado, que até meados da década de 1950 era restrita a segmentos sociais específicos, sendo o baixo saldo de escolaridade dessa população um reflexo desse acesso desigual.[15]

Carvalho Filho *et al*.[16] afirmam que a proporção de analfabetos e semianalfabetos entre os idosos brasileiros é grande, especialmente no sexo feminino. Isso, provavelmente, é decorrente da menor oferta de vagas e oportunidades de ensino para as mulheres em tempos passados, o que atualmente se encontra superado, uma vez que a maior parte das vagas em cursos superiores já é ocupada por mulheres. Todavia, até que essa realidade atual se reflita nos idosos, ainda serão necessárias algumas décadas.

A duração das internações, neste estudo, pode ser considerada elevada (mediana de oito dias), quando comparada ao estudo realizado por Alvarenga e Mendes,[2] que apresentaram média de 5,7 dias de internação. É possível que, por se tratar de um hospital universitário, exista uma tendência para maior duração da hospitalização, inserindo avaliações mais cuidadosas e procedimentos mais demorados.

Em um hospital-escola de São Paulo, Siqueira *et al*.[9] observaram um tempo médio de permanência em torno de 13 dias. De modo geral, o tempo de internação em pacientes geriátricos é maior do que em pacientes mais jovens. Para Sales e Santos,[5] as doenças crônico-degenerativas e as pluripatogenias podem concorrer para maior permanência hospitalar e levarem à progressiva perda de autonomia entre os idosos.

Particularmente em relação às principais causas de hospitalização, registraram-se resultados similares a outros estudos ou com pequenas diferenças percentuais entre as principais causas.[3,8] Sales e Santos[5] apontaram que as patologias dos aparelhos respiratório e cardiovascular assumiram percentuais de 36,36% e 22,72%, respectivamente, afirmando que essas duas causas são as de maior prevalência na morbidade hospitalar. Alvarenga e Mendes[2] esclarecem que os idosos são mais vulneráveis às afecções respiratórias por causa das diversas mudanças estruturais e funcionais que se instalam com a senescência, as quais também afetam, progressivamente, o sistema cardiovascular.

Em consonância com os achados desta pesquisa, as doenças do aparelho digestivo aparecem como terceira causa de morbidade hospitalar nos estudos de Loyola Filho *et al*.[3] e Martin *et al*.,[8] com percentual superior a 12% em Londrina-PR. Também valor semelhante aos 12,2% foram obtidos por Amaral *et al*.[7] em quatro hospitais de uma área de subdivisão administrativa do município do Rio de Janeiro-RJ, em pesquisa com a finalidade de verificar o perfil de morbidade e mortalidade de idosos hospitalizados.

Saliente-se que algumas das condições patológicas mais comuns na população idosa, denominadas "Gigantes de Geriatria", como instabilidade postural e quedas, incontinências, demência, *delirium*, imobilidade e depressão, não foram registradas nos prontuários como comorbidades ou diagnósticos secundários. Esse aspecto denota uma situação crítica em relação à assistência integral à saúde do idoso. De acordo com Chaimowicz,[13] a frequência com que esses diagnósticos deixam de ser firmados deu origem à expressão "fenômeno do *iceberg*" em analogia à grande proporção de condições clínicas ocultas ou "submersas". Muitas dessas condições podem ser mais importantes que a própria morbidade referida como causa de internação, pois sua interferência na capacidade funcional e a autonomia do idoso fazem com se relacionem diretamente à qualidade de vida.

Não se verificou, neste estudo, associação entre as variáveis estudadas e desfechos indesejáveis da internação hospitalar, considerados aqui como manutenção do quadro de forma inalterada em relação à internação e óbito do paciente. Trata-se de uma análise não registrada em outros estudos. É provável que algumas questões mais inerentes às condições clínicas e de gravidade do paciente estejam definindo esses desfechos. Novos estudos são necessários para verificar possíveis associações e definir estratégias de atuação no sentido de atenuar a influência de tais fatores.

CONCLUSÃO

A população idosa representa um importante contingente do total de internações hospitalares. Para o local estudado, os idosos hospitalizados revelaram significativa vulnerabilidade social, pois a maioria possui baixa escolaridade e pode ser caracterizada como sem vida conjugal. As doenças respiratórias e circulatórias representam as principais causas de morbidade para o grupo estudado. Essas doenças quase sempre são condições crônicas, cujo manejo adequado é frequentemente, negligenciado pelos profissionais de saúde, pelos cuidadores e pelos próprios pacientes. O processo de envelhecimento populacional atual deve destacar, portanto, a necessidade de maior atenção para essas doenças.

Este estudo, apesar das limitações, uma vez que foi abordada somente uma instituição hospitalar, permitiu reafirmar o perfil do idoso hospitalizado, apresentando dados que coincidem com outros estudos nacionais. Espera-se que os resultados alcançados possam contribuir para subsidiar ações de adequação dos serviços prestados no cenário da pesquisa, informando aos profissionais que ali atuam as características de uma parcela significativa de sua clientela, que poderá favorecer a tomada de decisões coerentes com as necessidades de saúde da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3):700-1. [Citado 2008 fev. 08]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15872.pdf

2. Alvarenga MRM, Mendes MMR. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. Rev Latinoam Enferm. 2003;1(3):305-11. [Citado 2007 set. 08]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16539.pdf

3. Loyola Filho AI, Matos DL, Giatti L, Afradique ME, Peixoto SV, Lima-Costa MF. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2004; 13(4):229-38. [Citado 2007 set. 08]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v13n4/v13n4a05.pdf

4. Castro MSM. Desigualdades sociais no uso das internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(4):987-98. [Citado 2007 set. 08]. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n4/32335.pdf

5. Sales FM, Santos I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. Texto & Contexto Enferm. 2007; 16(3):495-502. [Citado 2007 set. 17]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/a16v16n3.pdf

6. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. R Bras Est Pop. 2006; 23(1):5-26. [Citado 2007 set. 08]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n1/v23n1a02.pdf

7. Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. Cad Saúde Pública. 2004; 20(6):1617-26. [Citado 2007 set. 08]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/20.pdf

8. Martin GB, Cordoni Junior L, Bastos YGL, Silva PV. Assistência hospitalar à população idosa em cidade do sul do Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2006; 15(1):59-65. [Citado 2008 maio 08]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a05.pdf

9. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saúde Pública. 2004; 38(5):687-94 [Citado 2007 set. 17]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v38n5/21757.pdf

10. Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa MF. Custos das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2004;13(4):239-46. [Citado 2007 set. 08]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v13n4/v13n4a06.pdf

11. Papaléo Netto M, Carvalho Filho ET, Salles RFN. Fisiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 43-62.

12. Roach A. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. 351p.

13. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiro às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública. 1997; 31(2):184-200. [Citado 2006 ago. 13]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf

14. Camarano AA, Ghaouri SK. Famílias com idosos: ninhos vazios. Anais do 13º Encontro da Associação Brasileira dos Estudos Populacionais. Ouro Preto-MG – Brasil. [Citado 2008 mar. 15]. Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_ST23_ Camarano_texto.pdf

15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. [Citado 2007 nov. 20]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf

16. Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M, Garcia YM. Biologia e teorias do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 3-18.

Data de submissão: 19/5/2009
Data de aprovação: 3/8/2010

O IDOSO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER: O CUIDADO E O CONHECIMENTO DO CUIDADOR FAMILIAR

ELDERLY WITH ALZHEIMER'S DISEASE: THE CARE AND THE KNOWLEDGE OF THE FAMILIAL CAREGIVER

EL ANCIANO PORTADOR DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: EL CUIDADO Y EL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR FAMILIAR

Maria Helena Lenardt[1]
Scheilla Cristina da Silva[2]
Mariluci Hautsch Willig[3]
Marcia Daniele Seima[4]

RESUMO

Trata-se de estudo qualitativo-descritivo, realizado num Centro de Referência em Doença de Alzheimer da Cidade de Curitiba-PR. O objetivo foi revelar o sistema de conhecimento e cuidado de cuidadores familiares de idosos portadores da doença de Alzheimer. A coleta das informações ocorreu em domicílio, com 14 cuidadores, por meio de entrevistas semiestruturadas. Das análises emergiram os domínios: *cuidados de proteção e estímulo em consequência da não aceitação da doença*; *os sintomas da doença geram desgaste para o cuidador*; *modificações na vida familiar decorrentes da doença de Alzheimer*; *o conhecimento da doença por meio das experiências próprias e da mídia*. O conhecimento dos cuidadores familiares a respeito da doença de Alzheimer limita-se às informações fornecidas pela mídia, pelos *folders* distribuídos à população e pelo conhecimento do senso comum, o que contribui para a manutenção de cuidados pouco recomendáveis e potencializa a sobrecarga do cuidador. O cuidado é geralmente aceito e desenvolvido pelos cuidadores de modo acrítico, imposto pela tradição familiar. Entende-se que fornecer informações apropriadas é uma atividade indispensável para o profissional que deseja desenvolver no cuidador a autonomia e a tomada de decisão no momento de prestar o cuidado ao idoso. Os cuidadores, quando informados a respeito da doença e de sua evolução, terão oportunidades de planejar os cuidados, protelar os agravos da doença e, consequentemente, minimizar o impacto desse mal sobre a vida dos idosos.

Palavras-chave: Idoso; Cuidadores; Doença de Alzheimer; Enfermagem.

ABSTRACT

This is a descriptive qualitative study carried out in a Referral Center for Alzheimer's disease in the city of Curitiba – Paraná. The objective was to reveal the knowledge and the care system of family members that care for elderly with Alzheimer's disease. Information was collected at the patients' home from 14 caregivers via semi-structured interviews. The following domains emerged from the analysis: *protection measures and stimulus as consequence of a non-acceptance of the disease*; *the disease symptoms cause fatigue in the caregiver*; *modifications in family life as a result of Alzheimer's disease*; *awareness of the disease by personal experience and by the media.* Knowledge of family caregivers about Alzheimer's disease is limited to information provided by the media in brochures distributed to the population and to common sense knowledge. This contributes to the employment of non-recommended practices and increases the caregiver responsibility. Care is generally accepted and developed uncritically by caregivers that are imposed by family tradition. It is understood that providing appropriate information is essential for professionals who want to develop the caregiver's autonomy and decision-making when caring for the elderly. If they are informed about the disease and its evolution caregivers will have the opportunity to plan the care for the elderly and to delay the grievances characteristics of the disease and thus minimize the impact on their lives.

Key words: Aged; Caregivers; Alzheimer Disease; Nursing.

RESUMEN

Este es un estudio cualitativo descriptivo realizado en un Centro de Referencia en Enfermedad de Alzheimer de la ciudad de Curitiba, Paraná. El objetivo fue revelar el sistema de conocimiento y cuidado de cuidadores familiares de ancianos portadores de la enfermedad de Alzheimer. Las informaciones fueron recogidas en el domicilio con 14 cuidadores por medio de entrevistas semiestructuradas. De los análisis, surgieron los temas: *cuidados de protección y estímulo en consecuencia de la no aceptación de la enfermedad***;** *los síntomas de la enfermedad causan desgaste para el cuidador***;** *cambios en la vida familiar debido a la enfermedad de Alzheimer*; *el conocimiento de la enfermedad por medio*

[1] Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Sênior do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Líder do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI, UFPR).
[2] Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG/UNIMONTES).
[3] Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPR. Chefe do Serviço de Enfermagem do Pronto Atendimento Pediátrico e Serviço de Emergência Clínica Pediatria do Hospital de Clínicas da UFPR. Membro do GMPI, UFPR.
[4] Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da UFPR. Bolsista da Reestruturação e Expansão das Universidade Federais (REUNI). Membro do GMPI, UFPR.
Endereço para correspondência – Scheilla Cristina da Silva: Rua Coriolano Gonzaga, 947. Bairro Major Prates. Montes Claros-MG. CEP: 39403215. E-mail: scheilla.sw@hotmail.com.

de las experiencias propias y de los medios de comunicación. El conocimiento de los cuidadores familiares acerca de la enfermedad de Alzheimer está limitado a las informaciones suministradas por los medios de comunicación, en *folders* distribuidos a la población y al del sentido común lo cual contribuye a la manutención de cuidados poco recomendables y potencia la sobrecarga del cuidador. En general, el cuidado se acepta y los cuidadores lo realizan de modo acrítico, impuesto por la tradición familiar. Se entiende que el suministrar información adecuada es una actividad indispensable para el profesional que desea desarrollar la autonomía y tomar decisiones al cuidar al anciano. Los cuidadores, cuando informados acerca de la enfermedad y de su evolución, tendrán la oportunidad de planear su trabajo, administrar los agravios de la enfermedad y, en consecuencia, minimizar el impacto sobre sus vidas.

Palabras clave: Anciano; Cuidadores; Enfermedad de Alzheimer; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Desde a sua concepção, o ser humano necessita de cuidados, ou seja, depende de outro indivíduo para que seu bem-estar seja mantido. A maneira de cuidar pode variar de acordo com a cultura, contudo é no âmbito familiar que as pessoas aprendem e desenvolvem suas práticas de cuidado influenciadas por seus costumes. Em geral, o cuidado dirigido aos membros vulneráveis da família, principalmente os idosos, foi desempenhado pelas mulheres desde o início das civilizações. Para elas, o ato de cuidar era algo natural, praticamente incorporado às demais funções relativas às atividades familiares e domésticas.

As transformações ocorridas na economia e na sociedade impulsionaram as mulheres a exercer, também, tarefas antes destinadas essencialmente aos homens, como o ingresso no mercado de trabalho e o sustento do lar, modificando a estrutura social. As famílias extensas foram substituídas pelas famílias nucleares, ocasionando o aumento do número de domicílios multigeracionais. Esses fatores contribuem para a profissionalização do cuidado, que ganhou força inicialmente com a medicina e na sequência com outros profissionais da área da saúde.[1]

Essa nova estrutura familiar tem consequências diretas na sociedade atual, visto que há aumento no número de idosos não apenas nos países desenvolvidos, havendo ampliação considerável dessa população também nos países em desenvolvimento, como o Brasil, sem que haja modificações socioeconômicas para a melhoria da qualidade de vida desses idosos. O efeito dessa transição demográfica é a inversão dos problemas de saúde: redução das doenças infecto-contagiosas e progressivo aumento das doenças crônicas não transmissíveis.

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, destacamos as crescentes estatísticas das demências e especificamente a doença de Alzheimer, que aparece como degenerativa, pois aos poucos vai atrofiando o cérebro e provocando a morte gradual dos neurônios. A doença de Alzheimer caracteriza-se por um declínio insidioso progressivo da memória e de outras funções corticais, como linguagem, conceito e julgamento.[2] Após os 60 anos, "a probabilidade de desenvolver esta doença duplica a cada cinco anos. A demência, por ser irreversível e apresentar deterioração progressiva, pode ter efeitos devastadores nos indivíduos e seus familiares"[3].

A responsabilidade da família em oferecer atenção e cuidados aos idosos já foi enunciada na Constituição da República Federativa do Brasil,[4] promulgada em 1988, cujo artigo 229 diz: "Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade". Essa situação também pode ser verificada no § 1º do artigo 230: "Os programas de amparo ao idoso serão executados preferencialmente em seus lares". Assim, é possível perceber que no âmbito das políticas públicas e até mesmo na Carta Magna brasileira reconfigura-se a desinstitucionalização do cuidado e seu retorno para a esfera doméstica. A família é percebida como a cuidadora ideal, embora, na realidade concreta, ainda permaneça desassistida, tendo de assumir sozinha uma responsabilidade para a qual não está preparada.

No Brasil, a transição demográfica e epidemiológica aponta maior número de idosos dependentes de uma ou mais pessoas que suprem suas necessidades das atividades de vida diária, que em geral são familiares dos idosos e que residem no mesmo domicílio.[5]

Na literatura gerontológica, dentre outras, destaca-se de forma expressiva a figura do denominado "cuidador" como o agente do cuidado do idoso dependente no domicílio. Os cuidadores podem ser classificados, ainda, como: formais – os profissionais e instituições que realizam o cuidado sob forma de prestação de serviços; e os informais – os familiares, amigos, vizinhos e outros elementos da comunidade que podem realizar o cuidado.[1]

Os idosos com demência do tipo Alzheimer dependem de cuidadores, na maioria informais, que muitas vezes não têm o devido preparo para estimular os exercícios indicados e os cuidados específicos a esses idosos. Ainda, as orientações de cuidados dirigidas aos cuidadores familiares frequentemente não apresentam estratégias efetivas direcionadas à prática educativa. Sabe-se que eventos de descompensação, que acometem os idosos com doença de Alzheimer, podem estar relacionados ao comportamento inadequado dos cuidadores, em razão do déficit de conhecimento associados à doença.

Para os profissionais de enfermagem que indicam o rumo dos cuidados para o cuidador familiar, é preciso, antes de tudo, conhecer o que esse familiar sabe a respeito da doença de Alzheimer e seus cuidados específicos. Por isso, tem-se tem como objetivo, neste trabalho, revelar o sistema de conhecimento e cuidado de cuidadores familiares de idosos portadores da doença de Alzheimer.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo-descritivo, realizado com cuidadores de idosos portadores da doença de Alzheimer. O projeto foi encaminhado para a análise e parecer do Comitê Setorial de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, recebeu parecer favorável em 29 de novembro de 2006 e, em seguida, foi encaminhado à Comissão de Ética em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, a qual apresentou parecer favorável em 24 de janeiro de 2007. Tal procedimento visa atender aos dispositivos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, do Ministério da Saúde,[6] de 10 de outubro de 1996, os quais regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Cabe ressaltar que em todas as etapas do projeto de pesquisa foram consideradas e cumpridas as bases dessa resolução.

De posse da autorização para início da pesquisa e aprovação dos Comitês de Éticas, foi iniciada a coleta das informações. O estudo foi esclarecido para todos os sujeitos envolvidos, conforme critérios de inclusão. Aqueles que manifestaram concordância em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi assegurado aos participantes o direito de desistirem da participar no estudo a qualquer momento, sem prejuízo do seu atendimento na Unidade de Atenção ao Idoso, os benefícios que direta e indiretamente pudessem contribuir na melhoria da qualidade de atendimento prestado, bem como a participação voluntária, sem nenhuma remuneração em espécie alguma. Também foi esclarecido que, nos resultados e divulgação da pesquisa, sempre seria preservado o anonimato dos sujeitos, bem como a fidedignidade das informações.

A pesquisa foi desenvolvida em dois cenários distintos: num Centro de Referência em Doença de Alzheimer – Unidade de Atenção ao Idoso na cidade de Curitiba, frequentada pelo idoso e cuidador – e nos domicílios dos idosos com doença de Alzheimer localizados em 11 diferentes bairros de Curitiba.

O primeiro contato com os idosos portadores da demência de Alzheimer e seus cuidadores familiares ocorreu na Unidade de Atenção ao Idoso. Inicialmente, foram selecionados os idosos que preenchiam os seguintes critérios: apresentar diagnóstico provável da patologia; encontrar-se em estágio inicial ou moderado da doença; estar em tratamento na unidade de saúde e aceitar participar do estudo por livre e espontânea vontade. Foram considerados critérios de elegibilidade para os cuidadores familiares participarem do estudo: ser cuidador familiar do paciente com doença de Alzheimer; aceitar participar do estudo por livre e espontânea vontade; acompanhar o paciente com demência do tipo Alzheimer à consulta médica de rotina na unidade de saúde.

Segundo os critérios expostos, foram selecionados os pacientes atendidos e acompanhados de seus cuidadores durante o período de 31 de janeiro a 30 de abril de 2007 e obteve-se a amostra de 55 pacientes e cuidadores familiares. A coleta das informações no domicílio aconteceu de 3 de maio a 27 de julho de 2007. As entrevistas com os cuidadores familiares foram gravadas em fita magnética e realizadas até o momento em que houve saturação dos dados, totalizando 14 cuidadores. Durante a coleta, seguiram-se as orientações de Spradley,[7] em que foram identificados o perfil socioeconômico, clínico e determinado o conhecimento em relação à doença e aos cuidados com o idoso portador da Doença de Alzheimer.

A organização e a análise das informações procederam-se segundo as orientações de Spradley,[7] que sugere a análise de domínios culturais e análise taxonômica – um domínio é uma categoria de significado que inclui outras categorias menores, que, apesar de únicas, pertencem a um mesmo tipo de categoria de significado; taxonomia é um conjunto de categorias organizadas sobre a base de uma só relação semântica. Os resultados foram apresentados na linguagem descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil socioeconômico e clínico dos cuidadores

Os resultados referentes às condições econômicas, sociais e clínicas dos cuidadores familiares são dados importantes, pois informam possíveis limitações no cuidado realizado ao paciente com demência do tipo Alzheimer.

Verificou-se que dez dos catorze cuidadores eram do sexo feminino e quatro do masculino, reafirmando a tendência histórica de que o cuidado familiar aos doentes constitui atribuição feminina. As mulheres assumem o cuidado de maneira natural, pois este está inscrito socialmente em seu papel de mãe, por conseguinte o cuidado dispensado aos familiares idosos torna-se mais um dos papéis assumidos pelas mulheres no ambiente doméstico.[8] Ao desempenhar tarefas de cuidar em família, a mulher está obedecendo a normas culturais, nas quais cabe a ela a organização da vida familiar, o cuidado dos filhos dos idosos.[9]

Constatou-se, no estudo, que a idade dos cuidadores variava entre 22 e 77 anos, dos quais sete deles (50%) têm 60 anos ou mais. Em estudo realizado em 102 domicílios,[5:863] no período entre 1992 e 1997, constatou-se que 41% dos cuidadores eram idosos, 39,3% encontravam-se entre 60 e 80 anos e prestavam cuidados a pacientes com a mesma faixa etária.

No estudo, demonstrou-se que seis dos cuidadores não tinham nenhuma fonte de remuneração formal, ou seja, viviam com a renda familiar, cinco recebiam aposentadoria e três acumulavam as tarefas de cuidado ao paciente, da casa e ainda eram provedores do lar. Quanto ao grau de parentesco, seis são cônjuges, três são filhas, um é filho, uma é neta, uma é irmã, uma é sobrinha e uma é prima. Na cultura brasileira, existe uma norma social implícita de que cabe aos

filhos e cônjuges cuidar dos familiares,[9] entretanto a qualidade de relacionamento estabelecido durante toda a vida, questões financeiras e até a possibilidade de oferecer ambiente e qualidade de vida adequados são determinantes para que o familiar assuma ou não a responsabilidade do cuidado do idoso portador da demência de Alzheimer.

Quanto às características clínicas, cinco dos catorze cuidadores disseram que não tinham problemas de saúde. Desses cinco, três não faziam uso de medicações. Os outros nove cuidadores relataram que tinham diversos problemas de saúde, tais como: diabetes *mellitus* (três), hipertensão (cinco), problemas cardíacos e circulatórios, distúrbio maníaco-depressivo, doença pulmonar obstrutiva crônica e artrose. Utilizavam medicamentos variados (captopril, diazepam, hidroclorotiazida, sinvastatina, nifedipina, dentre outros). "O cuidado no domicílio muitas vezes acarreta para o cuidador exaustão física e mental, deterioração da saúde, conflitos relacionais intrafamiliares, exaustão de recursos materiais e econômicos".[10:126]

O cuidador familiar tende a acumular atividades e somá-las ao cuidado do idoso portador da doença de Alzheimer, acarretando sobrecarga física e emocional. É comum encontrar familiares cuidadores sofrendo de depressão como resposta à exposição prolongada a uma situação de desgaste físico e emocional potenciamente geradora de estresse.[11]

Em estudo realizado[12] com cuidadores familiares de idosos demenciados, demonstrou-se que transtornos físicos ou psicológicos são responsáveis pela busca de medicamentos antidrepessivos, ansiolíticos e anti-hipertensivos e que, com o passar do tempo, a tendência é aumentar a quantidade de medicações ingeridas pelos cuidadores familiares.

O cuidado ao cuidador é fundamental nesse contexto, visto que a sobrecarga física, mental e emocional torna o familiar cuidador vulnerável ao comprometimento de sua saúde.

O conhecimento dos cuidadores a respeito da doença de Alzheimer e cuidados realizados aos idosos com esta demência

Evidenciam-se, a seguir, os resultados relativos aos conhecimentos dos cuidadores a respeito da demência do tipo Alzheimer e cuidados realizados aos idosos. Foram apresentadas as análises de domínios na linguagem descritiva com alguns recortes mais significativos do discurso do cuidador e excluiu-se a análise taxonômica em razão do espaço que se dispõe para a publicação.

• *Domínio 1 – Cuidados de proteção e estímulo em consequência da não aceitação da doença*

Neste estudo, foram incluídos somente idosos nas fases iniciais e moderadas. A maioria dos cuidados está relacionada à integridade física, de proteção e observação constantes, conforme os seguintes discursos:

> *Nós descobrimos a doença porque ela deixava o gás aberto, tanto que às vezes os vizinhos passavam na rua e diziam: 'Dona, o gás está aberto. [...]'. Aí, a gente ia ligar o fogão ou o forno e dava aquele estouro [...]. Agora, colocamos uma pantográfica na cozinha pra ela não ter acesso ao fogão.* (Cuid. 10)

> *Ele não sai sozinho. Aonde ele vai eu vou atrás.* (Cuid. 5)

Um dos sintomas da doença de Alzheimer é o progressivo déficit cognitivo, que pode variar desde a dificuldade nos relatos autobiográficos à desorientação espacial. São comuns os acidentes domésticos e de trânsito, além da perda de objetos e dinheiro, o que pode acarretar impaciência, desconfiança e distúrbios do comportamento.[13]

Nesse contexto, os familiares não sentem segurança para deixar o idoso portador da demência de Alzheimer sozinho, nem mesmo dentro do domicílio, dados os riscos que podem emergir das ações realizadas pelos idosos e posteriormente esquecidas.

A desorientação espacial também impede que o paciente se locomova sozinho em ambientes conhecidos.[13] Há grande risco de que o idoso não consiga retornar ao domicílio ou que se envolva em acidentes de trânsito.

> *Para mim é difícil a hora do banho, porque ela não gosta de tomar banho, então a gente precisa ficar pedindo uma hora até ela entrar no banheiro.* (Cuid. 10)

> *Ele não gosta de tomar banho, aí eu que digo para ele tomar banho. Às vezes coloco a roupa para ele se vestir*. (Cuid. 8)

As tarefas de lidar continuamente com o banho, vestimenta, higiene do idoso e a administração dos distúrbios comportamentais são consideradas desgastantes, mesmo quando realizadas há pouco tempo.[14]

Os cuidadores deste estudo apresentaram descontentamento porque os idosos não demonstravam interesse em realizar a higiene corporal. Em pesquisa avaliativo-diagnóstica com o objetivo de traçar o perfil da família cuidadora de idoso em Florianópolis-SC, com 115 cuidadores, 15 afirmaram sentirem-se incomodados com o fato de o idoso não gostar de se banhar.[15]

As ações de banho, higiene e vestimenta são consideradas atividades de vida diária (AVDs), no qual apenas os idosos totalmente independentes são capazes de desempenhar. São ações que invadem a privacidade do portador de DA e que requerem do cuidador esforço físico e psicológico, visto que por vezes este não coopera com essas atividades e não reconhece mais os cuidados prestados pelo familiar. Os distúrbios comportamentais do idoso são agravos da própria doença e são fatores determinantes e condicionantes para o grau de relacionamento entre o idoso e o cuidador familiar, bem como o desgaste físico e emocional deste.

Quando o cuidador estimula o paciente, frequentemente o faz em razão de não aceitar a doença, conforme relato a seguir:

> *Esse negócio de eu forçar a memória dela. [...]. É complicado você ver uma pessoa que foi professora de português hoje não saber escrever, ler e nem contar. Pra mim isso é bem complicado, por conta disso eu forço a cabeça dela, faço ela soletrar palavras, faço ela fazer contas [...]. Eu faço pela minha dificuldade de encarar uma pessoa como ela tornar-se assim.* (Cuid. 1)

O familiar cuidador diante do idoso portador da doença de Alzheimer pode apresentar dificuldade para compreender as mudanças e a progressão da patologia, acreditando que com esforço as perdas cognitivas podem ser recuperadas. Constatou-se isso na literatura,[11] em relato de experiência de uma jovem que descreve a evolução da doença no pai, desde os primeiros sinais e sintomas até a mudança expressiva no comportamento. Relata que o pai, antes gentil, polido e avesso a grosserias, tornava-se violento e falava palavrões do mais baixo calão.

A doença de Alzheimer modifica o cotidiano familiar. Os cuidadores deparam com inúmeros fatores, incluindo a aceitação do diagnóstico, o estresse cada vez maior, conflitos familiares, depressão, dentre outros, tornando-os vítimas da doença.[16]

À medida que a doença avança, a situação se agrava, os cuidados tornam-se mais complexos e a preocupação dos cuidadores com o doente aumenta, transformando ainda mais as relações familiares e o equilíbrio necessário para o bem viver e o cuidar.

• Domínio 2 – Os sintomas da doença geram desgaste para o cuidador

Constata-se que os cuidadores familiares apresentam déficit de conhecimentos sobre os sintomas e cuidados relativos à doença de Alzheimer e, como consequência, demonstram um conjunto de comportamentos que os levam ao conflito interior e constante estresse, como nestes relatos:

> *Fala coisas repetidas, tudo o que a gente fala ele esquece, a gente senta e conversa, entra num acordo, mas dali a pouco ele só fala que quer ir trabalhar.* (Cuid. 12)

> *É pior que criança, porque criança você dá uns gritos e ameaça, e ela acaba fazendo o que você quer. Ela, não. Às vezes eu falo algumas coisas que não deveria, fico brava e depois fico com remorso. Eu digo: 'Vamos deitar', ponho no quarto, dou a volta, quando eu vejo ela já está atrás de mim.* (Cuid. 2)

O idoso portador da doença de Alzheimer pode apresentar perda da memória, por isso isso tende a tornar-se repetitivo, conta os mesmos casos ou faz as mesmas perguntas. O idoso com demência do tipo Alzheimer não percebe a perda cognitiva, característica da patologia.[13] Essa perda de memória pode trazer desgaste significativo para o cuidador familiar, por exigir paciência, compreensão, orientação e supervisão infinita e constante.

A doença de Alzheimer, por suas características, traz consequências significativas para a dinâmica familiar, interfere diretamente na qualidade de vida das famílias envolvidas, levando o indivíduo afetado a uma situação de total dependência desses familiares. Nesse caso, o evento estressante não é um fato isolado, mas uma situação que resulta da deterioração e da dependência do paciente.[2]

No estudo apontou-se que, frequentemente, as atividades de cuidado são concentradas em apenas uma pessoa da família do portador da demência de Alzheimer. Quando os membros familiares não dividem as tarefas, o cuidador também adoece, em virtude das dificuldades com as quais depara ao cuidar do idoso com demência. Dessa forma, "o trabalho da cuidadora no domicílio é um ato solitário e permanente, agravado pela precariedade de recursos físicos, econômicos e de apoio social, evidenciando os limites de um fazer que se concretiza no cotidiano, entremeado por relações de afetividade, compromisso e dedicação".[10:131].

Torna-se imprescindível voltar a atenção aos cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer, visto que o desgaste físico, emocional e financeiro pode transformar o cuidador em um doente em potencial. Essa atenção exige um olhar atento para as orientações a respeito da doença e sua evolução, bem como para indicar o caminho adequado dos auxílios, das redes sociais de apoio. Além disso, deve-se buscar e implementar estratégias para estimular o cuidado de si, dentre outras ações que visem minimizar o impacto na vida dos cuidadores familiares.

• Domínio 3 – Modificações na vida familiar decorrentes da doença de Alzheimer

Os recortes de discursos a seguir expressam significativas mudanças na vida do cuidador:

> *Depois que ele veio pra cá, eu tive que parar de trabalhar e estudar, porque a gente ficou com medo de ele pôr fogo na casa; então estou aqui pra cuidar dele, dar comida, arrumar a casa, lavar roupa.* (Cuid.12)

> *Porque eu larguei meu trabalho, minha casa, pra cuidar dela, eu não vou ao cinema, não vou passear, no shopping, não vou ao salão.* (Cuid. 1)

Em um estudo realizado na cidade de Florianópolis, com 115 cuidadores de idosos portadores de doença crônica, foi apontado que uma das consequências da tarefa de cuidar é a restrição na vida profissional das cuidadoras, ocorrendo desde a redução da jornada de trabalho até a sua renúncia.[15]

As perdas das capacidades funcionais observadas em idosos com doença crônico-degenerativa implicam reorganização do núcleo familiar no sentido de redefinir papéis e responsabilidades, além de desarticular a dinâmica familiar e desestabilizar as relações interpessoais experimentadas no cotidiano.[17]

Os cuidadores do estudo relatam que houve muitas interferências na vida, a iniciar pela falta de tempo para realizar atividades pessoais, principalmente o

lazer, o que reafirma a vivência de eventos estressantes significativos.

> *Uma reviravolta, porque depende dos outros me ajudarem. Tem dia que se torna pesado [...]. Tenho a minha mãe, então eu tenho que dar 10% de atenção para uma e 90% pra outra; não dá pra ser 50% lá e 50% aqui.* (Cuid. 3)

> *Tirou minha liberdade. Tem dia que eu não quero fazer almoço e tenho que fazer. Me sinto empregada dela.* (Cuid. 11)

O acúmulo de atividades, aliado à falta de colaboração de outros membros da família, gera um sentimento de impotência e o desgaste pessoal do cuidador principal. Diante desse quadro, pode-se afirmar que há um despreparo no que diz respeito ao planejamento para o cuidado dos doentes com doença de Alzheimer, pois no corpo familiar poucas pessoas se dispõem a assumir essa tarefa. As redes de apoio não oferecem serviços capazes de suprir a demanda de assistência integrada a essa enfermidade.

Uma consequência da sobrecarga física e emocional desse cuidado é o comprometimento da saúde do cuidador. Alguns sentimentos são bem comuns, como medo, preocupação, raiva, frustração, tristeza, culpa, isolamento social e fadiga. Os profissionais de saúde precisam estar atentos a esses sinais apresentados pelos cuidadores, para que possam intervir antes do surgimento de uma patologia no cuidador.[13]

• Domínio 4 – O conhecimento da doença por meio das experiências próprias e da mídia

Os discursos dos cuidadores demonstram um saber referente à patologia, adquirido por meio de informativos na TV, na internet, nas cartilhas distribuídas pelos médicos e em experiências pessoais.

> *O Alzheimer é distúrbio cerebral. O dela foi frontal. Eu recebi uma cartilha do médico e uma auxiliar de enfermagem me explicou.* (Cuid. 4)

> *O neurônio com o tempo sofre desgaste. Com o tempo a pessoa vai se esquecendo das coisas.* (Cuid. 10)

> *Eu sei que esquece, guarda relógio no micro-ondas, as coisas na geladeira – que não é para ser na geladeira – esquece as coisas, trocas. Isso que eu vi lá, no folheto.* (Cuid. 7)

> *Eu sei que é um problema com as células, os neurônios vão morrendo, como se fosse uma bateria que vai perdendo a sua vida útil.* (Cuid. 2).

> *É uma doença que as pessoas ficam esquecidas. Eu leio coisas na internet sobre a doença, vi uma reportagem na TV.* (Cuid. 1)

O conhecimento que os cuidadores familiares possuem a respeito da doença de Alzheimer é limitado às informações fornecidas pela mídia, pelos *folders* distribuídos à população e pelo conhecimento do senso comum. A falta de orientação a respeito do que é a doença de Alzheimer e sua evolução pode interferir na maneira como o cuidador planeja e executa as ações de cuidado.

É necessário conhecer a doença para entender o paciente e as possibilidades de atuação junto a ele.[18]

A carência de orientações profissionais aos cuidadores é perceptível. A educação se faz necessária para compreender as condições e a evolução de doenças como Alzheimer e saber distingui-las dos processos normais e patológicos próprios do envelhecimento.

A desorientação dos cuidadores quanto à patologia pode gerar um cuidado não específico, "representado pela estagnação ou progressão insatisfatória do quadro clínico, causando sobrecarga daquele que desempenha o cuidado".[13:371]

Entretanto, em um estudo[19] foi identificado que os cuidadores familiares demonstram interesse em aprender com os profissionais da saúde e com outros familiares que passam pelas mesmas dificuldades. Temas como motivação, alimentação saudável, sobrecarga do cuidador e terapia ocupacional foram sugeridos para que sejam desenvolvidos com o intuito de melhorar o cuidado.

Esse interesse por parte dos cuidadores familiares é fundamental para o planejamento da equipe de saúde no cuidado ao cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, apontou-se que as mulheres, em sua maioria cônjuges dos pacientes, pertencendo à mesma faixa etária deles, ainda são as principais responsáveis pelo cuidado domiciliar. Por conseguinte, isso se torna motivo de preocupação, pois são idosos cuidando de idosos e muitas vezes sem condições de saúde para desempenhar o cuidado. A maioria deles aponta doenças crônicas, como hipertensão, diabetes *mellitus*, artrose, patologias que, se agravadas, podem deixar o cuidador tão debilitado, ou mais, que o próprio paciente.

O conhecimento dos cuidadores familiares a respeito da doença de Alzheimer é limitado, e isso pode dificultar o planejamento dos cuidados ao idoso e potencializar a sobrecarga do cuidador. O cuidado é desenvolvido por meio de um conjunto de opiniões e modos de sentir, impostos pela tradição familiar. São cuidados geralmente aceitos de modo acrítico, advindos do senso comum.

Entende-se como estratégia necessária fornecer informações apropriadas aos cuidadores para o emponderamento deles. As técnicas de orientações que oferecem o estímulo e poder para o bem cuidar irão favorecer a autonomia e a tomada de decisão no momento de prestar o cuidado ao idoso. Quando o cuidador realiza os cuidados essenciais ao doente de Alzheimer, poderá protelar agravos à doença e, consequentemete, amenizar-lhe os sofrimentos.

Os cuidadores familiares são os protagonistas do cuidado ao idoso, demandam atenção dispensada exclusivamente ao doente, o que lhes imprime sobrecarga física, financeira e emocional como: sentimentos que geram excessiva ansiedade e estresse e que podem culminar em patologias; aumento dos gastos financeiros com sistemas de proteção/segurança; redução ou renúncia da jornada profissional de trabalho; concentração dos cuidados em um único familiar, o que dificulta os procedimentos na fase mais avançada da doença, na qual o portador se apresenta totalmente dependente do cuidador.

Esses são dados importantes para o profissional de enfermagem e requer olhar atento ao cuidador, no sentido de oferecer-lhe suporte profissional nos cuidados consigo mesmo. Diante de possíveis sobrecargas, considera-se fundamental nortear os riscos à saúde de cada cuidador. É preciso planejar estratégias para minimizar a sobrecarga do familiar, como a redução da jornada de trabalho, a divisão de responsabilidade e tarefas no ambiente familiar e nos grupos de apoio. Cuidar do cuidador é uma tentativa de garantir o almejado cuidado ao idoso portador da doença de Alzheimer.

O estudo foi relevante por apresentar os inúmeros desafios que envolvem o cuidador ao assumir o cuidado. É visível a carência de suporte profissional, de uma equipe multidisciplinar e de redes de apoio, com o intuito de minimizar o deficitário conhecimento sobre a doença e, sobretudo, o impacto na dinâmica familiar e na qualidade de vida do cuidador.

REFERÊNCIAS

1. Santos SMA. O cuidador familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira a brasileira [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação; 2003.

2. Lemos ND, Gazzola JM, Ramos LR. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. Saúde Soc. 2006; 15(3):170-9.

3. Eliopoulos C. Enfermagem gerontológica. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

4. Brasil. Presidência da Repúbilica. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Capítulo I, Seção I, II, III, e IV de 05 de outubro de 1988. Brasília; 1988.

5. Karsch U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública. 2003; 3(19): 861- 6.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996, Brasília; 1996.

7. Spradley JP. The ethnographic interview. New York: Harcourt B. J. C. Publishers; 1979.

8. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3):773-81.

9. Neri AL, Carvalho VAML. O bem estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado MLG, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

10. Sena RR, Silva KL, Rates HF, Vivas KL, Queiroz CM, Barreto FO. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. Cogitare Enferm 2006; 11(2):124-132.

11. Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. Acta Scientiarum. 2004; 26 (1):135-45.

12. Pavarini SCI, Melo LC, Silva VM, Orlandi FS, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Barham EJ. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. Rev Eletronica Enferm. 2008; 10(3):580-90. [Citado 2009 maio 15]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a04.pdf.

13. Moraes EN, Santos RR. Demências Irreversíveis. IN: Moraes EN. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.

14. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. Texto & Contexto Enferm. 2006; 15(4):587-94.

15. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. Texto & Contexto Enferm. 2006; 15(4):570-7.

16. Caldeira APS, Ribeiro RCHM. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. Arq Ciênc Saúde. 2004; 11(2):2-6.

17. Karsch UMS. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo (SP): EDUC; 1998. 246 p.

18. Ferreti CEL. O que a enfermagem pode fazer pelo portador de demência e sua família. In: Caovilla VP, Canineu PR, coordenadores. Você não está sozinho. São Paulo (SP): Price; 2002.

19. Zem – Mascarenhas SH, Barros ACT, Carvalho SJC de. Um olhar atento sobre a prática do cuidador familiar. REME Rev Min Enf. 2006; 10 (2):132-7.

Data de submissão: 17/6/2009
Data de aprovação: 16/6/2010

SER MÃE ADOLESCENTE: REPRESENTAÇÕES DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES A PARTIR DA TÉCNICA DO DESENHO-ESTÓRIA

TEEN BEING A MOTHER: REPRESENTATIONS OF ADOLESCENTS IN THE POST PARTUM FROM THE TECHNIQUE OF DRAWNING-STORY

SER MADRE EN LA ADOLESCENCIA: REPRESENTACIONES DE PARTURIENTAS ADOLESCENTES A PARTIR DE LA TÉCNICA DEL DIBUJO-HISTORIA

Francisco Rafael de Araújo Rodrigues[1]
Dafne Paiva Rodrigues[2]
Lucilane Maria Sales da Silva[3]
Maria Salete Bessa Jorge[4]
Lea Dias Pimentel Gomes Vasconcelos[5]

RESUMO

Objetivou-se com esta pesquisa apreender o processo de adolescer e ser mãe na adolescência com base na técnica do desenho-estória, fundamentada nos pressupostos teóricos e metodológicos das Representações Sociais. Este estudo foi desenvolvido em um hospital-maternidade público do município de Fortaleza-CE, no período de setembro de 2006 a janeiro de 2007, com 25 puérperas adolescentes, por meio da técnica do desenho-estória como tema, o que convergiu em três dimensões: físico-orgânica, psicoafetiva e psicossocial. Na dimensão físico-orgânica, foram citadas a fragilidade anatômica e a imaturidade biológica do corpo da jovem para conceber o filho. A maternidade ancorada na dimensão psicoafetiva caracteriza-se pela relação conflituosa entre a ambivalência de carência afetiva e rejeição, bem como pela felicidade e pela satisfação quanto à presença do filho. Na dimensão psicossocial, a mãe está associada às condutas consideradas importantes para o desenvolvimento social e cognitivo da criança.

Palavras-chave: Período Pós-Parto; Adolescência; Gravidez.

ABSTRACT

The objective of this investigation was to understand the process of being an adolescent and mother through drawing story technique. This study is based on the theoretical and methodological assumptions of Social Representation. It was developed in a public maternity hospital in the municipality of Fortaleza-CE in the period between September 2006 and January 2007 with 25 adolescent in puerperium through the technique of drawing-story as theme, that converged in three dimensions: physical-organic, psychological-affective and psychosocial. In the physical-organic dimension the youngster's anatomical fragility and biological immaturity to conceive a child was cited. Motherhood anchored in the psychological-affective element is characterized by conflictual relationship between lack of affection and rejection and happiness and satisfaction on the child's presence. In the psychosocial dimension, the mother is associated with conducts considered important for the social and cognitive development of children.

Key words: Postpartum Period; Adolescence, Pregnancy.

RESUMEN

El objeto del presente estudio ha sido entender cómo es ser madre adolescente a partir de la técnica del dibujo-cuento. Se trata de un estudio basado en los presupuestos teóricos y metodológicos de las Representaciones Sociales que se llevó a cabo en la maternidad de un hospital público del municipio de Fortaleza-CE entre septiembre de 2006 y enero de 2007. Se realizó con 25 parturientas adolescentes a través de la técnica del dibujo-cuento como tema en tres dimensiones: físico orgánica, psicoafectiva y psicosocial. En la dimensión físico orgánica fue citada la fragilidad anatómica e inmadurez biológica del cuerpo de la joven para concebir al hijo. La maternidad anclada en la dimensión psicoafectiva se caracterizó por la relación conflictiva entre la ambivalencia de la carencia afectiva y el rechazo y felicidad y satisfacción por la presencia del hijo. En la dimensión psicosocial la madre estaba asociada a conductas consideradas importantes para el desarrollo social y cognitivo del niño.

Palabras clave: Posparto; Adolescencia; Embarazo.

[1] Enfermeiro, Mestrando em Ciências da Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto – Portugal. Membro do grupo de pesquisa Saúde da Mulher e Família da Universidade Estadual do Ceará. Porto-Pt. E-mail: rafaelrodrigues@uece.br.
[2] Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE e coordenadora do grupo de pesquisa Saúde da Mulher e Família. E-mail: dafneprodrigues@yahoo.com.br.
[3] Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. Membro do grupo de pesquisa Saúde da Mulher e Família. Fortaleza-CE. E-mail: lucilanemaria@yahoo.com.br.
[4] Doutora em Enfermagem. Professora titular do Curso de Enfermagem da UECE. Vice-coordenadora do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem. Fortaleza-CE. E-mail: masabejo@uece.br.
[5] Enfermeira obstétrica. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde da UECE. Membro do grupo de pesquisa Saúde da Mulher e Família. Fortaleza-CE. E-mail: leadpg@ig.com.br.
Endereço para correspondência – Dafne Paiva Rodrigues: Rua Francisco Glicério, 937, bloco A, apto.103- Maraponga. CEP 60711-050. Telefone: 85 32981023/88976038. Fortaleza-CE. E-mail: dafneprodrigues@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O processo de desenvolvimento humano é constituído por uma série de períodos alternados de rápido crescimento, acompanhados por disrupção ou desequilíbrio, e períodos de relativa calma ou consolidação. As mudanças, obviamente, estão acontecendo o tempo todo, da concepção à morte, mas há alguns momentos específicos em que às mudanças se acumulam ou em que ocorrem algumas transformações extremamente significativas.[1]

As duas maiores modificações no desenvolvimento biopsicossocial do homem são o nascimento e a puberdade. Grandes são as modificações que ocorrem nesse curto período.[1]

Autores afirmam que essas modificações decorrentes da adolescência são classificadas como singulares e característica do período, definida por Gomes[2:19] como uma fase "evolutiva, única e exclusiva da espécie humana, na qual acontecem intensas e profundas transformações físicas e sociais que, inexoravelmente, o conduzirão a exibir características de homem e de mulher adultos".

A concepção de Martins[3:556] para a adolescência "deve ser entendida como um período e um processo psicológico de transição entre a fase adulta e que depende das circunstâncias sociais e históricas para a formação de sujeito".

A sociedade moderna começou a traçar um perfil diferente do adolescente, antes visto como romancista e infantil, agora determinado por um exigente mercado de trabalho que demanda habilidades e qualificações para que os adolescentes sejam jovens promissores com *status* social adulto e independente. Nesse perfil, o exercício da vida sexual na adolescência inicia-se precocemente, podendo trazer consequências que necessitam ser devidamente esclarecidas e avaliadas. É nesse período da vida que a grande incidência de gravidez está associada a uma situação mais geral, o que pode envolver, também, instabilidade econômica e questões éticas que ultrapassam o universo restrito da adolescência, podendo ocasionar traumas inesperados aos adolescentes.[4,5]

Da década de 1960 até nossos dias, transformações e evoluções profundas vêm se processando de modo marcante no âmbito do comportamento sexual dos adolescentes. A questão da responsabilidade, principalmente no que consiste a maternidade/paternidade, passa a ter uma conotação por demais significativa.

Dada a histórica repressão à sexualidade e a uma pedagogia baseada no silêncio, mesmo nos dias de hoje, observa-se pouco diálogo, com crianças e adolescentes, sobre sexo e sexualidade, especialmente pelas duas principais instituições, família e escola, responsáveis pela educação nessa fase de vida. Para Oliveira,[6:9] "a sociedade, a família, a escola e a igreja precisam ser instruídas para educar e informar os jovens no sentido de orientá-los sobre as transformações ocorridas na adolescência, e, sobretudo, acerca da sexualidade e os riscos decorrentes de uma prática sexual inadequada".

Com a erotização do cotidiano, observam-se os adolescentes despertando, de maneira precoce, a curiosidade e criando um fascínio pelo sexo. Nesse contexto, a educação sexual é aprendida informalmente por meio de situações do cotidiano. O sexo e a sexualidade vão sendo concebidos de maneira imatura e inconsequente.[7]

Como consequência dessa realidade, percebe-se que os adolescentes, hoje, já iniciam a vida sexual ativa cedo e sem preparo para terem um relacionamento íntimo. A maioria dos relacionamentos apresenta-se de forma imatura e cheia de fantasia, fato que tem levado ao aumento de gravidezes indesejadas, abortos, incidência de DSTs, uniões precipitadas, abandono dos estudos, pobreza, insatisfação, separações, infelicidade entre os jovens, principalmente.[7]

A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde de 1996 mostrou que 14% das adolescentes já tinham pelo menos um filho, e, entre as garotas grávidas atendidas pelo SUS no período de 1993 a 1998, houve um aumento de 31% dos casos de meninas grávidas entre 10 e 14 anos.[8]

Segundo Brasil,[9] em 2005 foram realizados mais de 3 milhões de partos pelo SUS. Desses, 662 mil (22%) foram de jovens entre 10 e 19 anos. A cada ano, no País, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes, número que representa três vezes mais garotas com menos de 15 anos grávidas que, na década de 1970, engravidam hoje.[10]

A gravidez precoce causa grande influência física e psicológica, pois a adolescente ainda se encontra em fase de desenvolvimento, necessitando de atenção nutricional especial para a futura mãe e a criança. Geralmente, as mães adolescentes procuram mais tardiamente a assistência pré-natal, agravando os riscos que acometem a maior parte das gestações nessa fase, como complicações no parto, aumento da mortalidade materna, aumento da mortalidade infantil, dentre outros. Observa-se, urgentemente, a necessidade de uma educação sexual cada vez mais efetiva.[11,12]

Como consequências da gravidez na adolescência, além da antecipação na formação dos papéis sociais, há as questões socioeconômicas, como o abandono da escola, o trabalho de menor prestígio e a baixa remuneração, a dependência financeira da família e do companheiro, que poderão repercutir negativamente na consolidação dos projetos de vida da jovem. Autores afirmam que os aspectos preocupantes da gestação precoce, na sociedade moderna, não se devem diretamente aos problemas biológicos, mas, principalmente, aos problemas psicológicos, sociais e econômicos.[12-15]

Diante do exposto, objetivou-se apreender o processo de adolescer e ser mãe na adolescência com base na técnica do desenho-história.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo com abordagem qualitativa e norteada pelos pressupostos teórico-metodológicos das Representações Sociais,[16] o que contribuiu para interpretar, numa relação dialética, o cotidiano sobre a temática. Foi desenvolvido em um hospital-maternidade público de atenção secundária de saúde, localizado no município de Fortaleza-CE.

A pesquisa teve como apoio o "Curso da Gestante", promovido pela enfermeira obstétrica e que reúne um grande número de adolescentes grávidas em acompanhamento pré-natal no ambulatório da instituição. O curso divide-se em dois módulos, sendo o primeiro destinado as gestantes que se situam no primeiro trimestre e o segundo, às gestantes que se encontram no segundo e no terceiro trimestre de gestação.

A seleção dessa instituição para a realização da pesquisa residiu no fato de estar colocada como a segunda maternidade em maior número de atendimentos do Estado do Ceará, localizada em uma região populosa e com elevado índice de adolescentes grávidas, além do fato de ser um hospital-escola com parceria com a Universidade Estadual do Ceará, facilitando os trâmites legais para realização da pesquisa.

Participaram do estudo 25 puérperas adolescentes na faixa etária de 10 aos 20 anos incompletos, conforme os critérios de classificação da Organização Mundial da Saúde OMS,[8] determinadas durante o processo de amostragem teórica, isto é, quando as experiências foram se repetindo e respondendo ao objetivo da pesquisa em suas múltiplas dimensões.[17,18]

Para coleta dos dados, foi utilizada a técnica do desenho-estória como tema que, na Teoria das Representações Sociais, é uma técnica bastante utilizada[19] por tratar-se da reunião de informações temáticas e gráficas por meio de processos expressivo-motores desenho e aperceptivo-dinâmicos verbalização temática, o que possibilita ao indivíduo expressar suas associação sobre o tema.[20,21]

A aplicação do desenho-estória como tema nas representações sociais pode evitar distorções durante o processo de comunicação do ponto de vista formal. Assim, sua operacionalização se fez de forma individual mediante a entrega de uma folha de papel em branco, uma caixa de lápis de cor, borracha e lápis grafite, sendo solicitado ao entrevistado que desenhasse *uma mãe adolescente*.

Aguardou-se a finalização do desenho e, depois de concluído, solicitou-se à participante que contasse uma estória com início, desenvolvimento e final, associada ao desenho. Caso a participante demonstrasse dificuldade em relatar a estória, pedia-lhe que falasse a respeito do desenho que fez. Os resultados foram gravados mediante autorização, para que não se perdesse o material associado ao grafismo desenho.

A análise dos desenhos e das unidades temáticas que emergiram das estórias possibilitaram "a reelaboração mental de um objeto através de um estímulo tornando perceptível o inacessível, referindo-se ambas as estruturas cognitivo-afetivas. Dessa forma, os resultados foram analisados de acordo com a expressão gráfica e agrupados por semelhanças de unidades temáticas".[20:95]

Os resultados foram analisados pelas etapas do modelo de análise e interpretação propostos por Coutinho,[19] definidas pela observação ordenada dos desenhos para agrupamento por relações de semelhanças gráficas e por convergência dos temas. Esses agrupamentos foram interpretados e discutidos numa visão reflexiva sobre a temática.

As unidades temáticas que emergiram das histórias foram transcritas após a leitura das gravações, garantindo o máximo de fidedignidade às verbalizações coletadas. Após fixadas em texto, passaram pelos procedimentos de análise de conteúdo de Bardin.[22]

Assim, estórias foram fixadas em textos. A análise iniciou-se com a reunião de todas as estórias para a constituição do *corpus* e feitas leituras livres. Em seguida, foram realizadas leituras detalhadas e orientadas pelos objetivos para compreensão mais detalhada e aprofundamento dos significados dos conteúdos. Após a identificação dos fragmentos das descrições que expressassem o fenômeno, foi estabelecida a decomposição do *corpus* e o agrupamento do material em subcategorias e categorias, as quais foram validadas para compor unidades de análise.

Os resultados do grafismo e das narrativas foram comparados e interpretados mediante inferências com a literatura pesquisada.

Esta pesquisa apresentou parecer favorável à sua execução pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com o número de protocolo 05464338. Foram adotados todos os procedimentos para que a investigação estivesse de acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde CNS, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e norteia as condutas, os padrões e os procedimentos éticos do estudo. Vale ressaltar os seguintes: encaminhamento à instituição; foco do estudo; solicitação para a entrada dos pesquisadores em campo; elaboração de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os adolescentes-alvo da pesquisa e/ou seus responsáveis, autorizando sua participação; informação aos adolescentes sobre os métodos e procedimentos utilizados para a realização da pesquisa; garantia da anonimato e confidencialidade do conteúdo das informações coletadas, o que permitiu a substituição das identidades por códigos, como desenho-estória 1, desenho-estória 2. ; esclarecimento a respeito da possibilidade de o adolescentes se recusar a participar e/ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ser mãe na adolescência ancorada na dimensão físico-orgânica

Considerando os desenhos-estória 1, 2 e 3, a maternidade na adolescência fica ancorada na fragilidade anatômica e na imaturidade biológica do corpo da jovem para conceber o filho e estereotipada em imagens de um corpo em transformação. As alterações físico-orgânicas emergem como ponto fundamental que perpassa pelos elementos associados aos relatos verbais e imagens simbólicas desse grupo de pertença:



DESENHO-ESTÓRIA 3

Acho essa menina... a mãe muito miudinha pra ser mãe. Adolescente com o bebê nos braços. Acho, sim, que ela tá toda meio assim esquisita de barriga, de peito. Ela tá feliz. Tem momentos ruins, bons, mas ela tá feliz. Às vezes são momentos que a gente tem raiva da vida, mas depois passa e fica tudo bem. (Desenho-estória 1)



DESENHO-ESTÓRIA 2

Por que ela tá feliz como eu, a filha assim no braço, dando de mamar. Porque ser mãe é complicado tem que dar de mamar. . é difícil. . É por causa da dificuldade de dar de mamar. (Desenho-estória 2)



DESENHO-ESTÓRIA 3

Aqui é eu e aqui é ela. Mas eu tô feliz da vida. Feliz de ter ela ao meu lado todo momento que eu preciso. Eu me sinto aliviada pelo nascimento da minha primeira filha. Do alívio das dores, alívio de saber que estamos bem. (Desenho-estória 3)

Nas expressões gráficas, a transformação no corpo da adolescente é verificada, objetivamente, por traçados anatômicos disformes pelas alterações da gravidez e enfatizados nas *mamas,* agora desenvolvidas para a amamentação. O ser mãe é estereotipado por meio de uma *árvore* que dá seus *frutos*, metaforizando a *presença do filho nos braços da mãe*.

Outros estudos[23,24] também mostram as distorções da autoimagem com a maternidade na adolescência. Essa fase da vida ficou evidenciada nas alterações anatômicas e fisiológicas pela gravidez e pelo parto, exigindo da adolescente um processo de adaptação, o que, certamente, interfere na autoestima.[23:460] A transfiguração do corpo da jovem vem repleta de sentimento de medo pela rejeição social. As principais mudanças corporais identificadas com a maternidade na adolescência em nosso estudo foram os seios, o peso e a barriga. A mais apreciada foi o crescimento da barriga, possivelmente em razão do papel da maternidade na sociedade".

Os relatos associados nessa dimensão denotam o sofrimento durante a fisiologia do parto, sendo objetivados no puerpério por uma manifestação de sentimentos de *felicidade*, dada a sensação de *alívio por causa do fim das dores* e de *bem-estar*. Pelos conteúdos são sinalizadas as dificuldades em desenvolver as habilidades de mãe, verbalizadas pela *dificuldade em amamentar*.

Essas expressões verbais e gráficas levam a inferir que a maternidade em adolescentes é fundamentalmente objetivada numa atmosfera ambígua, em que ocorrem momentos *difíceis* vivenciados e expressões positivas repletas de *felicidade* para o grupo abordado no estudo.

A maternidade ancorada na dimensão psicoafetiva

A representação da maternidade na adolescência foi estruturada numa dimensão psicológica e afetiva, trazendo como elementos de relevância significativa a exacerbação do lado sentimental, numa relação conflituosa e ambivalente de carência afetiva e rejeição, bem como de sentimentos de felicidade e satisfação relacionados à presença do filho.



DESENHO-ESTÓRIA 4

Mãe é essa, né? Sozinha, sem ninguém, né? E essa aqui é uma mãe com dois filhos como eu sou agora. É adolescente e mãe solteira como falam antes dos 18 anos, né?, [...]. E essa mãe tá se sentindo corajosa. É muito corajosa. (Desenho-estória 4)



DESENHO-ESTÓRIA 5

Desenhei só eu e ela sozinha, nós duas. Uma família não é só de dois, né? Tem que ter o pai, a mãe e os filhos. Então é isso, eu e ela sozinha, foi o que a gente passou, né? Sozinha, não tinha com quem dividir os momentos bons, os momentos ruins. É isso. (Desenho-estória 5)



DESENHO-ESTÓRIA 6

Assim, que toda a minha adolescência, a minha gravidez deixou meu coração muito partido, porque eu sofri muito. . ele ficou bastante partido. Entre a tristeza de não ter o pai perto e por outro lado porque tinha o apoio das pessoas, das minhas amigas que me ajudaram muito, então quer dizer, ele ficou dividido: eu sofria, mas eu tinha um pouco de alegria porque elas me apoiavam e me ajudavam, né? Então aquilo dali me dava um pouco de felicidade. Quando eu tava com elas, eu me esquecia daquela tristeza, mas quando eu tava só, vinha a lembrança de onde é que ele tava, que eu queria tá com ele, ele ia visitar, ele na dele e eu na minha, mas mesmo assim era difícil. (Desenho-estória 6)

No primeiro grupo (desenhos-estória 4, 5 e 6), a semelhança do conteúdo temático e gráfico desses participantes ancora a maternidade na adolescência como um momento de *solidão* e *sofrimento*. Na expressão gráfica, esses sentimentos são objetivados pela configuração de uma estrutura familiar composta apenas de *mãe* e *filho* e estereotipada na figura de um *coração partido.*

As ressignificações da maternidade na adolescência também são construídas em uma esfera sentimental que parece indicar dificuldades nas relações[25]: "A descoberta da gravidez é marcada para as jovens pela significação da rejeição sobre a perda dos afetos, sendo objetivada na ausência e/ou medo de perda do companheiro, e do distanciamento dos pais e irmãos." [23:459]

Na produção das estórias, emergem temas com significância notável de conotação afetiva. A dimensão psicoafetiva expressa-se por meio de sentimentos de *tristeza*, de *rejeição* e *saudade* pela *ausência do companheiro*. Mesmo rodeada por uma atmosfera negativa, a jovem mãe se define como um ser *corajoso*, capaz de superar os conflitos vivenciados.

Os estudos[12] confirmam esse achado ao mostrarem que a maioria das adolescentes mães encontram-se em união estável ou solteira, "o que aponta a necessidade de um olhar diferenciado dos profissionais para a abordagem do planejamento reprodutivo e saúde sexual da adolescente".[12:31]



DESENHO-ESTÓRIA 7

Representa pra mim, muita coisa: a minha família, felicidade, amor, carinho. . O momento que marcou muito, todos os momentos desde o começo da gravidez, [foi] *os meus parentes. E o Tenório que ele foi o único que me apoiou, meu marido, né? Até hoje tá comigo. Faz muito tempo que a gente ta namorando, tá junto. E é uma pessoa que é muito importante pra mim.* (Desenho-estória 7)



DESENHO-ESTÓRIA 8

É eu, ele e o pai dele. É nós três. Muito feliz que ele tá. Tudo que ele queria. E é assim que eu acho. Agora com filho tudo muda, né? (Desenho-estória 8)



DESENHO-ESTÓRIA 9

Ser mãe é a minha emoção quando eu tive ele, né? Aí então esse coração representa a emoção de quando ele nasceu. Aí é ele, pequenininho. . (Desenho-estória 9)

Para o segundo grupo (desenhos-estória 7, 8 e 9), ser mãe na adolescência se ancora numa atmosfera positiva de sentimentos. Os conteúdos temáticos se construíram no *apoio familiar* recebido de parentes e do companheiro. Foi citado também que o pensamento de

ser mãe se objetiva na necessidade de estruturação do núcleo familiar tradicional, composto por um homem marido, uma mulher esposa e o filho.

Conforme outros estudos,[26,27] a busca pela satisfação do prazer sexual afasta os jovens das regras lógicas da racionalidade e da responsabilidade preventiva ao surgimento de uma gravidez. A descoberta da gestação na adolescência, porém, traz consigo o desejo de querer ter um filho e constituir uma família. As adolescentes que desejam engravidar poderiam ser justificadas pela percepção, por parte das jovens, da falta de estrutura para constituir nova família naquele momento.

Percebe-se uma mudança de paradigma sobre a maternidade na adolescência, já que, diante da presença do companheiro e do apoio familiar, as jovens relatam sentimentos de *felicidade, amor, bondade* pela presença do *filho*, com associações saudáveis sobre o processo de ser mãe nessa fase de vida.

Pela semelhança dos grafismos, observa-se a felicidade objetivada em faces sorridentes. A constituição familiar associada à presença da casa e aos sentimentos positivos estereotipados pela caracterização do coração como simbolismo de amor.

O processo de adolescer e ser mãe ancorada na dimensão psicossocial

Nos desenhos-estória 10, 11 e 12, pode-se perceber a expressão de elementos gráficos que associam a mãe adolescente ao responsável por condutas consideradas importantes para o desenvolvimento social e cognitivo da criança, como o suporte para a *educação, o ensinar, o amor e o carinho*. Esses elementos considerados ideais, pela nossa sociedade, para o desenvolvimento saudável de uma criança apresentam-se estereotipados pela simbologia da *escola, livro aberto e coração.*



DESENHO-ESTÓRIA 10

Ser mãe adolescente, a gente vai abrir mão de tudo que você fazia na adolescência. Ficar com ele, cuidar dele, dar muito amor, educação e proteção. Meu sonho é trabalhar, educar, dar amor, dar conforto, pra educar, ele não vai ter tendência a procurar coisas erradas na rua, o que acontece com menino de rua. Não tem o que fazer e acaba indo pra rua. Ali educando, dando amor e você trabalhando, você vai ter mais condições de vida financeira pra ele fazer um esporte, depois da escola. (Desenho-estória 10)



DESENHO-ESTÓRIA 11

Ser mãe é ensinar o que é certo e o que é errado e dar o principal: a educação. Eu desenhei a escola e eu pegando na mão. . É a minha menina e meu menino no caminho da escola. (Desenho-estória 11)



DESENHO-ESTÓRIA 12

Significa, assim, que eu quero cuidar bem do meu filho até ele crescer, né? e tudo. Dar vida digna a ele e felicidade. Porque na adolescência, quando a gente engravida, a gente perde logo o estudo, prejudica mais isso, os estudos. Desenhei mais porque assim realmente não é porque eu perdi, né?. Aí vou ter que ter responsabilidade com a família mesmo, com o pai ou sem o pai, a responsabilidade é grande. Não adianta engravidar e botar na mão da mãe, na mão de minha sogra e querer curtir festa e isso e aquilo. Por que eu fui querer, então? Vou atrás é de cuidar da minha filha. (Desenho-estória 12)

O cuidar do filho também foi figurado como uma tarefa da mãe. Essa atribuição é graficamente objetivada pela *mãe e o filho nos seus braços* e/ou *de mão dadas*, associada às *faces alegres*, sinalizando um momento prazeroso para ambos.

As narrativas tematizam a maternidade como uma situação que impulsiona a reflexão da jovem para condutas mais responsáveis, de dedicação e cuidado com o filho. Esse pensamento ancora-se na antecipação e na construção de uma identidade adulta. As falas convergem para a ideia de *dar a vida pelos filhos* e para preocupação em proporcionar-lhes *vida digna*, impossibilitando o despertar do filho para atitudes antissociais. Esses discursos ficam objetivados na *educação,* no *amor* e no *cuidar.*



DESENHO-ESTÓRIA 13

A mulher sempre assume a responsabilidade e o homem, nunca. Meu marido farreia até hoje. Eu deixei de sair. .É por que a mulher tem que ter cabeça. É ser mãe, né?, mas difícil. Tudo agora é só ela, tudo é voltado pro mundo dela, né? E também tudo que ela precisar as dificuldades, tudo é voltado em função do filho. (Desenho-estória 13)



DESENHO-ESTÓRIA 14

Ser mãe adolescente, pra mim, foi difícil. Eu deixei as coisas porque eu tinha 17 anos, estudava, aí, também, quando a minha mãe ficou sabendo também, foi aquela briga, né? Aí eu parei de estudar. Ele, não. E também trabalha. Depois, quando o outro menino nasceu, até hoje não continuei mais. Foi... Foi muito difícil. Não estava preparada. (Desenho-estória 14)



DESENHO-ESTÓRIA 15

Tinha uma moça aqui com 15 anos com cara de meninazinha com uma meninazinha nos braços; é uma coisa assim sei lá, a gente deixa de fazer o que a gente gosta. O homem nunca deixa de fazer o que ele gosta, meu marido ate hoje faz o que ele quer e eu, não. Sou obrigada a ficar dentro de casa, o homem quer que a mulher fique dentro de casa lavando roupa, fazendo comida. (Desenho-estória 15)

Para o adolescente, a juventude é caracterizada pelo aumento da autonomia em relação à infância, permitindo-lhe que deixe o espaço doméstico e penetre em espaços públicos. O grupo ancora a representação social da maternidade numa esfera sociorrelacional, de forma que a construção de ser mãe nessa fase de vida traz questões de conflitos internos. Esses conflitos são objetivados pelos *desentendimentos com irmão, marido* e expressos como numa atmosfera de indecisão diante das escolhas cotidianas e *sensação de humilhação* (desenhos-estória 13, 14 e 15).

As narrativas referem uma mudança no estilo de vida do adolescente, ancorada na diminuição da autonomia e objetivada pela perda dos espaços sociais. O momento é expresso em uma atmosfera de *dificuldades* e *adaptação* com as novas condutas a seguir. Os grafismos objetivam esse fato por meio do isolamento social e do fechamento ao grupo familiar: *mãe* e *filho*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maternidade, apesar de não conseguir se dissociar e de constituir-se também como um evento biológico, desenvolve-se em um contexto social e cultural que influencia e determina a evolução desse processo. As representações de ser mãe na adolescência se ancoram no método de desenho-estória em dimensões físico-orgânica, psicoafetiva e psicossocial, figuradas por meio das produções visuais estereotipadas e expressões das condutas. Os tópicos apreendidos em cada estória compreendem vários elementos que se entrelaçam e se difundem na história pessoal de cada participante.

A maternidade é metaforizada pelas alterações anatômicas e fisiológicas da gravidez em um corpo frágil e imaturo biologicamente para conceber um filho. As distorções da autoimagem mechem com a autoestima da adolescente. Agora, o corpo apresenta-se modificado com pelo aumento de peso, pela presença da mamas grandes e da barriga que vai crescendo, estereotipando-as como mãe e afastando a valorização, socialmente construída, de um corpo esbelto.

A transfiguração do corpo da jovem vem repleta de sentimento de medo pela rejeição social. A maternidade ancorada na dimensão psicoafetiva caracteriza-se pela relação conflituosa entre a ambivalência de carência afetiva e a rejeição à felicidade, e à satisfação quanto à presença do filho.

As adolescentes vivenciam esse momento com sentimento de tristeza, medo e incerteza, dada a pressão social e familiar a que são submetidas, além dos conflitos internos pela interrupção do processo socialmente aceito de adolescer e pela antecipação da identidade adulta.

Para a dimensão psicossocial, percebe-se ser comum a mudança no estilo de vida da mãe. Essa mudança é encarada como necessária para a adaptação da adolescente no cuidado à criança, e para sua responsabilização pelo desenvolvimento social do filho mediante uma boa educação, moral e bem-estar.

Contudo, o contexto da maternidade na adolescência revela a importância de ter um sistema de saúde com profissionais capacitados para as demandas da adolescente mãe, compreendendo e valorizando a interação entre o momento vivenciado por elas e a adequada percepção sobre as mudanças que ocorrem na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Bee H. A criança em desenvolvimento. Porto Alegre: Artmed; 2003.

2. Gomes SMTA. Atenção integral à saúde. In: Coates V, Beznos VW, Françoso LA. Medicina do Adolescente. São Paulo: Sarvier; 2003. p.19.

3. Martins PO. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. Psicol Reflex Crít. 2003; 163:555-68.

4. Fernandes EC. Características da adolescência. In: Figueira F, Ferreira OS, Alves JG. IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Rio de Janeiro: MEDSI; 1996.

5. Sant'anna MJ, Coates V. Gravidez na adolescência: visão da hebiatria. In: Coates V, Beznos VW, Françoso LA, organizadores. Medicina do Adolescente. São Paulo: Sarvier; 2003. p.361-71.

6. Oliveira RCS. Crianças portadoras de cardiopatias: caracterização as assistência hospitalar [monografia]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2005.

7. Frida SA, Andrade-Silva M. Crenças, informações e comportamentos sexuais na "Era AIDS": um perfil dos adolescentes da Ilha de Paquetá, RJ, Brasil. Revista do Mestrado em Sexologia. 1999; 5(2):61-84.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Gravidez na Adolescência. [Citado 2004 maio 24]. Disponível em: http://portal.saúde.gov.br/saúde/área.c/m?id_área=241.html

9. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2005.

10. Ballone GJ. Gravidez na adolescência. In: Psiqweb. 2003. [Citado 2004 maio 03]. Disponível em: http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc3.html.

11. Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem obstétrica. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.

12. Rodrigues FRA, Rodrigues DP, Souza ES, Nogueira MEF, Fialho AVM. A vivência do ciclo gravidico-puerperal na adolescência: perfil sociodemográfico e obstétrico. REME Rev Min Enferm. 2008 jan./mar; 121:27-33.

13. Ponte Jr GM, Ximenes Neto FRG. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraju-Ceará-Brasil: uma análise das causas e riscos. Rev Eletrônica Enferm. 2004; 61:25-37. [Citado 2004 maio 03]. Disponível em: HTTP://www.fen.ufg.br

14. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição de gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. Rev Latinoam Enferm. 2004; 125:745-50.

15. Spinola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP. 2006; 403:381-8.

16. Jodelet D. As Representações Sociais. Rio de Janeiro: UERJ; 2001.

17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento**:** pesquisa qualitativa em saúde. Saúde em debate. 6ª ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999.

18. Deslandes SF, Neto SF, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. In: Minayo MCS, organizadora. 21ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002. 80p.

19. Coutinho MPL. Depressão infantil: uma abordagem psicossocial. João Pessoa: Ed. Universitária; 2001.

20. Fonseca AA, Coutinho MPL. Depressão em adultos jovens: representações sociais dos estudantes de psicologia. In: Coutinho MPL, Saldanha AAW. Representações sociais e práticas de pesquisa. João Pessoa: Ed. Universitária; 2005. p.69-106.

21. Santana IO, Coutinho MPL. Representações sociais da depressão: idosos em contexto institucional. In: Coutinho MPL, Saldanha AAW. Representações sociais e práticas de pesquisa. João Pessoa: Ed. Universitária; 2005. p.107-34.

22. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.

23. Rodrigues DP, Rodrigues FRA, Silva LMS, Jorge MSB, Vasconcelos LDGP. O adolescer e ser mãe: representações sociais de puérperas adolescentes. Cogitare Enferm. 2009 jul/set; 143:455-62.

24. Menezes IHCF, Domingues MHMS. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. Rev Nutr. 2004; 172:185-94.

25. Dias ACG, Gomes WB. Conversas, em família, sobre sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. Psicol Reflex Crit. 2000; 131:1-10.

26. Albuquerque AX. Representações sociais de adolescentes grávidas face à questão da gravidez na adolescência [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes; 2003. 154p.

27. Gama S, Granado N, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. Cad Saúde Pública. 2002 jan./FEB; 181:153-61.

Data de submissão: 23/2/2009
Data de aprovação: 16/6/2010

ANÁLISE DO PROCESSO DE PASSAGEM DE PLANTÃO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

ANALYSIS OF THE PROCESS OF SHIFT REPORT AT AN UNIT OF PEDIATRIC HOSPITAL

ANÁLISIS DEL PROCESO DE TRANSICIÓN DE PLANTÓN EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICO

Wender Rodrigues Teodoro[1]
Lori Anisia Martins de Aquino[2]

RESUMO

O objetivo com este trabalho foi analisar o processo de passagem de plantão em uma unidade de internação, identificando quais são os métodos utilizados, o que é informado pelos membros da equipe, o que eles consideram importante informar e os aspectos positivos do processo. Trata-se de um estudo qualitativo-quantitativo cuja amostra foi constituída por 28 profissionais de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica. Na coleta de dados, foi utilizado um questionário composto por uma abordagem inicial para identificação das características do sujeito seguida de questões abertas e de múltipla escolha. Foi identificado que toda a equipe utiliza a linguagem verbal falada, aliada à linguagem verbal escrita. Notou-se que o tema *Intercorrências* é comum e de grande incidência entre os assuntos informados durante o processo. Verificou-se que existem muitas questões relacionadas aos clientes que são consideradas importantes e que deveriam ser abordadas pela equipe de enfermagem na passagem de plantão, todavia não o são. Em relação aos aspectos positivos do processo, foi destacada, com maior incidência, a continuidade da assistência pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Identificou-se, ainda, que os profissionais de enfermagem consideram importante vários assuntos que não são abordados durante a passagem de plantão. Conclui-se que o processo de passagem de plantão é uma maneira eficiente para a troca de informações entre os membros da equipe de trabalho, porém existem muitos assuntos que são considerados importantes, mas não são transmitidos pelos profissionais.

Palavras-chave: Comunicação; Enfermagem Pediátrica; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

This study aims to examine the shift handover process in a hospital unit, to identify its methods, the sort of information passed over to the team, what is considered relevant to be informed, and the process positive aspects. This is a qualitative and quantitative study whose sample consisted of 28 nurses in a pediatric unit. Data was collected via questionnaire with an initial approach to identify the characteristics of the subject, followed by open questions and multiple choices questions. It was observed that the whole team uses verbal language along with writing language. The subject *intercurrence* is common and presents a high frequency among the subjects originated throughout the process. We noticed that many issues considered important by customers and that should be addressed by the nursing staff on shift report are not conveyed. In relation to the positive aspects of the process it was highlighted, emphatically, the nurses, technicians and auxiliaries continued care. It was also identified that several issues considered important by the nurses are not addressed during shift change. We conclude that the shift change report is an efficient method to the exchange of information among members of the team work. However there are many issues that are considered important but are not transmitted by the professionals.

Key words: Communication; Pediatric Nursing; Nursing; Nursing Care.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar el proceso de transición de la guardia de una unidad de internación, identificando los métodos utilizados, la información que trasmiten los miembros del equipo, qué información consideran importante y los aspectos positivos del proceso. Se trata de un estudio cualitativo y cuantitativo cuya muestra consisitió en 28 enfermeras de una unidad pediátrica. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario enfocando primero las características de los profesionales y siguiendo con preguntas abiertas y de opción múltiple. Se identificó que el equipo utiliza el lenguaje verbal y el lenguaje escrito. Se señaló que el tema *Intercurrencias* es común y de gran incidencia entre los asuntos relatados durante todo el proceso. Se constató que hay varias cuestiones importantes relacionadas con los clientes que deberían ser tratadas por el equipo de enfermería en el cambio de guardia. En relación a los aspectos positivos del proceso se realzó la continuidad de la atención de los enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería. También se observó que hay varios asuntos relevantes para los profesionales que no son enfocados durante el cambio de guardia. Se concluye que en este proceso se intercambia información entre los miembros del equipo de trabajo de forma eficiente. Sin embargo, hay muchos asuntos considerados importantes que los profesionales no trasmiten.

Palabras clave: Comunicación; Enfermería Pediátrica; Enfermería; Atención de Enfermería.

[1] Enfermeiro. Bacharel em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Catalão-GO.
[2] Enfermeira. Mestre em Educação. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).
Endereço para correspondência – Wender Rodrigues Teodoro: Rua Estrela Dalva, 859, Jardim Brasília, Uberlândia-MG. CEP 38401-428.
E-mail: wenderteodoro@gmail.com

INTRODUÇÃO

A comunicação consiste em um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas. O processo de comunicação pode ser verbal, por meio da linguagem escrita e falada, e não verbal, por manifestações de comportamento não expressas por palavras.[1]

Para a enfermagem, a comunicação verbal é de extrema importância, pois garante a continuidade dos cuidados e registra a assistência prestada aos pacientes.[2] A passagem de plantão é o momento em que a equipe de enfermagem se reúne para analisar o estado de saúde de cada paciente e informar as alterações ocorridas com os mesmos durante o turno e atualizar o plano de cuidados[3]. Neste processo podem ser adotadas várias formas de comunicação, porém, as mais comuns são a escrita e principalmente a linguagem falada[2].

A expressão "passagem de plantão" é empregada para designar o momento em que a equipe de enfermagem se reúne para analisar o estado de saúde de cada paciente, informar as alterações ocorridas com eles durante o turno, além de discutir se há necessidade de modificar o plano de cuidados.[3]

A passagem de plantão é uma atividade que oferece possibilidades para identificar problemas singulares de cada paciente; é nela que se definem as necessidades para os planejamentos e execução de medidas de enfermagem que tornam possível a eficácia do tratamento.[4]

O processo de comunicação, na enfermagem, pode ocorrer de várias formas, mas a comunicação verbal é a forma predominantemente mais utilizada para transmitir os fatos e as intercorrências durante a assistência ao paciente. O procedimento de passagem de plantão é uma das situações em que se verificam as maiores incidências de forma verbal de comunicação em enfermagem. É nele que ocorre um grande volume de trocas de informações sobre a assistência prestada. Esse procedimento é tido como o ponto de união das mensagens necessárias para direcionar o trabalho a ser desenvolvido. A razão da existência da reunião de passagem de plantão está no fato de a assistência de enfermagem ser prestada continuamente no hospital, interligando-se por turnos, com mudança de equipes assistenciais.[5]

A prática da enfermagem envolve o conhecimento e a habilidade de comunicação, cabendo ao enfermeiro saber comunicar-se com todos os membros da equipe que ele coordena.[5] Dessa forma, o processo de comunicação é uma competência necessária aos profissionais de enfermagem, os quais devem estar atentos aos conteúdos informativos e aos resultados do processo de comunicação.[1]

A realização deste trabalho foi motivada em virtude da vivência, como aluno, durante a realização dos estágios curriculares do curso de graduação em enfermagem nas diversas unidades do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU). Nesse contexto, foi possível observar que, na mesma instituição hospitalar, existem diferentes formas de passagem de plantão. Dentre elas, podem ser citadas como exemplos:

- Em algumas unidades, a passagem de plantão é realizada ao lado do leito; enquanto em outras é feita em sala de reuniões.
- Em algumas passagens de plantão, são abordados apenas os pacientes que tiveram intercorrências durante aquele turno de trabalho; enquanto em outras o estado de todos os pacientes da unidade é abordado.
- Em algumas unidades, a passagem de plantão acontece com a participação simultânea de todos os membros da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem); em outras unidades, entretanto, são feitas passagens de plantão distintas, uma envolvendo somente os enfermeiros e outra, somente os técnicos e auxiliares de enfermagem.
- Os métodos utilizados na passagem de plantão também variam de uma unidade para outra. Em algumas delas, é feita somente por meio da linguagem falada; em outras, somente pela escrita; e há também aquelas em que são utilizadas ambas as formas de linguagem.

Nesta pesquisa, teve-se como guia as seguintes questões norteadoras: *Como deve ser o processo de passagem de plantão da enfermagem? Como fazer desse processo, um instrumento voltado para a melhoria do cuidado?*

Diante da diversidade de formas de passagem de plantão observadas, com a intenção de analisar o processo de passagem de plantão em uma unidade de internação do Hospital de Clínicas de Uberlândia, foram traçados os seguintes objetivos para este estudo:

- identificar quais são os métodos utilizados pelos profissionais das diferentes categorias de enfermagem para realizarem a passagem de plantão;
- investigar o que a equipe de enfermagem informa aos colegas durante a passagem de plantão;
- investigar o que a equipe de enfermagem considera ser importante abordar no processo de passagem de plantão;
- identificar quais são, na percepção da equipe de enfermagem, os aspectos positivos da passagem de plantão.

A importância deste estudo baseia-se na relevância do assunto para a prática da assistência de enfermagem, haja vista que a realização de uma passagem de plantão de ótima qualidade possibilita o cuidado contínuo ao cliente, ao mesmo tempo em que permite e facilita a avaliação e a qualificação da assistência prestada.

TRAJETORIA METODOLOGICA

Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na unidade de internação pediátrica do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU). A equipe de Enfermagem desse setor é composta por 70 funcionários, sendo 6 enfermeiros, 33 técnicos de enfermagem e 31 auxiliares de enfermagem.

Tipo de pesquisa

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo, de caráter transversal e exploratório, utilizada com o objetivo de conseguir informações e conhecimentos sobre um problema para o qual se procura uma resposta.[6]

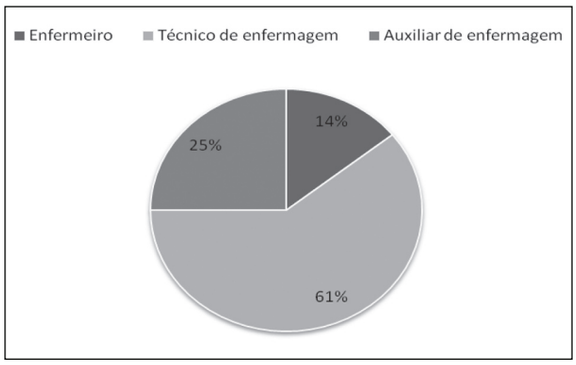
A análise ocorreu de acordo com a natureza dos dados obtidos de forma qualitativa e quantitativa. As respostas dadas à questão aberta número 1 foram categorizadas utilizando os itens disponibilizados na questão 3: *Sinais vitais; Realização de exames; Intercorrências do paciente; Cuidados de enfermagem prestados; Dietas; Eliminações; Condições de sono; Medicamentos utilizados; Estado emocional do paciente; Informações sobre o acompanhante; e Outras informações*. As questões fechadas 2 e 3 foram analisadas utilizando estatística simples. Já as respostas à questão aberta 4 foram agrupadas nas categorias: *Continuidade da assistência; Qualidade da assistência; Segurança do profissional, Segurança do paciente; Interesse dos outros profissionais; e Não respondeu adequadamente*.

Amostra

A população-alvo e a amostra da pesquisa foram os profissionais de enfermagem, incluindo os enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, lotados no setor eleito para participar do estudo e que aceitaram participar da pesquisa.

Apesar de a população ser de 70 sujeitos, a amostra final foi composta por 28, que aceitaram participar do estudo. A sua caracterização será apresentada na forma de tabelas e gráficos que seguem.

GRÁFICO 1 – Distribuição dos sujeitos segundo a categoria profissional – Uberlândia – 2007



O GRÁF. 1 mostra que 61% da equipe de enfermagem que compôs a amostra da pesquisa é formada por técnicos de enfermagem, correspondendo à maior parcela (17 funcionários); 25% são auxiliares de enfermagem (7 funcionários); e 14% são enfermeiros (4 funcionários).

Como mostra a TAB. 1, a maior parte da equipe de enfermagem trabalha na profissão há mais de nove anos (54%); uma pequena parcela trabalha há menos de um ano (4%); e o restante da amostra apresenta a mesma distribuição para as categorias de um a quatro anos e de cinco a nove anos, ou seja, ambas equivalem a 21% da amostra pesquisada.

Ao analisar cada uma das categorias profissionais, pode-se perceber que em todas elas predominam os funcionários com mais de nove anos de profissão. Entre os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem, fica evidente que existe uma lacuna no tempo de profissão, de tal forma que 25% dos enfermeiros e 17% dos auxiliares têm uma experiência de um a quatro anos; nenhum desses funcionários relatou que era profissional da enfermagem há menos de um ano, ou de cinco a nove anos. Por outro lado, entre os técnicos de enfermagem, verifica-se a continuidade na distribuição do tempo de profissão; a menor parcela (6%) tem menos de um ano de experiência; 24% dos técnicos já trabalham na enfermagem há um tempo que vai de um a quatro anos; e, de forma equivalente, 35% trabalham de cinco a nove anos e há mais de nove anos.

TABELA 1 – Número e percentagem de sujeitos segundo a categoria profissional e o tempo de profissão – Uberlândia – 2007

Categoria profissional	Enfermeiro (n=4)		Técnico (n=17)		Auxiliar (n=7)		Equipe de enfermagem (n=28)	
Tempo de profissão	N	%	N	%	N	%	N	%
Menos de 1 ano	0	0	1	6	0	0	1	4
1 a 4 anos	1	25	4	24	1	17	6	21
5 a 9 anos	0	0	6	35	0	0	6	21
Mais de 9 anos	3	75	6	35	6	86	15	54
TOTAL	**4**	**100**	**17**	**100**	**7**	**100**	**28**	**100**

Instrumento para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário, composto de uma abordagem inicial para identificação das características do sujeito, seguida de questões de múltipla escolha e questões abertas, com o objetivo de identificar as impressões dos profissionais de enfermagem diante do problema proposto pelo estudo. O questionário foi elaborado partindo-se do princípio de que ele é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série de perguntas e requer a observância de normas precisas a fim de aumentar sua eficácia e validade.[6] O conteúdo das perguntas do questionário foi elaborado com base na vivência dos pesquisadores.

Procedimento para coleta de dados

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia. Os sujeitos participaram voluntariamente da pesquisa após receberem todas as informações relacionadas ao estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O questionário foi aplicado pelo pesquisador, que compareceu ao setor durante dois dias úteis consecutivos, no período da manhã, tarde, noites pares e noites ímpares, no final de cada turno de trabalho, a fim de abordar o maior número possível de funcionários e de forma a não excluir aqueles que estivessem de folga na escala de serviço.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

As respostas às questões colocadas no questionário foram analisadas de acordo com a natureza das informações qualitativas e quantitativas obtidas. Essas informações foram lidas exaustivamente pelo pesquisador e agrupadas em categorias, segundo a similaridade do conteúdo de cada uma delas. Essas categorias representam formas de concretização e de organização do processo construtivo-interpretativo que permitem seu desenvolvimento por meio de núcleos de significação teórica portadores de certa estabilidade. Sem categorias, a processualidade pode-se desfigurar diante da falta de organização do processo construtivo.[7]

A primeira questão abordada teve por finalidade identificar o que os profissionais de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica costumam informar aos seus pares durante a passagem de plantão. Trata-se de uma questão aberta, na qual as categorias foram definidas de acordo com os itens apresentados na questão 3, que indagava o que o profissional considera importante informar durante a passagem de plantão. As respostas foram agrupadas de acordo com a categoria profissional, conforme demonstrado na TAB. 2:

TABELA 2 – Número e percentagem de respostas apresentadas pelos enfermeiros à questão: *O que você informa aos outros membros da equipe de enfermagem durante sua passagem de plantão?* – Uberlândia – 2007

Enfermeiros Respostas	Número	%
Intercorrências	4	100
Quadro clínico	1	25
Informações burocráticas	1	25
Necessidade de materiais	1	25

Conforme representado na TAB. 2, as *Intercorrências* são informadas por todos os enfermeiros, independentemente do seu tempo de experiência profissional. Por outro lado, apenas um enfermeiro (25%), que exerce a profissão há mais de dez anos, destacou que durante a passagem de plantão transmite aos outros o *quadro clínico* do paciente, as *informações burocráticas* do setor, incluindo informações sobre a equipe de enfermagem e os acompanhantes das crianças, bem como a *necessidade de materiais*. Diante do observado, pode-se verificar que a passagem de plantão não é utilizada apenas para tratar de questões relativas aos clientes, mas também daquelas inerentes ao bom funcionamento do setor. Esse resultado vem ao encontro de outros apontados em estudo realizado no Brasil na década de 1980 que referem ser a passagem de plantão um dos canais de comunicação utilizado pela equipe de enfermagem.[8]

TABELA 3 – Número e percentagem de respostas apresentadas pelos técnicos de enfermagem à questão: *O que você informa aos outros membros da equipe de enfermagem durante a sua passagem de plantão?* – Uberlândia – 2007

Técnicos de enfermagem Respostas	Número	%
Intercorrências	14	82
Medicamentos em uso	4	24
Cuidados prestados	4	24
Realização de exames	4	24
Dieta	3	18
Procedimentos a realizar	2	12
Diagnóstico médico	2	12
Informações sobre acompanhante	2	12
Quadro clínico	1	6
Altas e óbitos	1	6
Estado emocional	1	6

De acordo com o que se observa na TAB. 3, a categoria de resposta de maior incidência entre os técnicos de enfermagem foi *Intercorrências* (82%), enquanto as que menos apareceram foram *Quadro clínico, Altas e óbitos e Estado emocional* (6%). Já as categorias *Procedimentos a serem realizados* e *Cuidados prestados* foram informadas por apenas 12% e 24% dos funcionários, respectivamente. Essas categorias acabam interferindo na continuidade da assistência a ser prestada, haja vista que os profissionais que iniciarão o trabalho não saberão o que já foi ou o que deverá ser realizado.

A categoria *Intercorrências* só deixou de ser citada por três dos funcionários pesquisados. Um deles possui um tempo de experiência profissional inferior a um ano e relatou que, durante a passagem de plantão, informa apenas os *Procedimentos a serem realizados*. Os outros dois participantes possuem experiência superior a dez anos de profissão. Um deles informou que os *Medicamentos em uso,* o *Diagnóstico médico* e a *Dieta*. O outro participante da pesquisa disse informar o *Quadro clínico* e as *Informações sobre acompanhante* durante sua passagem de plantão. A omissão dessa informação, principalmente pelos profissionais com experiência superior a dez anos, não é justificada, uma vez que as intercorrências com o paciente constituem um fato extremamente importante para o profissional que está recebendo o plantão, pois suas ações deverão ser conduzidas no sentido de evitar a ocorrência de um novo evento.

TABELA 4 – Número e percentagem de respostas apresentadas pelos auxiliares de enfermagem à questão: *O que você informa aos outros membros da equipe de enfermagem durante a sua passagem de plantão?* – Uberlândia – 2007

Auxiliares de enfermagem Respostas	Número	%
"Tudo" o que aconteceu durante o plantão	4	67
Intercorrências	2	33
Cuidados prestados	1	17
Procedimentos a serem realizados	1	17
Outros	1	17

Como mostra a TAB. 4, dentre os participantes, quatro auxiliares de enfermagem (67%), todos com mais de nove anos de profissão, responderam à questão de forma muito ampla, de modo que não foi possível enquadrá-las em nenhuma outra categoria. Apenas 33% dizem informar as *Intercorrências*. A categoria *Outros* foi adicionada diante da resposta dada por um auxiliar de enfermagem, com mais de dez anos de profissão, que respondeu: *Chegar mais cedo para receber um bom plantão*, o que revela que houve falha no processo de comunicação, no qual a mensagem emitida não foi adequadamente compreendida pelo receptor.

Ao se fazer um paralelo entre as respostas das três categorias profissionais, verifica-se que, em relação aos enfermeiros, evidencia-se que o tempo de profissão não interferiu de forma significativa nas respostas e que a quantidade de assuntos abordados é menor, quando comparada às dos técnicos de enfermagem. Um dos enfermeiros, com mais de nove anos de profissão, destaca-se por dizer que aproveitava o momento para tratar de assuntos inerentes ao setor, mas não relacionados diretamente à assistência ao cliente.

De forma distinta, os técnicos de enfermagem, provavelmente por estarem diretamente envolvidos na assistência, abordaram uma quantidade maior de assuntos. Com base nessa quantidade de assuntos, o que se verifica é que alguns profissionais passavam um plantão detalhado e que outros o faziam de forma bastante sucinta, independentemente do tempo de profissão de cada um deles. Além disso, apresentam maiores detalhes quando comparados com os auxiliares de enfermagem, principalmente em relação às questões que exigem maior qualificação – por exemplo, as medicações.

Já em relação aos auxiliares de enfermagem, verifica-se que as respostas da maioria deles são muito gerais, voltadas para os cuidados diretos ao paciente, o que permite inferir que não existe entre eles um método preestabelecido para a passagem de plantão.

Em outro estudo realizado no Reino Unido na década de 1990, as informações que mais frequentemente apareceram estavam ligadas à comunicação, à movimentação, à eliminação, a medicações e ao tratamento médico.[9] Além dessas, o estado psicológico familiar do paciente e as intervenções de enfermagem foram as informações de maior ocorrência em um estudo realizado na Inglaterra.[10] Quando comparadas com este estudo, nota-se que existem algumas divergências em relação às informações transmitidas, haja vista que foi identificada maior frequência de informações relacionadas à intercorrências e nenhuma citação relativa ao estado psicológico familiar e à comunicação, merecendo, portanto, outras investigações, uma vez que existem poucos estudos nacionais que tratam do assunto e a assistência de enfermagem no Brasil tem diferenças da prestada nos países onde foram realizados os estudos citados.

A segunda pergunta do questionário refere-se à forma utilizada pelos sujeitos para fazer a passagem de plantão. Essa é uma questão fechada cujos dados foram analisados por estatística simples. As respostas foram apresentadas de acordo com a categoria profissional.

TABELA 5 – Número e percentagem de respostas dos enfermeiros segundo a forma de comunicação utilizada na passagem de plantão – Uberlândia – 2007

Enfermeiros Respostas	Número	%
Oral e escrita	4	100
Oral	0	0
Escrita	0	0
Outra	2	50

Como revelado na TAB. 5, todos os enfermeiros do setor (100%) utilizam a comunicação verbal escrita e falada para transmitir a passagem de plantão. Esse resultado confirma o exposto na literatura, que diz ser o procedimento de passagem de plantão uma das situações em que se verificam as maiores incidências da forma verbal de comunicação em enfermagem.[5] Dois enfermeiros (50%), um com mais de nove anos e outro entre um e quatro anos de profissão, marcaram também a opção *Outra*. Ambos especificaram essa opção como "Passagem de plantão na beira do leito", que consiste na passagem das informações ao outro colega de equipe, dentro da enfermaria, DNA presença do paciente e, portanto, utilizando a linguagem verbal falada.

TABELA 6 – Número e percentagem de respostas dos técnicos de enfermagem segundo a forma de comunicação utilizada na passagem de plantão – Uberlândia – 2007

Técnicos de enfermagem Respostas	Número	%
Oral e escrita	10	59
Oral	7	41
Escrita	0	0
Outra	0	0

Conforme a TAB. 6, a maior parte (59%) da equipe utiliza a comunicação verbal falada e escrita, enquanto o restante (41%) utiliza somente a comunicação verbal falada.

TABELA 7 – Número e percentagem de respostas dos auxiliares de enfermagem segundo a forma de comunicação utilizada na passagem de plantão – Uberlândia – 2007

Auxiliares de enfermagem Respostas	Número	%
Oral e escrita	4	57
Oral	3	43
Escrita	0	0
Outra	0	0

Na TAB. 7, pode-se notar que 57% da equipe utiliza a comunicação verbal escrita e falada e 43% utiliza somente a comunicação verbal falada.

Diante do exposto em relação a essa questão, verifica-se que é comum às três categorias profissionais a comunicação na forma verbal, seja na forma falada ou escrita e falada. Em estudo realizado por Yamamoto *et al*. (2009), foi identificado que na passagem de plantão é utilizada a linguagem verbal falada ou na linguagem verbal escrita.[11] Já em outro trabalho, o plantão é informado apenas verbalmente.[12] Em nosso estudo, houve o predomínio do uso da comunicação escrita e falada, forma que diminui a possibilidade da omissão de questões importantes, que poderiam ser esquecidas caso fosse utilizada somente a comunicação verbal falada.

O objetivo com a terceira questão foi identificar o que os profissionais de enfermagem consideram importante informar aos outros membros da equipe durante a passagem de plantão. Trata-se de uma questão de múltipla escolha em que foram fornecidos dez assuntos que poderiam ser abordados durante a passagem de plantão, com a opção de acrescentar outro que não tivesse sido citado e que o sujeito considerasse importante; além disso, em cada assunto o profissional tinha a possibilidade de especificar as informações. Na análise desses dados foi utilizada estatística simples e as informações que foram especificadas foram apresentadas. As respostas foram agrupadas de acordo com a categoria profissional:

TABELA 8 – Número e percentagem de respostas dos enfermeiros segundo as informações que consideram importantes durante a passagem de plantão – Uberlândia – 2007

Enfermeiros Informações	Número	%
Sinais vitais	4	100
Intercorrências do paciente	4	100
Condições de sono	4	100
Estado emocional do paciente	4	100
Informações sobre o acompanhante	4	100
Realização de exames	3	75
Cuidados de enfermagem prestados	3	75
Dietas	3	75
Eliminações	3	75
Medicamentos utilizados	3	75
Outras informações	3	75

Conforme a TAB. 8, todos os enfermeiros (100%) consideraram importante informar durante a passagem de plantão: *Sinais vitais, Intercorrências do paciente, Condições de sono, Estado emocional do paciente* e *Informações sobre o acompanhante*. Quanto ao assunto *Sinais vitais*, todos os enfermeiros consideraram importante mencionar as alterações que acontecem no decorrer do plantão. Em relação às *Intercorrências do paciente*, somente o enfermeiro com tempo de profissão de um a quatro anos especificou quais intercorrências devem ser mencionadas e citou: febre, parada e crise convulsiva. Quanto às *Condições de sono*, todos se referiram às alterações ocorridas. O *Estado emocional do paciente* foi informado por todos os enfermeiros, quando a criança apresenta ansiedade, irritabilidade e depressão. As *informações sobre o acompanhante*, na opinião do enfermeiro com tempo de profissão de um a quatro anos, deve ser voltada para a interação com a equipe; já os enfermeiros com mais de nove anos de profissão acham importante mencionar a interação do acompanhante com a criança e as alterações no comportamento social.

Em relação à *Realização de exames*, *Cuidados de enfermagem prestados*, *Dietas*, *Eliminações* e *medicamentos utilizados* foram destacados por 75% da amostra. Quanto ao assunto *Realização de exames*, os enfermeiros disseram que era importante informar o tipo e o resultado do exame. Os *Cuidados de enfermagem prestados* foram destacados como relevantes na passagem de plantão, quando precisam de atenção especial do enfermeiro. Em relação às *Dietas*, os enfermeiros destacaram questões como aceitação, suspensão, via de administração e jejum. Já em relação às *Eliminações*, o enfermeiro com tempo de profissão de um a quatro anos destacou questões como: densidade urinária, pH, aspecto e volume; os outros dois enfermeiros destacaram: sudorese, alteração na quantidade e aspecto das eliminações. Quanto ao item *Medicamentos utilizados*, o enfermeiro com tempo de profissão de um a quatro anos relatou a importância de abordar os quimioterápicos e as drogas vasoativas; os enfermeiros com mais de dez anos destacaram a importância dos medicamentos especiais, com efeitos adversos ou de risco, e os antibióticos.

Três dos funcionários (75%), além dos pontos sugeridos pelo questionário, adicionaram mais algumas informações que podem ser abordadas na passagem de plantão. O enfermeiro com um a quatro anos de profissão adicionou: "Problemas com falta de funcionários e com a equipe". Outro enfermeiro, com mais de dez anos de experiência profissional, acrescentou: "Choro, hipo e hiperatividade e socialização". Outro enfermeiro, também com o mesmo tempo de profissão, adicionou: "Questões relativas a materiais, equipamentos, pessoal e capacitação".

Ao comparar as respostas dos enfermeiros com os questionamentos a respeito do que eles informavam em sua passagem de plantão e do que eles consideravam importante informar na passagem de plantão, pode-se observar que houve uma sobreposição e, ao mesmo tempo, uma discrepância de respostas. Os enfermeiros, ao responderem à primeira questão, disseram que informavam em sua passagem de plantão apenas as *Intercorrências*, o *Quadro clínico*, as *Informações burocráticas* e a *Necessidade de materiais*, conforme exposto na TAB. 2. Essas respostas não estão de acordo com o que foi respondido pelos mesmos enfermeiros à pergunta 3, na qual eles assinalaram, além do que foi colocado na TAB. 2, uma gama muito maior de informações que consideraram importantes (TAB. 8).

TABELA 9 – Número e percentagem de respostas dos técnicos de enfermagem segundo as informações que consideram importantes durante a passagem de plantão – Uberlândia – 2007

Técnicos de enfermagem Informações	Número	%
Intercorrências do paciente	15	88
Realização de exames	15	88
Sinais vitais	15	88
Eliminações	13	76
Dietas	13	76
Cuidados de enfermagem prestados	12	71
Medicamentos utilizados	12	71
Estado emocional do paciente	12	71
Informações sobre o acompanhante	12	71
Condições de sono	11	65
Outras informações	5	29

Conforme apresenta a TAB. 9, a maioria (88%) dos técnicos de enfermagem considera importante informar durante a passagem de plantão: *Intercorrências do paciente*, *Realização de exames*, e *Sinais vitais*. Em relação ao assunto *Intercorrências do paciente*, foram citados: cianose, arritmias, parada cardiorrespiratória, hemotransfusão e passagem de sonda. Quanto à *Realização de exames*, o tipo de exame foi tido como importante. Já em relação ao assunto *Sinais vitais*, todos eles destacaram a importância das alterações.

As informações *Eliminações* e *Dietas* foram assinaladas por 13 técnicos de enfermagem (76%). Quanto às *Dietas*, foram citadas como informações importantes que devem ser comunicadas na passagem de plantão: interrupção, jejum, vazão da dieta e horário de administração, aceitação, quantidade e intervalo. Já

em relação às *Eliminações*, foram evidenciados os itens aspecto, frequência e quantidade.

Os itens *Cuidados de enfermagem prestados*, *Medicamentos utilizados*, *Estado emocional do paciente* e *Informações sobre o acompanhante* apresentaram a mesma frequência (71%) de citações pelos participantes da pesquisa. Os *Cuidados de enfermagem prestados* citados pelos profissionais com um a quatro anos de profissão foram: nebulização, passagem de sonda, acesso venoso e curativo; os sujeitos com cinco a nove anos de profissão citaram: aspiração, banho, mudança de decúbito, nebulização, curativo, passagem de sonda e catéter; já os profissionais com mais de dez anos citaram: curativo, retirada de pontos e drenos, cateteres e sondagem vesical. Os profissionais com um a quatro anos de profissão, quando questionados em relação aos *Medicamentos utilizados*, disseram que é importante informar: antibiótico, soro, dobutamina, dopamina e os que foram iniciados durante o plantão. Os profissionais com cinco a nove anos responderam de forma geral: "Medicamentos se necessário e medicamentos prescritos". Já os técnicos de enfermagem com mais de dez anos de profissão consideraram importante informar sobre os quimioterápicos, os anticonvulsivantes, os antibióticos e os anti-hipertensivos. Em relação ao *Estado emocional*, os sujeitos com um a quatro anos de profissão achavam importante informar: humor, estresse, depressão, irritabilidade, euforia, inquietação; os participantes com cinco a nove anos de profissão acharam importante relatar: agressividade, tristeza, irritabilidade e depressão. Já os sujeitos com mais de dez anos de experiência profissional consideraram importante mencionar: agitação, depressão, recusa do tratamento, distúrbios comportamentais. Quanto à questão *Informações sobre o acompanhante*, foram destacadas questões como: interação com o paciente, maus tratos, vícios e adequação às normas e rotinas.

O outro ponto sugerido pelo questionário como passível de ser abordado na passagem de plantão, as *Condições de sono*, foi marcado por 65% da amostra, que acredita que é importante informar os aspectos relacionados com a duração e a qualidade do sono (agitado, tranquilo).

Além das informações fornecidas no questionário, cinco funcionários (29%) acrescentaram tópicos como: altas, admissões, cirurgias e quadro clínico.

Quando comparadas as respostas desta questão com as respostas à questão 1 (TAB. 3), a categoria *Intercorrências* é a que mais se aproxima do que é informado pelos técnicos de enfermagem, assinalada por 82% da amostra (14 funcionários), e o que eles acreditam que é importante, assinalado por 88% (15 funcionários). Note-se que os técnicos de enfermagem, em virtude de sua atividade essencialmente assistencial, citaram um considerável número de informações inerentes ao cuidado com o paciente.

TABELA 10 – Número e percentagem de respostas dos auxiliares de enfermagem segundo as informações que consideram importantes durante a passagem de plantão segundo – Uberlândia – 2007

Auxiliares de enfermagem Informações	Número	%
Intercorrências do paciente	6	100
Medicamentos utilizados	6	100
Dietas	6	100
Eliminações	6	100
Sinais vitais	5	83
Realização de exames	5	83
Cuidados de enfermagem prestados	5	83
Condições de sono	4	67
Informações sobre o acompanhante	4	67
Estado emocional do paciente	3	50
Outras informações	0	0

Como se verifica na TAB. 10, todos os auxiliares de enfermagem (100%) consideraram importante informar na passagem de plantão: *Intercorrências do paciente, Medicamentos utilizados, Dietas* e *Eliminações*. Quanto às *Intercorrências do paciente,* o auxiliar de enfermagem com um a quatro anos de profissão acredita que é importante relatar as "paradas"; e todos os funcionários com mais de dez anos detalharam o item de forma geral: "Todas". Quanto aos medicamentos, o funcionário com um a quatro anos de experiência profissional achou importante informar os analgésicos e antitérmicos; já os com mais de dez anos de profissão destacaram os antibióticos, os sedativos e, também, os antitérmicos. Em relação ao item *Dietas,* o profissional com um a quatro anos de profissão relatou: suspensão, alteração e quantidade da dieta; os com mais de dez anos de profissão, além das alterações, acrescentaram: aceitação do paciente, horário e via de administração. As *Eliminações* foram consideradas importantes no que se refere à frequência, aspecto e quantidade.

Os itens *Sinais vitais, Realização de exames* e *Cuidados de enfermagem prestados* foram assinalados por cinco funcionários (83%). Eles julgaram importante informar as alterações no que se refere aos *Sinais vitais.* Quanto à *Realização de exames*, consideraram importante o tipo de exame realizado. Já em relação aos *Cuidados de enfermagem prestados*, o auxiliar de enfermagem com um a quatro anos de profissão não assinalou tal opção, e os demais funcionários que assinalaram esse item, todos com mais de dez anos de profissão, responderam que acreditavam que era importante informar todos os cuidados prestados. As *Condições de sono* e *Informações sobre o acompanhante* foram assinalados por 67%

da amostra. Em relação ao sono, foram destacados aspectos como qualidade e quantidade. As *Informações sobre o acompanhante* descritas foram relacionadas à colaboração, à educação e ao estado de humor. O *Estado emocional do paciente* foi assinalado por apenas três funcionários (50% da amostra) com informações do tipo: calmo ou agitado.

Quando comparada com a questão 1 (TAB. 4), essa questão mostra que os auxiliares de enfermagem acreditam que é importante abordar vários outros assuntos relacionados aos pacientes, ainda que não sejam por eles abordados no dia a dia. Mostra, também, a utilização frequente de termos como "todos", o que impossibilitou maior detalhamento das informações.

Vale ressaltar, ainda, que, embora tenha sido apontado por uma pequena parcela de profissionais, 12% dos técnicos (TAB. 3) e 17% dos auxiliares de enfermagem (TAB. 4), existe a preocupação em informar os *Procedimentos a serem realizados*, permitindo inferir que os funcionários tenham compromisso com a continuidade da assistência de enfermagem ao cliente.

Não foram encontrados outros estudos que tenham pesquisado o que os profissionais de enfermagem julgavam ser importante informar durante o processo de passagem de plantão. Recomenda-se a realização de outros estudos que abordem esta questão, a fim de favorecer uma discussão mais aprofundada sobre a temática.

A quarta indagação feita aos profissionais foi: *O que você considera como aspectos positivos da passagem de plantão?* Trata-se de uma questão aberta cujas respostas foram categorizadas mediante a identificação da essência comum das falas do sujeito.[7] As respostas foram agrupadas de acordo com a categoria profissional.

TABELA 11 – Número e percentagem de respostas dos enfermeiros em relação aos aspectos positivos da passagem de plantão, segundo as categorias de respostas – Uberlândia – 2007

Enfermeiros Categorias	Número	%
Continuidade da assistência	3	75
Qualidade da assistência	1	25
Outros	1	25

Com base na TAB. 11, identifica-se que três dos enfermeiros, dois com mais de dez anos de profissão e um com um a quatro anos, consideraram que a passagem de plantão tem como aspecto positivo a *Continuidade da assistência*. O enfermeiro que teve sua resposta incluída na categoria Outros respondeu da seguinte forma: "É enriquecedor para os profissionais, para o terapêutico e para o cuidador".

Todas as categorias citadas pelos enfermeiros estão direcionadas para o melhor cuidado ao cliente. O profissional, tendo realizado uma passagem de plantão adequada, irá realizar uma assistência com menor incidência de erros e garantir a continuidade da assistência acaba por melhorar a sua qualidade.

TABELA 12 – Número e percentagem de respostas dos técnicos de enfermagem em relação aos aspectos positivos da passagem de plantão segundo as categorias de respostas – Uberlândia – 2007

Técnicos de enfermagem Categorias	Número	%
Continuidade da assistência	12	71
Segurança do profissional	3	18
Interesse dos outros membros	2	12
Qualidade da assistência	1	6
Não respondeu adequadamente	1	6

Na TAB. 12, pode-se verificar que a resposta que mais apareceu (71%) entre os técnicos de enfermagem foi *Continuidade da assistência.* Em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, em 2004, esse foi o principal motivo que contribuiu para o surgimento da passagem de plantão.[5] A resposta *Segurança do profissional* foi citada por apenas três funcionários (18%). Dois participantes da pesquisa (12%) citaram como aspecto positivo o *Interesse dos outros membros*, deixando transparecer que a demonstração de interesse dos colegas pelas informações que estão sendo transmitidas funciona como um estímulo para que a passagem de plantão seja realizada de forma mais completa. Somente um dos técnicos de enfermagem destacou a *Qualidade da assistência* como aspecto positivo. E outro participante, com menos de um ano de profissão, *Não respondeu adequadamente* ao que foi perguntado, dando a seguinte resposta: "As informações necessárias ao bem-estar do paciente". Isso mostra que houve deficiência na comunicação, seja na compreensão da pergunta, seja na elaboração da resposta.

Conforme a TAB. 13, a metade dos auxiliares de enfermagem (50%) destacou como aspecto positivo da passagem de plantão a *Continuidade da assistência.* Parte da amostra (33%) destacou como positivo o *Interesse dos outros membros* e apenas um participante (17%) mencionou a *Segurança do paciente*. Dois funcionários não responderam adequadamente, ambos com mais de dez anos de profissão. As respostas foram: "Passar bem o plantão, principalmente as intercorrências" e "O que acontece com o paciente", sendo que esses relatos se aplicam mais à indagação de "o que" deve ser informado na passagem de plantão.

TABELA 13 – Número e percentagem de respostas dos auxiliares de enfermagem em relação aos aspectos positivos da passagem de plantão segundo as categorias de respostas – Uberlândia – 2007

Auxiliares de enfermagem Categorias	Número	%
Continuidade da assistência	3	50
Interesse dos outros membros	2	33
Não respondeu adequadamente	2	33
Segurança do paciente	1	17

Foi comum às três categorias profissionais a maior frequência da categoria de resposta *Continuidade da assistência*, resultado que em nossa opinião é extremamente importante para a prestação do cuidado. No entanto, infelizmente, não localizamos pesquisas que analisassem especificamente os aspectos positivos da passagem de plantão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da pesquisa, pôde-se verificar que todos os funcionários utilizaram a linguagem verbal falada para transmitir informações durante a passagem de plantão. A linguagem verbal escrita, nos registros e anotações de enfermagem, aparece com menor frequência. Dentre as informações transmitidas pelos funcionários aos outros membros, destacam-se as *Intercorrências.* Essa categoria de respostas foi citada por grande parte dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, mas entre os auxiliares de enfermagem foi citada com menor frequência. Entre estes, prevaleceram as respostas amplas, que não puderam ser enquadradas em nenhuma categoria. Identificou-se, ainda, que a quantidade de assuntos abordados entre os enfermeiros é menor do que entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, provavelmente por estes últimos estarem mais diretamente envolvidos na prática assistencial.

Quanto aos fatores que os enfermeiros consideraram importante abordar durante o processo de passagem de plantão, na amostra destacaram-se: *Sinais vitais*, *Intercorrências do paciente*, *Condições de sono*, *Estado emocional do paciente* e *Informações sobre o acompanhante*. As questões *Realização de exames*, *Cuidados de enfermagem prestados*, *Dietas*, *Eliminações* e *Medicamentos utilizados* foram citadas por 75% da amostra. Foi apontado ainda, com menor incidência, o item *Outras*, incluindo questões como burocráticas inerentes ao setor e socialização do paciente.

Entre os técnicos de enfermagem, as questões consideradas mais importantes para serem mencionadas durante a passagem de plantão, ou seja, *Sinais vitais*, *Realização de exames* e *Intercorrências do paciente*, foram enfatizadas por 88% da amostra; *Eliminações* e *Dietas* apareceram com 76%. A parcela de funcionários que corresponde a 71% da amostra apontou*: Cuidados de enfermagem prestados*, *Medicamentos utilizados*, *Estado emocional do paciente* e *Informações sobre o acompanhante*. A informação *Condições de sono* foi destacada por 65% dos participantes da pesquisa. Além das informações fornecidas no questionário, foram acrescentadas pelos técnicos de enfermagem, com menor prevalência: altas, admissões, cirurgias e quadro clínico.

Na visão dos auxiliares de enfermagem, as informações consideradas mais importantes para serem abordadas ma passagem de plantão foram os *Medicamentos utilizados*, *Dietas*, *Intercorrências do paciente* e *Eliminações*, que foram assinaladas por todos os funcionários dessa categoria profissional. Assuntos como *Sinais vitais*, *Realização de exames* e *Cuidados de enfermagem prestados* apareceram com uma frequência de 83%. Em seguida, com 67%, aparecem *Condições de sono* e *Informações sobre o acompanhante*. O *Estado emocional do paciente* foi destacado por apenas três funcionários (50%).

Ao final da pesquisa, foi possível identificar os aspectos positivos, na percepção da equipe de enfermagem, relacionados ao processo de passagem de plantão. Quanto a esses aspectos, a resposta *Continuidade da assistência* foi a que mais se destacou entre os enfermeiros (75%), os técnicos de enfermagem (71%) e os auxiliares de enfermagem (50%). Os auxiliares de enfermagem não relacionaram em suas respostas a passagem de plantão com a própria segurança, mas relacionaram com a segurança dos pacientes.

Conclui-se que o processo de passagem de plantão é uma maneira eficiente para a troca de informações entre os membros da equipe de trabalho, porém existem muitos assuntos considerados importantes que não são transmitidos pelos profissionais. Isso permite inferir que deve ser realizado um programa de educação permanente que propicie a melhoria constante do processo de comunicação que envolve a passagem de plantão e resulte, finalmente, na melhoria da qualidade da assistência.

Foram encontrados poucos estudos que tratam das questões abordadas neste estudo, sobretudo que comparam dados inerentes às três categorias profissionais. Sugere-se a realização de outros estudos desta natureza, a fim de ratificar os dados encontrados nesta pesquisa e, dessa forma, analisar o processo de passagem de plantão à luz da realidade da assistência de enfermagem no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Stefanelli MC, Carvalho CC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri, SP: Manole; 2005.

2. Matheus MCC, Colvero LA, Igue CE, Dias DC. Passagem de plantão: um estudo da comunicação verbal e não verbal. Acta Paul Enferm. 1998; 11(2):77-82.

3. Magalhães AM, Pires CS, Keretzky KB. Opinião de enfermeiros sobre a passagem de plantão. Rev Gaúcha Enferm. 1997; 18(1):43-53.

4. Zoehler KG, Lima MADS. Opinião dos Auxiliares de Enfermagem sobre a passagem de plantão. Rev Gaúcha Enferm. 2000; 21(2):110-124.

5. Boas MAV. Passagem de plantão de enfermagem em um hospital dia psiquiátrico [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

6. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia do trabalho científico. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1992.

7. Rey FG. Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2005.

8. Carnio EC, Gregório E, Alves LMM, Gabrielli APR. A comunicação na passagem de plantão em unidade de internação pediátrica. In. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Ribeirão Preto. Anais 1º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 1988.

9. Liukkonen A. The content of nurses´ oral shift reports in homes for elderly people. J Adv Nurs. 1993; 18:1095-100.

10. Lamond D. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. J Adv Nurs. 2000; 31(4):794-804.

11. Yamamoto DM, Oliveira BRGA, Viera CS, Collet N. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. Texto & Contexto Enferm.2009; 18(2):224-32.

12. Palomo JSH, Damas BGB, Gutierrez MA. Avaliação do Registro Eletrônico da Prescrição e Evolução de Enfermagem. Journal of Health Informatics. 2010; 1(2):17-23.

Data de submissão: 23/6/2009
Data de aprovação: 2/8/2010

ENTRE A VIDA ENFERMA E A MORTE SADIA: A ORTOTANÁSIA NA VIVÊNCIA DE ENFERMEIROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

BETWEEN SICK LIFE AND HEALTHY DEATH: ORTHOTANASIA IN THE EXPERIENCE OF NURSES IN AN INTENSIVE CARE UNIT

ENTRE LA VIDA ENFERMA Y LA MUERTE SALUDABLE: ORTOTANÁSIA EN LA EXPERIENCIA DE ENFERMEROS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Silvana Bastos Cogo Bisogno[1]
Alberto Manuel Quintana[2]
Valéri Pereira Camargo[3]

RESUMO

Considerando que a ortotanásia diz respeito a um termo por vezes controverso e com insuficientes discussões éticas e jurídicas, realizou-se uma pesquisa objetivando conhecer a percepção de profissionais enfermeiros sobre essa prática no contexto hospitalar. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, pautada na abordagem qualitativa, desenvolvido em uma UTI adulto de um Hospital público do Rio Grande do Sul, tendo sido entrevistadas cinco enfermeiras. Optou-se pela entrevista semidirigida, realizada de janeiro a março de 2008. Os cuidados relacionados aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram devidamente cumpridos. Após a análise de conteúdo, emergiram as categorias: é o médico quem decide; o paciente não é investível; a participação dos familiares; o morrer com dignidade; e a ortotanásia oculta. Tratar do assunto da ortotanásia é uma tentativa de contextualizar sua existência e atuação diante de uma rotina que tenta escondê-la ou mascará-la, justamente pelo fato de não existir amparos para sua prática, tanto da jurisdição legal como da própria medicina. A ortotanásia, dita nova, é, na verdade, uma antiga prática instalada no ambiente hospitalar e que, de acordo com os profissionais entrevistados, é uma possibilidade viável de tratar a morte como um processo irremediável e constante, de forma a contrapor-se ao prolongamento do sofrimento humano. Acredita-se que os profissionais envolvidos na assistência a UTI devem ser estimulados a participar de espaços que lhes possibilitem uma abertura aos assuntos relacionados à morte, já que falando sobre ela pode-se, aos poucos, desestigmatizá-la e passar a encará-la sob nova forma.

Palavras-chave: Enfermeiro; Morte; Direito a Morrer.

ABSTRACT

Considering that passive euthanasia is a controversial term with insufficient ethical and legal debates, a research was carried out aiming to know the perception of professional nurses about such practice in the hospital context. It is an exploratory research, based on a qualitative approach, developed in an adult ICU of a public hospital in the state of Rio Grande do Sul, through interviews with five nurses. Semi-directed interviews were conducted from January to March 2008. Ethical aspects involved in the research were appropriately observed. After content analysis, the following categories emerged: the doctor decides; patient is not worth investing the effort; the family participation; death with dignity; and hidden passive euthanasia. Dealing with such a theme as passive euthanasia is an attempt to contextualize its existence and its practice, considering a routine that tries to hide or to mask it, since there is no legal or medical support to its practice. Even though passive euthanasia is considered a new subject, it is, in fact, an ancient practice which takes place in the hospital environment. According to the professionals who were interviewed, it is a viable possibility to treat death as a constant and irremediable process opposed to the extension of human suffering. Professionals involved on ICU assistance should be encouraged to participate in discussions on themes related to death, since talking about it helps to gradually de-stigmatize it and face it in a new way.

Key words: Nurse; Death; Right to Die.

RESUMEN

Considerando que la ortatanasia es un término bastante controvertido y con no suficientes discusiones éticas y jurídicas, se realizó una investigación con el objetivo de conocer la percepción de enfermeros profesionales sobre la práctica de la ortatanasia dentro del contexto hospitalario. Se trata de una investigación exploratoria con enfoque cualitativo realizada en un Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) adulto de un hospital público del Estado de Rio Grande del Sur, habiendo sido entrevistadas cinco enfermeras. Se optó por entrevistas semiestructuradas realizadas de enero a marzo de 2008. Los aspectos éticos involucrados en la investigación fueron debidamente respetados. Después de realizar el análisis de contenido emergieron las siguientes categorías: el médico es quien decide; el paciente no merece el

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem do Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande de Sul (CESNORS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Núcleo de Pesquisas Interdisciplinares em Saúde (NEIS).
[2] Psicólogo. Doutor em Ciências Sociais (Antropologia Clínica). Professor Associado do Departamento de Psicologia e dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia (Mestrado) e Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) da UFSM. Coordenador do Núcleo de Pesquisas Interdisciplinares em Saúde (NEIS).
[3] Psicóloga, Mestranda em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, Bolsista CAPES/REUNI. Membro do Núcleo de Pesquisas Interdisciplinares em Saúde (NEIS). Endereço para correspondência – Silvana Bastos Cogo Bisogno: Visconde de Ferreira Pinto, 434, Bairro Itararé, Santa Maria, RS. E-mail: silvanabisogno@yahoo.com.br.

esfuerzo invertido en él; la participación de los familiares; el morir con dignidad; y la ortotanasia escondida. Así, tratar del asunto ortatanasia es un intento de contextualizar su existencia y actuación frente a una rutina que trata de ocultarla y mascararla, justamente por el hecho de no existir amparos para su práctica, tanto de la jurisdicción legal como de la propia medicina. La llamada nueva ortatanasia es, en realidad, una antigua práctica instalada en el ambiente hospitalario y que, de acuerdo con los profesionales entrevistados, es una posibilidad viable de tratar la muerte como un proceso irremediable y constante, de forma contraponerse al prolongamiento del sufrimiento humano. Los profesionales involucrados en la asistencia en CTI deberían ser estimulados a participar de espacios que les permitan debatir asuntos relacionados a la muerte puesto que hablando sobre ella se la puede, poco a poco, desestigmatizar y comenzar a encarar de otra forma.

Palabras clave: Enfermero; Muerte; Derecho a Morir.

INTRODUÇÃO

As ciências biomédicas desenvolvem-se constantemente, oferecendo oportunidades para melhorias no atendimento à saúde. Isso é evidenciado em virtude do aumento da perspectiva de vida populacional e incrementos na qualidade de vida. Os benefícios foram alcançados, também, graças à erradicação de males e prevenção de doenças.[1] Entretanto, paralelalamente aos benefícios, os conhecimentos ofertados pela ciência podem também corroborar com riscos à população, explicitados em excessos nos procedimentos técnicos cometidos pelos profissionais. Tais excessos podem comprometer o livre-arbítrio do paciente e sua autonomia, deixando a cargo de outrem as decisões sobre a aplicação ou suspensão de um instrumento ou método terapêutico.

Os deveres e os limites dos profissionais da saúde sobre o uso, ou não, de técnicas em seus pacientes são aspectos que apontam a necessidade de discussões éticas e jurídicas, que podem auxiliar na identificação das possíveis limitações para as intervenções. Visando contemplar tais questões, a bioética – campo de estudos entre as diferentes disciplinas vinculadas às ciências da vida – tem se dedicado às discussões éticas. Os limites jurídicos têm sido buscados nos princípios e direitos fundamentais, considerando, prioritariamente, o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. Inexistem, no momento, leis específicas à temática explicitando a insuficiência dos aportes teóricos tradicionais.[2]

Atualmente, dentre as muitas discussões realizadas na sociedade brasileira sobre o assunto, destaque-se a que se relaciona à atenção aos pacientes terminais. Denomina-se terminal aqueles pacientes que estão fora das possibilidades terapêuticas, em processo de morte irreversível. A principal questão em tal contexto é a possibilidade de propiciar uma morte digna ao paciente, e é esse o momento que surge a menção à ortotanásia.

A palavra "ortotanásia", construída com base em uma proliferação vocabular, suscita muitas dúvidas e equívocos. As ambiguidades surgem dos conceitos empregados, que, conforme a cronologia e mesmo a compreensão do autor que o utiliza, podem modificar seu sentido. Etimologicamente, o termo significa "morte correta" (*orto:* certo, *thanatos:* morte). Assim, nomeia-se ortotanásia "o não prolongamento artificial do processo de morte além do que já seria o processo natural, feito, entretanto, com intervenção médica".[3:287] A ortotanásia serviria para evitar a distanásia, que, por sua vez, "dedica-se a prolongar, ao máximo, a quantidade de vida humana, combatendo a morte como grande e última inimiga".[4:39]

De acordo com a Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006, do Conselho Federal de Medicina (CFM), a prática da ortotanásia é autorizada. A resolução determina que, na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente. Objetiva-se garantir os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitando a vontade do paciente ou de seu representante legal.[5] Determina, ainda, essa resolução que o médico é obrigado a esclarecer ao doente ou ao seu representante legal os tipos de terapia apropriados a cada situação. Se houver consentimento de todos, a decisão de limitar ou suspender os procedimentos e tratamentos deve ser registrada no prontuário do paciente.

No Brasil, o conceito de ortotanásia não significa tirar a vida de um ser humano, mas assegurar-lhe o direito de morrer com dignidade – diferentemente da eutanásia. Referida, muitas vezes, pela classe médica como ato legal e livre de ilegítimo, a ortotanásia, porém, é cercada de contradições e dúvidas referentes à sua real licitude em nível jurídico, impondo aos profissionais da área da saúde temores nas decisões que envolvem os limites de suporte de vida. Cabe salientar que, apesar de a prática da ortotanásia ser específica da medicina, há uma equipe multidisciplinar, dentre os quais profissionais da enfermagem, que se encontra também próxima do paciente na iminência da morte.

Em diversas reflexões e estudos tem-se enfatizado a operacionalização da ortotanásia nos pacientes em fase terminal, mas ainda são muitas as dúvidas que imperam na prática. Esse fato acaba impossibilitando uma aplicação da prática com menos dilemas éticos, legais, religiosos, culturais ou sociais. A reflexão em torno da temática torna-se imprescindível para que se pense e atue em prol da valorização da atenção integral ao paciente, considerando a qualidade de vida e a dignidade humana, contrapostas ao prolongamento do processo da morte com a utilização da tecnologia disponível.

A garantia de um desfecho de vida com dignidade é a possibilidade diante de uma doença sem perspectiva de cura. Dessa forma, a prioridade do fazer técnico estaria centrada no cuidar, não em buscar a cura incessantemente, justamente porque as evidências de que a morte se aproxima não afastam a necessidade de cuidados especiais.

Os cuidados paliativos, que dizem respeito à minimização dos sintomas e não à busca da cura, são meios pelos quais se reúnem esforços na tentativa de atenuar o sofrimento dos sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, fatores comuns nas doenças potencialmente incuráveis. A filosofia dos cuidados paliativos tem como método operacionalizar, na prática, a visão da ortotanásia: do morrer com dignidade, em paz, cercado de amor e ternura, sem abreviação de vida ou prolongamento artificial.[6]

Dessa forma, considerando que ortotanásia diz respeito a um termo por vezes controverso, ambíguo e com insuficientes discussões éticas e jurídicas, realizou-se uma pesquisa objetivando conhecer a percepção de profissionais enfermeiros sobre essa prática no contexto hospitalar. A proposta de estudo foi realizar uma aproximação do significado atribuído por enfermeiros de um hospital público da região Centro-Oeste do Estado do Rio Grande do Sul-RS, Brasil, em relação aos limites impostos no final da vida aos pacientes considerados terminais, relacionando com a prática da ortotanásia e ainda a maneira como influencia na atuação profissional.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório pautada na abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) adulto de um Hospital público de uma cidade localizada no interior do Rio Grande do Sul. Os sujeitos da pesquisa foram definidos com base em uma amostra intencional sendo que o número de participantes foi determinada pelo critério de saturação da amostra.[7] Foram entrevistadas cinco enfermeiras que atuam na UTI, que, voluntariamente, aceitaram participar da pesquisa. Antes do início da coleta dos dados, foram explicitados os objetivos do estudo e também assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Optou-se por realizar a coleta dos dados por meio de entrevista semidirigida, e para norteá-las foram elaboradas algumas proposições. Os eixos orientadores da investigação foram: paciente em fase terminal; o morrer com dignidade; as siglas "se parar parou" (SPP) e "sem indicação de reanimação" (SIR); a morte e o morrer; as experiências na UTI; os cuidados paliativos, a ortotanásia, a eutanásia e a morte do paciente.

O período de coleta das informações com os profissionais ocorreu durante três meses ininterruptos, de janeiro a março de 2008, sendo as entrevistas realizadas em local reservado de forma a proporcionar privacidade aos sujeitos da pesquisa. As falas foram registradas em gravador digital e os nomes, substituídos por códigos (o código ENF para os enfermeiros, seguidos de uma numeração de 1 a 5). A duração das entrevistas foi de 50 minutos, em média.

Depois de realizadas as entrevistas, as gravações foram transcritas imediatamente, visando manter a integralidade das falas. Saliente-se que, antes da utilização definitiva da entrevista, o participante teve disponível a transcrição realizada pela pesquisadora, para certificar-se do que realmente estava sendo considerado na fala do entrevistado e para evitar equívocos.

Após a realização e transcrição das entrevistas, a fim de buscar elementos para a compreensão, os achados foram analisados qualitativamente por meio da análise de conteúdo, especificamente a análise temática.[8] A operacionalização da análise temática organizou-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.[8,9]

Saliente-se, ainda, que todos os cuidados relacionados aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa foram devidamente observados desde o primeiro momento. Com isso, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), conforme previsto pela Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, para a realização de pesquisa com seres humanos.[10]

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com as informações obtidas na coleta de dados, realizou-se a análise do conteúdo temático. Com base na análise, foram definidas categorias para os conteúdos emergentes das falas dos entrevistados, sendo elas: É o médico quem decide!; O paciente não é investível; A participação dos familiares; O morrer com dignidade; e a Ortotanásia oculta.

É o médico quem decide!

A UTI é um local de trabalho complexo e intenso, tornando necessário que o enfermeiro esteja preparado para atuar em qualquer momento e circunstância. Diante do emaranhado de situações que são propiciadas nesta unidade, o enfermeiro**,** como principal ator no cuidado do paciente, experimenta diversas sensações que podem repercutir e influenciar diretamente nas ações de assistência. Por exemplo, a presença iminente do processo de morrer do paciente, que pode mobilizar sentimentos intensos do profissional de saúde, vinculados a medos, inseguranças e temores relacionados ao estigma social da morte. Assim, o modo como se encara a morte "traz informações importantes para compreender rituais e formas de seu enfrentamento, presentes na vida das pessoas, e que é base inicial e fundamental na lida cotidiana com a morte".[11:27]

Quando são mencionados os assuntos relativos às decisões da limitação de tratamentos de suporte em pacientes com doenças terminais, as incertezas para

os profissionais são inúmeras e sempre acompanhadas de dúvidas e angústias pessoais. Assim, os enfermeiros enunciam que não é possível delimitar uma sincronia de conduta perante todos os profissionais, diante das situações impostas na UTI. Nesse contexto, as ações podem se tornar isoladas e as decisões médicas, em diversos momentos, por não seguirem uma conduta unânime, contribuem para as indecisões dos enfermeiros diante das situações que envolvem o fim da vida. Ainda, é percebido certo desconforto, por parte dos enfermeiros, em virtude da não participação nos processos decisórios:

> *Não existe uma unanimidade de dizer que se o paciente parar não vamos investir. Na hora da parada, decidem que vamos fazer a reanimação, caso parar novamente não se reanima mais, mas se parou aquela vez reanimaram e não parou mais.* (ENF 1)

> *Já vivenciei situações onde a enfermagem acha que não deve mais investir, mas aquele residente acha que deve investir, se parar vamos investir; mas quem está 24 horas com o paciente é a enfermagem, então pode acontecer, não vou dizer que acontece, de um paciente parar e a enfermagem fingir que não viu, pode parar e a enfermeira e o técnico fazerem um pacto de se, parou, se alguém ver, alguém viu, daí dá cinco minutos e avisa o plantão.* (ENF 2)

> *Alguém chega e diz para suspender a medicação e outro chega e diz para investir e daí prescreve e tem que se fazer. Eu não posso dizer que não vou fazer ou que o anterior disse que estava suspenso e que não iria mais investir, e daí passa no outro dia o paciente já é investível. e então, é o tipo da coisa que é muito difícil.* (ENF 4)

A tomada de decisão sobre a limitação terapêutica deveria passar por uma ampla discussão e por um processo de racionalização. Deveriam ser considerados critérios cognitivos da doença, critérios objetivos e subjetivos da homeostase do paciente, naquele momento, para aquela doença, no contexto familiar e social.[1] As decisões parecem ser permeadas por falta de critérios objetivos diante das situações-problema que se apresentam, ou seja, parecem serem realizadas em razão das concepções individuais de cada profissional. Diante disso, a enfermagem, por diversos momentos, pode consentir e não discutir a decisão tomada única e exc1usivamente pelo médico ou pela equipe médica.

As ações e discussões na área da saúde não deveriam se resumir a apenas um profissional da equipe, mas, sim, envolver uma série deles. Ao contrário, torna-se difícil trabalhar em equipe, sendo necessária a integração entre os profissionais. A esse respeito, é prioritário enfatizar a importância do cuidado que deve estar presente quanto a papéis dos profissionais e também a um relacionamento de mútuo, respeito, confiança, interesse, preocupação e apoio de pessoas entre si.[12] A enfermagem, como integrante essencial da equipe de saúde, parece permanecer, por vezes, isolada do processo integral de atenção ao paciente o que repercute na assistência.

É imprescindível o alerta para a necessidade de interação de profissionais da saúde na UTI, pois o que se percebe é uma desvirtuação de condutas diante das situações-problema no ambiente de trabalho. Deve-se considerar, ainda, que a perspectiva é de mudanças nas relações, porém é necessário empenhar-se para que as alterações ocorram com o objetivo único de atender com qualidade o paciente que está na dependência desses profissionais.

O paciente não é investível

O assunto vida e morte despertam imprecisão nos indivíduos, pois não se sabe quando realmente a vida termina. Questiona-se qual é o limite que deve ser estabelecido, ou quando poderá ser propiciada uma morte tranquila, no tempo certo, sem abreviação e nem mesmo o prolongamento da vida e do sofrimento humano. O ambiente hospitalar, especificamente a UTI, suscita essa dúvida, pois o que se sabe é que, a partir de meados deste século, convencionou-se que o lugar para morrer é o hospital, mais precisamente a UTI.[13]

É necessária muita cautela na assistência prestada aos pacientes com provável diagnóstico de terminal, sendo indubitavelmente um processo lento que deve ser preparado de maneira gradativa com a equipe multiprofissional e, prioritariamente, com o paciente e os familiares. Assim, qualquer que seja o entendimento da equipe em relação a um paciente terminal, é correto que toda conduta seja discutida com a família e, quando possível, com o próprio paciente, levando em conta o que é melhor para assisti-lo e confortá-lo.[14] Diante desses apontamentos, é indispensável salientar como os profissionais enfermeiros consideram e determinam o paciente terminal no seu ambiente de trabalho:

> *É o paciente que não é muito investível, você investe nele, a gente investe, mas só que não tem muitos resultados, ele não progride e o paciente que fica ali e nada. Só com um milagre.* (ENF 3)

> *É aquele paciente que não se tem mais nada o que fazer, você está investindo, mas o paciente não vai mais sobreviver àquela situação, não vai sair daquela situação é muito difícil que saia, ou se sair vai se prolongar um pouquinho e vai morrer.* (ENF 4)

> *É aquele que só vai evoluir pro óbito [...], por maior que seja cuidado não vai surtir efeito nenhum, e às vezes até se tenta durante um tempo, mas o paciente não responde.* (ENF 5)

Na teoria, é possível um conceito que defina o paciente terminal, já na prática a tal definição é difícil, já que, muitas vezes, a valorização e a manutenção da vida no ambiente hospitalar sobrepõem-se à morte. Embora os profissionais da saúde reconheçam a existência da iminência da morte nos pacientes terminais, espera-se que este possa reverter o quadro clínico e recuperar-se. Na verdade, o que se espera é a recuperação plena, e, dessa forma, a vontade dos profissionais parece estar além dos limites do corpo do enfermo. Em decorrência

disso, torna-se difícil denominar quem vive e quem morre, até mesmo porque é arbitrária a própria determinação do que é terminal ou não.

O paciente terminal seria o que não é investível, ou seja, não teria chances de recuperação. No entanto, conforme as entrevistadas, embora os enfermeiros reconheçam os conceitos, a aplicação deles é pouco difundida em virtude, provavelmente, das incertezas que norteiam esta temática. Um fator determinante está embasado nas incertezas da equipe médica de como atuar diante do paciente. Em síntese, a determinação de paciente terminal necessita ser amplamente discutida em âmbito multiprofissional. Dessa maneira, poderá ser proporcionado aos pacientes, na iminência da morte, um final com dignidade e com respeito à sua autonomia, bem como à dos seus familiares, considerando-se que o paciente terminal encontra-se em processo de morte inevitável, portanto, não há meios disponíveis para salvá-lo.[15]

Assim, o aprofundamento da questão do trabalho interdisciplinar e a necessidade de a equipe, juntamente com a família, assumir essa decisão ajudariam, por um lado, a uma tomada de decisão mais fundamentada em preceitos éticos, legais e, por outro, a responsabilidade da decisão não recairia somente sobre uma pessoa.

A participação dos familiares

Na UTI, a consideração e o apoio aos familiares dos pacientes terminais é um fator que necessita da atenção dos profissionais da saúde. O cuidado dos familiares é uma das partes mais importantes do cuidado global dos pacientes internados nas UTIs. Considerando que diante de um paciente terminal em que as perspectivas de recuperação são muito improváveis, essa face do cuidado assume uma importância ainda maior, pois, na maioria das vezes, o paciente não estará desperto e será preciso lidar e cuidar dos seus familiares.[16]

Por considerar que muitos dos sentimentos da família podem ser direcionados à equipe de saúde, tais como raiva e rancor, surge a importância de a equipe estar preparada para entender essas reações. Dessa forma, a comunicação aberta, também entre familiares, e o ambiente de cuidado e as relações de cuidado na instituição favorecerão para que a família (e paciente) se sinta mais segura e confiante.[12]

É possível afirmar que, para que a família cumpra seu papel de dar suporte à situação vivenciada pelo paciente, ela também precisa de suporte nas suas necessidades físicas e emocionais.[17] Quanto mais a situação for de conforto e confiança, mais a experiência pode ser positiva, não se esquecendo dos gestos de atenção e cuidado. A atuação da família nas decisões sobre as condutas de tratamento do paciente é essencial, considerando sua responsabilidade sobre ele.

O respeito ao paciente e à sua família é imprescindível, pois há situações em que, dada a evolução da doença, não há razão para causar mais desconforto ao paciente, o que implica o conhecimento dos familiares sobre o problema como elemento fundamental.[4] Com relação às decisões de condutas de investimentos e limitações de suporte de vida, seguem-se as exposições que exemplificam a dificuldade de relação com os familiares:

> *Tem uns que dizem que não vamos fazer mais nada, mas realmente quando vai se agravando daí depois de passar uma semana, no oitavo dia eles pedem para investir*. (ENF 1)

> *A gente não informa a família, mas geralmente os médicos conversam e a família decide, porque, às vezes, acontece de alguns da família não quererem que reanimem, ou que não seja investido e outros querem, e daí, como a gente fica*? (ENF 4)

> *Metade da família queria e a outra não queria, então a primeira metade que falou com o médico não queria mais intervir, e o médico suspendeu os antibióticos, só manteve a sedação e a nutrição para não ter desnutrição. Depois de mais ou menos duas semanas, que ela estava sem resposta e tava piorando o quadro infeccioso, daí chegou a outra metade da família e diz: 'Tá, e aí não vão fazer nada, doutor tem que fazer tudo que pode, tudo que a ciência tiver tem que investir', e daí como é que fica? Daí foi conversado e chamando todos da família para ver o que realmente se queria.* (ENF 5)

A decisão, na maioria dos casos, deveria caber aos familiares. Contudo, comumente, as decisões continuam sendo isoladas, ou seja, cada médico decide diante da situação que se apresenta. Entretanto, existe, ainda, o risco da iminência da morte, em que os familiares optam por manter os equipamentos ligados, mesmo sabendo que o paciente não tem chance de viver e se curar. Nesse contexto, surge a dúvida comum: como assegurar que o paciente não terá volta, já que poderia existir um milagre? De fato, é necessária muita compreensão por parte dos familiares e um relacionamento de confiança com a equipe multiprofissional para que possam tomar a decisão adequada, livre de qualquer tipo de arrependimento e imposição de culpa.[18] Assim, a iminência da morte pode fazer com que cada um aja de maneira distinta, com o intuito de conservar a vida, embora se reconheça a presença inevitável da morte.

É imprescindível considerar o paciente na sua totalidade: além de seu corpo e mente, sua família. Devem ser considerados os aspectos de afeto e relacionamentos do paciente: sua vida. Ajudar o paciente e sua família a entrarem em sintonia com suas necessidades recíprocas e chegarem juntos a uma aceitação de uma realidade inexorável evitaria muita agonia e sofrimentos desnecessários por parte do doente, e mais ainda por parte da família.[18] Diante dessa realidade, se a família do paciente terminal não for devidamente considerada, não poderá ser ajudada com eficácia.

No período da doença, os familiares desempenham papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente,[18] entretanto não existe uma ação única e determinada de abordagem familiar. Ainda, a enfermagem, com suas competências

específicas, não pode assumir o dever de outros profissionais. A esse respeito, o que pode ser considerado é uma linguagem própria e harmônica e que não suscite dúvidas diante dos diferentes questionamentos que o ambiente hospitalar estimula para quem assiste familiar em condições, muitas vezes, desoladora.

O morrer com dignidade

Madre Tereza de Calcutá recolhia os moribundos da rua e os levava para que pudessem morrer com dignidade,[19:170] principiando um olhar diferenciado aos enfermos e mostrando que o cuidado aos mais necessitados deve ser visto com respeito e dignidade. Atualmente, a morte digna é considerada um direito imprescindível e pautada pelo princípio básico da autonomia: o direito de escolha.

A UTI, entretanto, por acolher pacientes crônicos e que muitas vezes permanecem sedados e com dificuldade de comunicação, pode não fornecer ao enfermo condições para o exercício do seu direito de escolher o tipo de tratamento e de participar ativamente na escolha da condução de sua vida. Em face disso, a consideração da dignidade do ser humano fica, por diversos momentos, atrelada ao seu representante legal, obviamente, quando esse é consultado. Esse representante pode auxiliar a equipe multiprofissional na decisão sobre a melhor conduta no tratamento ou paliação. Nessa situação, o paciente fica inerte, ou seja, dependente da decisão de um responsável com quem, por vezes, não possui vínculo ou laços de afinidade.

Durante as entrevistas, a menção sobre o morrer com dignidade foi acompanhada de dúvidas e angústias, pois, por momentos, os profissionais consideravam-na como impossível no ambiente da UTI. Dessa forma, os enfermeiros apresentavam dificuldade em enumerar os meios sobre o que era realmente propiciar a morte digna ao paciente, já que essa é uma especialidade que os atende em sua vulnerabilidade máxima. Diante dos diferentes posicionamentos, as evidências apontam que os profissionais enfermeiros foram unânimes em considerar a dor como algo que deve ser combatido a todo o momento, considerando os métodos analgésicos, utilizados nos dias atuais, como alternativa plausível quando se considera o morrer com dignidade associada à redução do sofrimento. Em algumas declarações ilustra-se essa referência:

> *Na minha visão, acho que é digno o momento que ele está sedado, que aí a gente acredita que se ele estiver sedado ou analgesiado, ao menos dor ele não terá [...]. A gente se detém bastante nessa parte de humanização em UTI.* (ENF 1)

> *Morrer com dignidade seria 100% da assistência e quando a família pode ficar o máximo de tempo junto ao corpo, quando o paciente morre sem sentir dor, quando ele fica ali e durante este processo de morrer ele não sentiu dor, ele estava sedado e com analgesia correta.* (ENF 2)

> *Eu cuido do paciente como eu gostaria de ser cuidada, sabe, então eu procuro fazer o máximo que eu posso pelo paciente [...]. Mesmo que a morte seja iminente, eu acho que neste finalzinho alguma coisa tem que se fazer, não pode deixar a pessoa sofrer. Eu, no caso, tenho aversão à dor e comigo ninguém pode sentir dor; para mim eu não quero que ninguém sinta dor, porque eu não gosto de sentir dor.* (ENF 5)

Importante destacar que a dor referida pelos profissionais enfermeiros está relacionada à dor física, não à dor emocional do paciente por encontrar-se distante dos amigos, familiares, ou por estar em um ambiente desconhecido e distante da sua realidade habitual. Nesse sentido, a doença e, por conseguinte, a hospitalização resultam em uma "experiência ímpar e há várias situações que só quem as vivencia compreende. A experiência da dor é uma delas: a dor é única, indecifrável, intransferível e tremendamente solitária".[12:164]

Nesse contexto, fazer com que o paciente terminal morra de forma digna é, conforme os profissionais enfermeiros, considerar o paciente como um todo, ou seja, atendê-lo de maneira integral. Dessa maneira, os entrevistados consideram que a morte só poderá ser considerada digna com a ausência da dor, a não utilização dos meios extraordinários que prolongam o sofrimento e a presença da família. A esse respeito, embora suas vivências externem os significados a fim de propiciar a morte digna, seria conveniente uma rotina que atendesse o paciente sem expectativas de cura em suas maiores necessidades, o que deve ser esperado por quem tem de permanecer durante um longo tempo na UTI.

O morrer com dignidade é uma das premissas consideradas indispensáveis na contextualização da ortotanásia. Na filosofia dos cuidados paliativos procura-se operacionalizar na prática essa visão da ortotanásia, ou seja, do morrer em paz, cercado de amor, de ternura, sem abreviação de vida ou o prolongamento artificial dela.[6:203] Pode-se dizer que o assunto suscita indagações por parte de quem assiste os pacientes, os profissionais, os familiares e a sociedade. Estar num ambiente hospitalar como paciente ou como familiar, com base nas realidades vivenciadas, é debilitante e desperta um sentimento de impotência. Diante disso, os profissionais são a âncora que procuram fazer da sua assistência o melhor para o paciente e familiar que estão à mercê de seus cuidados.

A ortotanásia oculta

A realização da ortotanásia no ambiente hospitalar, na visão dos enfermeiros, é o reflexo de uma ação médica destinada a paliar o sofrimento do paciente terminal e, assim, propiciar a morte no momento certo, com a conivência da enfermagem. Torna-se, assim, uma prática oculta. É executada, mas a palavra "ortotanásia" é substituída por outras expressões – por exemplo, a determinação de que o paciente não é investível, a não realização da RCR, a redução de procedimentos e medicamentos, ou, ainda, deixar seguir o fluxo natural.

A determinação conceitual não é explícita como ortotanásia, até mesmo porque os profissionais enfermeiros entrevistados, em sua maioria, não possuem um conhecimento conceitual de seu significado. O termo não faz parte do universo simbólico desses profissionais. No entanto, os enfermeiros reconhecem que se trata de um assunto polêmico e que suscita nuances diversas. Isso porque a palavra ortotanásia está muito associada à questão da eutanásia, que é motivo de discussão em diversos meios, seja entre cientistas sociais, seja entre advogados, médicos e outros.

A menção à ortotanásia, diferentemente da eutanásia, é sensível ao processo de humanização da morte e alívio das dores. Não incorre em prolongamentos abusivos, com a aplicação de meios desproporcionados, que imporiam sofrimentos adicionais. Contudo, sua apropriação aparece de forma discreta e amedrontada. Alguns autores até mesmo se recusam a denominar a retirada de mecanismos de sustentação artificial da vida ou dos meios extraordinários de tratamento como ortotanásia ou eutanásia passiva. Preferem classificá-la simplesmente como "recusa de tratamento", haja vista a carga emocional e moral que o conceito de eutanásia carrega consigo[20]:

> *Eu já vivenciei a ortotanásia. Ela acontece, nas não recebe o nome, não é intitulada, simplesmente acontece, e se a gente vai ler e se informar a gente vê que o que está acontecendo é a ortotanásia. Geralmente, quando eu vivencio isso, eu converso com o médico e questiono se isso o que está acontecendo é a ortotanásia, então eu procuro conversar bastante com a equipe médica. Eu acho que o nosso trabalho é em equipe, então tem que se entender e conversar*. (ENF 5)

> *Seria quando é autorizado para pacientes terminais [...]. A gente não usa este termo, e quando se comenta que deu, foi tudo; agora deu e não tem mais condições, ninguém diz que agora será feito a eutanásia, ou a ortotanásia; agora é como se todos falassem em deixar a coisa seguir o fluxo natural, agora vamos seguir o fluxo natural*. (ENF 2)

> *Não tomar uma conduta, além daqueles que já está sendo feita; digamos que ele tenha uma prescrição básica com algumas medicações prescritas, como dipirona, bromoprida [...]; e, então, o não investir dele seria o não acrescentar nada, mas também não tirar*. (ENF 1)

Acredita-se que a ortotanásia não seja um termo explícito em virtude dos receios quanto a punições legais, bem como os rastros estigmatizados deixados na história, que confundem e denigrem a sua real utilização no meio hospitalar. O tema da eutanásia está repleto de sutilezas argumentativas, que procuram diferenciar, como o exercício de um direito fundamental, do extermínio praticado pela medicina nazista, no qual idosos e deficientes foram arbitrariamente assassinados.[20] Ainda conforme os autores supracitados, o objetivo é fazer da eutanásia, seja ela passiva, seja ativa, o resultado de um processo livre e informado, por isso deve ser compreendida como um direito fundamental amparado nos princípios éticos da autonomia e da dignidade.

O avanço biomédico e, em especial, as técnicas paliativas trouxeram à cena do debate não somente as discussões sobre a existência ou não de um suposto direito de escolher o momento da morte, mas, evidentemente, o tema dos tratamentos extraordinários que podem estender indefinidamente a vida, impedindo que as pessoas efetivamente morram.[20] Diante de tais posicionamentos, fica evidente o distanciamento que se pretende dar à cura e considerar estritamente o cuidado. O cuidar pressupõe ao paciente terminal dignidade; o curar, o custo de uma parafernália tecnologia, é sinônimo de sofrimento.

Assim, com base nos cuidados de conforto, espera-se que os pacientes tenham condições de viver a vida da maneira como está imposta e que juntamente seja propiciado tanto ao enfermo quanto aos seus familiares a possibilidade de uma morte com menos preconceitos, angústias, arrependimentos e sentimentos mais diversos que poderiam dificultar a aceitação e o enfrentamento do processo de morte que é iminente.

CONCLUSÃO

Tratar sobre o assunto da ortotanásia é contextualizar sua atuação diante da dinâmica de uma rotina que tenta mascará-la, justamente pelo fato de não existir amparos para sua prática das diferentes áreas, seja ela da própria medicina, seja da jurisdição legal. De fato, a ortotanásia é dita nova, porém é uma antiga perspectiva que se instala no ambiente hospitalar e que foi percebida pelos profissionais entrevistados como a possibilidade viável de tratar a morte como um processo irremediável e constante, de forma a contrapor o prolongamento do sofrimento humano.

A ortotanásia, presente no ambiente hospitalar, é reconhecida pelos enfermeiros entrevistados como prática ativa, porém são reconhecidos os entraves em torno de sua aplicabilidade. Embora seja prática constante, o termo não é utilizado pelos profissionais, pois acreditam que suscite dúvidas quanto à questão terminológica, já que ligam o termo à eutanásia.

Assim, ao analisar as vivências dos enfermeiros, foi possível perceber que existem dois extremos: o reconhecimento da iminência da morte e, na outra ponta, a possibilidade de viver o processo da morte. Assim, há diversas discussões até chegar a um único objetivo dos profissionais que exercem a ortotanasia: a possibilidade de não realizar a RCR como alternativa de viabilidade e de exclusão de sofrimento por parte dos pacientes.

Contudo, até chegar a essa ação, muitos fatores estão interpostos – por exemplo, a participação da família nos processos decisórios que parecem muitas vezes não acontecer. Há, ainda, as discordâncias entre as condutas que devem ser tomadas pelos médicos e que repercutem diretamente na assistência que a enfermagem presta ao paciente. Também se percebem os anseios, as dúvidas e os medos quanto a punições legais diante da limitação de algum procedimento, das indefinições de aplicabilidade perante o paciente considerado terminal.

Os limites impostos no fim da vida pelos profissionais médicos e que influem diretamente na atenção restada pela enfermagem estão relacionados a uma definição difícil de ser implementada, justamente por não se saber exatamente qual é o limite. A morte digna está intimamente relacionada com a possibilidade de propiciar uma morte com ausência de dor e próxima da família, quando isso não é proporcionado.

Importante e indispensável destacar que, embora já existam discussões sobre a legalidade da ortotanásia em diferentes âmbitos, emerge a necessidade de uma discussão com o setor legal, bem como a aprovação da resolução do CFM para que este deixe de ser uma ameaça para os médicos e para os demais profissionais da saúde, pois a menção angustiante dos profissionais quanto às ações diante do paciente terminal está relacionada com as implicações legais que esse ato possa gerar.

Outra proposta para o qual a instituição hospitalar já providencia, em virtude da extrema necessidade, é a implantação de uma unidade de cuidados paliativos, com o intuito de operacionalizar a ortotanásia, que se sabe ser praticada. Também a criação de um comitê de bioética a fim de subsidiar as discussões em torno da terminalidade, o que daria ou sustentaria as práticas de limitação ou de proposição a morte digna do paciente na iminência da morte. Nesse sentido, neste estudo demonstrou-se a necessidade de rever questões relacionadas com a morte e o morrer, desde a formação profissional, como alternativa plausível a conduzir as questões referentes à terminalidade de maneira mais clara e menos mascarada.

Ressalte-se que realizar leituras, estudar, falar ou refletir sobre a morte é sempre muito importante, pois é uma maneira de tratá-la como algo que faz parte do viver, bem como propiciar melhorias na qualidade do processo de morrer dos pacientes terminais internados em UTI. Nessa perspectiva, acredita-se que os profissionais envolvidos na assistência na UTI devem ser estimulados a compreender os fatores relativos à morte e ao morrer. Poderiam ser-lhes destinados espaços que possibilitassem uma abertura aos assuntos relacionados à morte, bem como aos limites que envolvem os tratamentos dos pacientes, obviamente considerando o consentimento do familiar e do paciente quando este for possível.

REFERÊNCIAS

1. Piva JP, Carvalho PRA. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. Bioética. 1993; 1:129-38.

2. Pithan LH. A dignidade humana como fundamento jurídico das "ordens de não-ressuscitação" hospitalares. Porto Alegre: Edipucrs; 2004.

3**.** Borges RCB. Direito de morrer dignamente: eutanásia, ortotanásia, consentimento informado, testamento vital, análise constitucional e penal e direito comparado. In: Santos MCCL, organizadores. Biodireito: ciência da vida, os novos desafios. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2001. p. 283-305.

4. Sá MFF. Direito de morrer: eutanásia, suicídio assistido. 28ª ed. Belo Horizonte: Del Rey; 2005.

5. Brasil. Resolução n° 1.805, de 9 de novembro de 2006 do Conselho Federal de Medicina. [Acesso 2007 mar. 16]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br

6. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Bertachini L, Pessini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004.

7. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.

8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1996.

10. Brasil. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 9 outubro. 1996. [Acesso 2007 mar. 16]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html

11. Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

12. Waldow VR. O cuidado na Saúde: As relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes; 2004.

13. Thomas C, Carvalho VL. O cuidado ao término de uma caminhada. Santa Maria: Palloti; 1999.

14. França GV. O paciente que vai morrer: direito à verdade. Resumo de trabalho apresentado no III Congresso Brasileiro de Bioética e I Congresso de Bioética do Conesul, Porto Alegre; 2 a 4 de julho de 2000.

15. Torreão L. Uso de opióides em pacientes terminais: sedação ou eutanásia? Rev Assoc Méd Brás. 2003; 49 (2). [Citado 2007 mar. 16]. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000200011&script=sci_arttext.

16. Soares M, Terzi RGG, Piva JP. Terminalidade da vida e cuidados de final de vida na Unidade de Terapia Intensiva. Rev BrasTerapia Intensiva. 2007; 19(3):357-58.

17. Silva MJP. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.

18. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

19. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.

20. Costa SIF, Diniz D. Morrer com dignidade: um direito fundamental. Brasília: Letras Livres; 2004. p. 10-16.

Data de submissão: 16/12/2009
Data de aprovação: 6/6/2010

CONHECIMENTO DE PACIENTES E FAMILIARES SOBRE A DOENÇA RENAL CRÔNICA E SEU TRATAMENTO CONSERVADOR

PATIENTS AND THEIR FAMILY'S KNOWLEDGE ABOUT CHRONIC KIDNEY DISEASE AND ITS TREATMENT

CONOCIMIENTOS DE LOS PACIENTES Y FAMILIARES ACERCA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y SU TRATAMIENTO CONSERVADOR

Mônica Ribeiro Canhestro[1]
Eduardo A. Oliveira[2]
Cristina M. Bouissou Soares[3]
Renata Cristiane Marciano[4]
Deborah Coelho da Assunção[5]
Andrea Gazzinelli[6]

RESUMO

Com este estudo realizado no Ambulatório de Nefrologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), teve-se como objetivo avaliar o conhecimento de pacientes portadores de doença renal crônica (DRC) e de eus familiares sobre a doença e seu tratamento conservador. A população do estudo foi composta de 75 pacientes e seus familiares. A coleta de dados constou de uma entrevista feita ao paciente, quando maior de 12 anos em condições de responder, ou ao cuidador principal sobre a doença, tratamento e dieta. Os resultados mostraram que 54,7% dos informantes possuíam conhecimento insuficiente e que o informante ter entre 12 e 30 anos (OR= 3,44) e o paciente estar a 5 anos ou menos no programa (OR= 2,77) foram estatisticamente associados ao conhecimento insuficiente. O estudo mostrou a necessidade de reavaliação das estratégias que vêm sendo utilizadas nas atividades educativas, tornando-as mais adequadas a cada paciente, levando em consideração sua capacidade de compreensão e experiências acumuladas.

Palavras chaves: Insuficiência Renal; Cooperação do Paciente; Adesão ao Medicamento.

ABSTRACT

This study was developed in the Pediatric Nephrology Ambulatory at the University Hospital of the Federal University of Minas Gerais. Its objective was to evaluate the patients and their family's knowledge about chronic kidney disease (CKD) and its treatment. The study population comprised 75 patients and their families. Data was collected though interview with a patient (or his/her caretaker) older than 12 years of age and capable of answering the questions that dealt with the disease, its symptoms, treatment and diet. The data showed that 54.7% of the informants had poor knowledge about their disease and its treatment. Two conditions were statistically related to this poor knowledge: the age of the people interviewed being that between 12 and 30 years old (OR= 3, 44) and their participation in the Program being less than 5 years (OR= 2, 77). This study showed the necessity of reevaluating the strategies that are being used in educational activities that need to be more adequate to each patient and that should take into consideration their ability to understand the condition and their own experiences with the whole process.

Key words: Renal Insufficiency; Patient Compliance; Medication Adherence.

RESUMEN

Este estudio fue realizado en la Unidad de Nefrología Pediátrica del Hospital das Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) con el objeto de evaluar el conocimiento de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y de sus familiares cuidadores sobre la enfermedad, su tratamiento conservador y dieta. La población del estudio estaba compuesta por 75 pacientes y sus familiares. La recogida de datos consistió en una entrevista al paciente (si tenía más de 12 años y estaba en condiciones de responder) o al cuidador principal acerca de la enfermedad, el tratamiento y la dieta. Los resultados mostraron que 54,7% de los informantes tenían conocimiento insuficiente; los informantes entre 12 y 30 años de edad (OR=3,44) y los pacientes con menos de 5 años en el programa (OR= 2,77) estadísticamente fueron asociados al conocimiento insuficiente. El estudio demostró la necesidad de efectuar una reevaluación de las estrategias utilizadas en las actividades educativas con miras a tornarlas más adecuadas a cada paciente, teniendo en cuenta su capacidad de entender y las experiencias acumuladas.

Palabras clave: Insuficiencia Renal; Cooperación del paciente; Adhesión a la Medicación.

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora assistente e doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
[2] Médico. Doutor em Pediatria. Professor adjunto da Escola de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.
[3] Médica. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Nefrologista pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.
[4] Médica. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Psiquiatra do Hospital Militar de Belo Horizonte, Minas Gerais.
[5] Enfermeira. Especialista em Neonatologia.
[6] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
Endereço para correspondência: Rua Coronel José Pereira da Rocha 356/201, Santa Helena – Sete Lagoas-MG – CEP 35 700 410. Email: vivigu@enf.ufmg.br.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas (DCs) vêm aumentando consideravelmente em nosso meio, sendo hoje motivo de preocupação nas formulações das políticas de saúde. Dentre as doenças crônicas que acometem a população, podemos citar a doença renal crônica (DRC) que é uma síndrome consequente da perda, geralmente lenta e progressiva, da capacidade excretória, regulatória e endócrina renal, comprometendo essencialmente todos os outros órgãos do organismo.[1] É considerada atualmente um problema de saúde pública com o número de pacientes aumentando em todo o mundo.[2-4]

Entre as crianças e os adolescentes os dados de incidência e prevalência da DRC são pouco precisos, sendo as informações obtidas principalmente por meio dos centros de diálise. Nos Estados Unidos, estudos apontam para uma incidência de quatro a nove doentes por milhão da população infantil.[5]

O primeiro estudo de base populacional que avaliou a epidemiologia da DRC em crianças e adolescentes foi realizado na Itália com o acompanhamento de 1.197 crianças nos primeiros 10 anos de vida. Neste estudo foi identificada uma incidência de 12,1 pacientes por milhão da população desta idade.[6] No Brasil, os dados disponíveis também são, em sua maioria, relacionados a pacientes em diálise e mostram que em 2007 havia 73.391 pacientes em tratamento dialítico, sendo que, 1.084 destes eram menores de 18 anos.[7]

Embora a DRC esteja frequentemente associada à terapêutica dialítica e ao transplante, um grande número de doentes pode apresentar algum tipo de acometimento renal sem necessitar de tais tratamentos. De maneira geral, esses pacientes mantêm uma função renal adequada com condutas especiais capazes de retardar ou mesmo evitar a progressão da doença. Tais intervenções se traduzem como tratamento conservador da DRC[1] cujo objetivo é avaliar inicialmente a doença renal e sua reversibilidade ou não; prevenir e tratar a acidose metabólica, os distúrbios do sódio e do potássio, a doença mineral e óssea, a anemia e a hipertensão; além de prover suporte psicológico e informações sobre a doença e seu tratamento aos pacientes e aos seus familiares. Destaque-se, também, a necessidade de manter os doentes com ingestão líquida adequada e o funcionamento intestinal regular.

O objetivo final do tratamento conservador da DRC é manter o paciente em uma boa condição clínica e compatível com o estágio de desenvolvimento de sua doença renal, além de emocionalmente estável. Para tal, faz-se necessário o uso de vários medicamentos e de dietas normalmente muito restritas, bem como a realização frequente de exames laboratoriais e de imagem que acarretam uma interação constante com a equipe de saúde. Ressalte-se que, para o alcance dos resultados esperados, será imprescindível um comportamento adequado de adesão ao tratamento por parte dos pacientes e de seus familiares.

Sabe-se que a adesão do paciente, principalmente tratando-se de doença crônica, pode ser influenciada por fatores diversos, ligados à doença, ao tratamento, ao próprio paciente e à sua família, às condições sociais e econômicas, além daqueles relacionadas ao sistema de saúde que o atende. Vale ressaltar que entre os fatores apontados como capazes de influenciar a adesão ao tratamento está também o conhecimento do paciente e de seus familiares sobre a doença e sobre aspectos do tratamento.[8-10]

Tendo em vista que a adesão deve ser entendida como um processo colaborativo que pressupõe a participação do paciente e dos familiares nas decisões sobre o mesmo, o conhecimento adequado pode ser visto como fator facilitador para aceitação e integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento.

Na literatura, ainda não há consenso sobre o fato conhecimento ser visto como um fator preditor de adesão, sendo encontrados estudos que mostram tal associação[11,12] e outros, não.[13,14] Ainda assim, é crescente a preocupação por parte dos profissionais em fornecer informações aos pacientes não somente visando ao autocuidado, mas também acreditando que o conhecimento da doença possa influenciar positivamente na adesão ao tratamento.

Em estudos recentes voltados para doentes crônicos, tem-se discutido a importância de serem oferecidas condições para que atinjam um comportamento de *self-management*, considerado um esforço positivo do paciente para supervisionar e participar ativamente do cuidado à sua saúde, controlando os sintomas, prevenindo complicações, administrando os recursos de saúde e minimizando as interferências da doença em sua vida. A adesão ao tratamento é apontada como um componente essencial do *self-management*, assim como o conhecimento sobre a doença e o tratamento.[15-18]

Muitos dos estudos que focalizam o conhecimento como fator preditivo da adesão de pacientes ao tratamento têm sido realizados com os portadores de diabetes[19-21] ou HIV/Aids.[22-24] Deve-se levar em conta que a Associação Americana de Diabetes recomenda que, para melhor adesão, deve haver a inclusão de programas educativos e de avaliações frequentes dos pacientes a fim de detectar as dificuldades relacionadas ao conhecimento que possam vir a afetar a adesão.[25] Da mesma forma, em relação ao HIV/Aids, o Ministério da Saúde afirma, no *Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e Aids*, que os momentos pedagógicos e educativos devem fazer parte da atuação de todos os profissionais de saúde.[26]

Em relação aos portadores de DRC, tal preocupação também tem sido percebida por se tratar igualmente de uma doença crônica com taxas de prevalência em ascensão e com consequências sérias, como a diabetes. Assim os estudos envolvendo avaliação de conhecimento com doentes renais crônicos em tratamento de substituição renal vêm sendo realizados

com mais frequência nos últimos anos. Na década de 1990, até mesmo um questionário já foi validado para ser usado com o objetivo de avaliar o conhecimento sobre a doença e o tratamento de adultos em hemodiálise, sendo que os autores já reforçavam a importância de tais avaliações serem feitas não somente para determinar a qualidade dos programas de educação, mas também para a extensão, na qual o conhecimento está relacionado com aderência ao tratamento.[27]

Em relação à DRC, os estudos sobre adesão com pacientes em hemodiálise são mais usuais. Apesar de não ter sido encontrada associação entre adesão e conhecimento sobre dieta, os autores ressaltaram a importância de tais estudos na avaliação das estratégias educacionais que vêm sendo utilizadas e na identificação de áreas do conhecimento que precisam ser reforçadas.[14,28]

No que se refere aos estudos sobre pacientes em tratamento conservador da DRC, os resultados têm mostrado que, em adultos, o declínio rápido do ritmo de filtração glomerular, o controle da pressão arterial, além do fato de o paciente já ter sofrido reação adversa a algum medicamento prescrito, eram fatores associados ao alto nível de conhecimento sobre a terapia farmacológica.[29]

Assim, se esperamos que o paciente ou seus familiares sejam capazes de tomar decisões sobre seu tratamento que possam refletir na adesão, é necessário, dentre outras coisas, que eles tenham conhecimento suficiente para fazê-lo. Ressalte-se que esse conhecimento deve ser avaliado com freqüência, a fim de apontar déficits ou mesmo fatores que influenciam em sua aquisição.

Diante do exposto, o objetivo com este estudo foi avaliar o conhecimento de pacientes portadores de DRC e seus cuidadores sobre a doença e seu tratamento, conservador na perspectiva de apontar déficits de conhecimentos que possam servir como base para o desenvolvimento de atividades educativas futuras, visando contribuir para adesão dos pacientes e de seus familiares ao tratamento conservador.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado no Ambulatório de Nefrologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde funciona o Programa Interdisciplinar de Prevenção e Assistência da Doença Renal Crônica em Crianças e Adolescentes, que atende crianças e adolescentes em tratamento conservador da DRC.

A equipe responsável pelo atendimento é composta por nefrologistas pediátricos, enfermeira, psicóloga, nutricionista e assistente social, que atuam com o objetivo de promover a assistência integral e interdisciplinar às crianças e adolescentes portadores de doença renal, bem como oferecer o suporte necessário a seus familiares. Buscando atingir tal objetivo são desenvolvidas atividades de acordo com a área de atuação de cada profissional que participa do programa com atendimentos individualizados. Os pacientes inscritos são acompanhados durante todo o tratamento conservador, que tem duração variável conforme a progressão da doença, e, quando indicado, são transferidos para o tratamento dialítico ou transplante renal. O atendimento é feito semanalmente e a frequência com que os doentes comparecem ao ambulatório varia conforme as condições clínicas de cada um.

Foram convidados a participar do estudo todos os 78 pacientes inscritos no programa há pelo menos três meses e seu cuidador principal. Destes, um recusou-se a participar e dois não compareceram ao ambulatório durante o período da coleta de dados. A população do estudo foi, portanto, de 75 pacientes.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por alunos de pós-graduação devidamente treinados para tal e constou de uma entrevista feita ao paciente quando maior de 12 anos, em condições de responder, ou ao cuidador principal, nos outros casos. Essas entrevistas foram realizadas no ambulatório no dia da consulta do paciente ou em visitas domiciliares previamente marcadas.

A primeira parte do questionário, desenvolvida com base nos estudos de Fernandes[30] e Bonolo,[31] foi composta por 35 perguntas fechadas e teve como objetivo coletar informações sobre as características demográficas e socioeconômicas do paciente e de sua família. Na segunda parte, foi realizada a avaliação do conhecimento por meio de 11 afirmativas sobre os princípios básicos do tratamento conservador e 8 sobre características dos medicamentos e da dieta indicados no tratamento conservador. Cada uma das afirmativas possuía três opções de resposta (Correta/Incorreta/Não sei), sendo que o informante deveria escolher apenas uma.

O conhecimento do informante sobre a causa da DRC e os medicamentos utilizados com seus aprazamentos foram avaliados por meio de duas perguntas abertas: Qual a causa da DRC do paciente?/ Quais os medicamentos que fazem parte da ultima prescrição do paciente?. O conteúdo avaliado baseou-se nas orientações feitas pelos profissionais aos pacientes e familiares durante as consultas, nas orientações escritas fornecidas pela nutricionista e em estudos que avaliam conhecimento de pacientes portadores de doenças crônicas.[8,21,31-33] O instrumento foi submetido à avaliação de conteúdo por sete profissionais com experiência na assistência a crianças e adolescentes portadores de DRC. Foi realizado um pré-teste com parte da população do estudo, sendo feitas as adequações necessárias.

A segunda parte do questionário, utilizada para avaliar o conhecimento, constou de 21 perguntas, tendo sido atribuído o valor de um ponto a cada uma delas quando corretamente respondida. A resposta "Não sei" foi computada como resposta "Incorreta" para proceder às análises estatísticas. Na avaliação da questão aberta sobre as causas da DRC foi atribuído um ponto quando a resposta se aproximasse da causa da doença, não sendo necessário que o entrevistado informasse o

diagnóstico correto. Em relação à questão que avaliou o conhecimento sobre os medicamentos, foi igualmente computado um ponto para aqueles que responderam corretamente o nome e o aprazamento das medicações, sendo a resposta comparada à última prescrição dos medicamentos anterior à coleta de dados.

O conhecimento foi classificado de acordo com o número de questões que o paciente ou o familiar respondeu corretamente, conforme apresentado a seguir: conhecimento excelente (90% a 100%), bom (80% a 89%), suficiente (70% a 79%), moderado (60% a 69%) e insuficiente (59%). Para a análise estatística, foi considerado conhecimento suficiente o índice de acerto ≥ 70% e conhecimento insuficiente o índice de acerto < 70%. Os dados do prontuário foram utilizados para a definição do diagnóstico, do tempo do paciente no programa, dos medicamentos utilizados e para a definição do estágio da DRC conforme proposto pela *National Kidney Foudation*.[4]

Os dados foram analisados utilizando-se o Programa SPSS, versão 15.0. Foi realizada a caracterização da população estudada por meio de distribuição das frequências por sexo, faixa etária, diagnóstico sindrômico, estágio da DRC, tempo no programa, escolaridade do paciente e local de moradia. As associações entre o nível de conhecimento do paciente e as variáveis demográficas e aquelas relacionadas ao tratamento foram avaliadas pelo teste de qui-quadrado, de Pearson. A significância estatística foi considerada com um nível de 5%, ou seja, $p \leq 0,05$. O *Odds Ratio* com o intervalo de confiança de 95% foi utilizado como medida de associação nos modelos univariados e multivariados.

Para avaliar a relação existente entre a variável resposta e as covariáveis consideradas no estudo, utilizou-se o ajuste de modelos de regressão logística dicotômica. No modelo múltiplo, foram incluídas as variáveis com um valor de $p < 0,20$. Depois de selecionadas, as variáveis entraram em bloco no modelo de regressão obtido pelo método *Stepwise Backward Wald* e aquelas que perdiam sua significância foram excluídas. Assumiu-se como nível de significância estatística o valor $p < 0,05$ para a definição do modelo final. O teste de *Hosmer & Lemeshow* foi utilizado para o ajuste final do modelo.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG. Os pacientes ou os responsáveis que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os pacientes foram, em sua maioria, do sexo masculino (58,7), com idade entre 10 e 19 anos (57,3%), com média de idade de 11,35 anos (DP = 5,22). Cursavam, principalmente, o ensino fundamental, sendo que alguns (8,0%), por possuírem déficit cognitivo, frequentavam escolas especiais. Esses pacientes, em sua maioria (61,4%), residiam em Belo Horizonte e na Região Metropolitana, e 38,7% no interior de Minas Gerais. As mães foram as informantes em 56% dos casos e os pais, em apenas 8,0%. A maior parte dos informantes (56%) tinha idade entre 12 e 30 anos, 40% entre 31 e 49 anos e em 4% dos casos possuíam mais do que 40 anos. No que se refere ao nível educacional, a maior parte possuía até o ensino médio (84%). A renda familiar foi menor ou igual a três salários mínimos em 77,3% dos participantes.

Os diagnósticos mais comuns foram as nefrouropatias congênitas (61,3%) e, em um percentual bem mais baixo, as doenças císticas (12%) e as glomerulopatias (8%). Ressalte-se que a doença renal foi secundária a outras doenças, em 18,7% dos pacientes, sendo a mais comum a nefrolitíase. Os pacientes se encontravam, em sua maioria, no estágio 3 e 4 (61,0%) da DRC e apenas 12% no estágio 5. A média de permanência no programa desses pacientes foi de 4,68 anos (DP = 4,66).

Na TAB. 1 são apresentados os dados relativos à avaliação do conhecimento sobre os princípios básicos do tratamento conservador. Verificou-se que a maior parte dos participantes (69,3%) soube informar a função do rim. Apesar de aproximadamente a metade dos informantes (57,3%) saber que o tratamento é para a vida toda, de forma incorreta, 64% acreditam que o tratamento leva à cura do problema renal. Apesar disso, a maior parte (89,3%) reconhece o tratamento como capaz de acarretar melhora da função renal. Em geral não reconhecem a hipertensão e o diabetes como capazes de desencadear a doença renal, mas sabem que ambas são capazes de piorar o quadro clínico da doença. Ressalte-se que a maior parte dos informantes reconhece a creatinina como um marcador de função renal e que o aumento dos níveis no sangue reflete em perda de função do rim.

Ao serem indagados sobre qual a causa da DRC, apenas 28,3% informaram corretamente.

Na TAB. 2 são apresentados os dados relativos à avaliação do conhecimento sobre as características dos medicamentos e da dieta indicados no tratamento conservador. Praticamente a totalidade dos informantes sabia que o uso dos medicamentos era parte fundamental do tratamento. Na população estudada, 73,3% e 56,0% dos pacientes tinham prescrição do bicarbonato de sódio e do carbonato de cálcio, respectivamente.

Em relação ao conhecimento sobre o uso do bicarbonato de sódio para o tratamento da acidose metabólica, 46,7% consideraram a afirmativa correta. Se considerarmos apenas os pacientes que tinham a prescrição do mesmo no momento da entrevista (56,0%), percebe-se houve melhora do percentual de acerto, com 59,5% dos informantes respondendo corretamente à pergunta. Já no caso do carbonato de cálcio, 73,3% responderam corretamente como este deve ser utilizado, e, considerando apenas os pacientes que o utilizavam no momento da entrevista (56,0%), o índice de acerto aumentou para 94,5%.

Mais da metade dos informantes (52%) não respondeu corretamente sobre o fato de o controle do potássio não poder ser feito por meio da alimentação, mas ao mesmo tempo demonstrou um bom conhecimento referente aos alimentos ricos em potássio, melhor do que o conhecimento relacionado aos alimentos ricos em fósforo.

TABELA 1 – Conhecimento dos informantes sobre princípios básicos do tratamento conservador da DRC – Belo Horizonte-MG (n=75)

Afirmativas	Correto n(%)	Incorreto n(%)
Função do rim: fazer digestão/produzir insulina/filtrar o sangue	52 (69,3)	23 (30,7)
O tratamento leva à cura do problema renal	27 (36,0)	48 (64,0)
O tratamento leva à melhora da função renal	67 (89,3)	8 (10,6)
O tratamento é para a vida toda	43 (57,3)	12 (42,7)
A pressão alta leva à DRC	38 (50,7)	37 (49,3)
A pressão alta pode piorar a DRC	46 (61,3)	29 (38,7)
O diabetes leva à DRC	35 (46,7)	40 (53,4)
O diabetes pode piorar a DRC	41 (54,7)	34 (45,3)
Exames de sangue fazem parte do tratamento	75 (100,0)	-
A dosagem da creatinina é importante para avaliar a função renal	56 (74,7)	19 (25,3)
O aumento da creatinina está relacionado com piora da função renal	52 (69,3)	23 (30,7)

TABELA 2 – Conhecimento dos informantes sobre algumas características dos medicamentos e da dieta indicados no tratamento conservador da DRC – Belo Horizonte-MG (n=75).

Afirmativas	Correto n (%)	Incorreto n (%)
Medicamentos fazem parte do tratamento*	71 (94,6)	1 (1,3)
O bicarbonato é usado para tratar acidez	35 (46,7)	40 (53,3)
O carbonato de cálcio deve ser usado antes das refeições	55 (73,3)	20 (26,6)
Alterações na alimentação fazem parte do tratamento	69 (92,0)	6 (8%)
Para controlar o fósforo, é necessário controlar a ingestão de proteínas	48 (64,0)	27 (36,0)
O controle do potássio não pode ser feito pela alimentação	36 (48,0)	39 (52,0)
Banana, laranja, cenoura e feijão são alimentos ricos em potássio	60 (80,0)	15 (20,0)
Carne, leite e derivados e chocolate são alimentos ricos em fósforo	36 (48,0)	39 (52,0)

*Três pacientes não fazem uso de medicamentos e, portanto, não responderam a esta questão

Ao serem indagados sobre os medicamentos incluídos na última prescrição, 56,9% dos pacientes foram capazes de informar tanto o nome como o aprazamento de acordo com a prescrição médica. Ressalte-se que 65,3% responderam corretamente apenas o nome e 59,3% apenas o aprazamento dos medicamentos.

A avaliação final do conhecimento dos pacientes e dos cuidadores sobre a DRC e o tratamento conservador mostrou que 45,4% possuíam conhecimento, porcentagem considerada suficiente, e 54,7% possuíam conhecimento considerado insuficiente (TAB. 3), sendo que a média de acerto das 21 perguntas foi de 13,32 (DP = 3,78), o que corresponde a 63,4% do total.

TABELA 3 – Conhecimento dos informantes sobre a doença e o tratamento conservador da DRC – Belo Horizonte-MG (n=75)

Classificação do conhecimento	n	%
Excelente	5	6,7
Bom	9	12,0
Suficiente	20	26,7
Moderado	13	17,3
Insuficiente	28	37,3
Avaliação final do conhecimento		
Conhecimento suficiente	34	45,4
Conhecimento insuficiente	41	54,6

A análise univariada mostrou que o fato de os informantes terem a idade entre 12 e 30 anos foi estatisticamente associado ao conhecimento insuficiente quando comparados com os informantes com mais de 30 anos (OR = 3,08; IC 1,08-8,92).

Para a análise multivariada, foram selecionadas as variáveis que apresentaram um valor de p ≤ 0,20. Assim o fato de o informante ser o próprio paciente, ter entre 12 e 30 anos de idade e o paciente ter menos de cinco anos de permanência no programa fez com que entrassem no modelo. Após o ajuste final, os informantes com a idade entre 12 e 30 anos (OR= 3,44 IC 1,27- 9,28) e o paciente com cinco anos ou menos de permanência no programa (OR= 2,77 IC 1,01- 7,62) foram variáveis estatisticamente associadas a uma chance maior de conhecimento insuficiente por parte do informante (TAB. 5).

TABELA 4 – Análise univariada das variáveis demográficas e socioeconômicas dos informantes e características do tratamento com o conhecimento insuficiente sobre a DRC e seu tratamento conservador – Belo Horizonte – 2008/2009 (n=75)

Variáveis	Total	Conhecimento insuficiente n(%)	OR (95% IC)	Valor de p*
Identificação do respondente				
Paciente	27	18 (66,7)	2,17 (0,74-6,53)	0,185
Outro	48	23 (47,9)	1,00	
Local de moradia				
Belo Horizonte	20	13 (65,0)	1,99(0,53-7,62)	0,387
Região Metropolitana de BH	26	14 (53,8)	1,25(0,38-4,14)	0,886
Interior de Minas Gerais	29	14 (48,2)	1,00	
Idade do respondente				
12 – 30 anos	42	28 (66,6)	3,08 (1,08-8,92)	**0,033**
> 30 anos	33	13 (39,3)	1,00	
Escolaridade do respondente				
< ensino médio	63	35 (55,6)	1,25 (0,31-5,03)	0,969
≥ ensino médio	12	6 (50,0)	1,00	
Renda familiar total				
≤ 3 salários	58	32 (55,1)	1,09 (0,32-3,67)	0,908
> 3 salários	17	9 (52,9)	1,00	
Tempo do paciente no programa				
≤ cinco anos	46	29 (63,0)	2,42 (0,84-7,01)	0,110
> cinco anos	29	12 (41,3)	1,00	
Estagio da DRC				
Estágios 1/2/3	45	26 (57,8)	1,37 (0,49-3,85)	0,670
Estágios 4/5	30	15 (50,0)	1,00	

Nota: OR – *Odds Ratio*; IC 95%- Intervalo de confiança de 95%;

*Qui quadrado de Pearson

TABELA 5 – Modelo final de regressão logística tendo como variável dependente o conhecimento insuficiente dos informantes sobre a DRC e seu tratamento conservador – Belo Horizonte – 2008/2009 (n=75)

Variáveis	OR	IC (95%)	Valor de p
Idade do informante 12 a 30 anos	3,44	1,27-9,28	0,015
Tempo de permanência no programa ≤ cinco anos no programa	2,77	1,01-7,62	0,047

Nota: Teste de Hosmer e Lemeshow p = 1,00; OR – *Odds Ratio*; IC 95%- Intervalo de confiança de 95%

DISCUSSÃO

Apesar de em alguns estudos afirmar-se que o conhecimento dos pacientes sobre sua doença e o tratamento não necessariamente melhora a adesão ao tratamento,[17,34,35] em outros mostra-se que o comportamento de adesão de pacientes ao tratamento de doenças, principalmente as crônicas, sofre influências de vários fatores relacionados não somente ao paciente, mas também à doença, ao tratamento, aos serviços de saúde e aos profissionais de saúde.

Tem sido discutido que o conhecimento adequado do paciente sobre a doença e o tratamento poderá funcionar como um fator facilitador de adesão, além de que vem sendo considerado um componente essencial na formulação de estratégias que buscam diminuir a não adesão.[14,36] Em estudo de meta-análise em que foram avaliados 61 ensaios randomizados controlados sobre intervenções utilizadas para melhorar a adesão a terapia medicamentosa, concluiu-se que a associação de intervenções educacionais com as comportamentais tiveram impacto significativo nos resultados de adesão.[37]

Os pacientes que fazem parte desse grupo de estudo foram, em sua maioria, do sexo masculino e portadores de nefrouropatias congênitas, tais como refluxo vesicouretral, válvula de uretra posterior, bexiga neurogênica, aplasia, displasia e hipolpasia renal, consideradas as principais responsáveis pelo acometimento renal. De fato, vários estudos têm apontado que crianças e adolescentes do sexo masculino e os portadores de nefrouropatias são os grupos com maior prevalência de DRC.[6,38]

A concentração de pacientes nos estágios III e IV da DRC também é esperada, pois nessas fases da doença o paciente encontra-se em tratamento conservador e precisa ser acompanhado por especialistas.[3] O fato de que neste estudo a mãe foi a principal informante reforça a ideia de que são elas as principais cuidadoras, principalmente nos casos de filhos doentes.

Os informantes, da mesma forma que a maioria dos pacientes, possuíam escolaridade inferior ao ensino médio. Embora neste estudo a escolaridade do informante não tenha sido estatisticamente associada ao conhecimento insuficiente, ao contrário do que foi demonstrado em outros estudos, ressalte-se que esse aspecto sempre deverá ser levado em consideração ao buscar-se adequar estratégias de educação.[20,39-41]

Na avaliação do conhecimento, os resultados mostraram que os informantes, em geral, desconheciam o caráter permanente da doença, pois acreditavam que o tratamento poderia levar à cura do problema renal, além de desconhecerem que o tratamento deveria ser feito durante toda a vida.

O resultado de um estudo qualitativo realizado com 14 adultos com DRC em tratamento conservador mostrou que apenas com o tempo os pacientes passaram a compreender que a doença é para sempre e que os medicamentos não podem levar à cura. Acreditavam ainda que, se a informação correta tivesse sido fornecida precocemente, teria havido maior motivação para envolvê-los ativamente nos cuidados.[18]

O fato de a população deste estudo ser de crianças e adolescentes pode constituir uma dificuldade ainda maior dos profissionais em comunicar o diagnóstico aos pais, além da dificuldade dos pais em aceitar tal situação. Deve também ser levado em consideração que o momento do diagnóstico e o início do tratamento estão cercados de dúvidas e incertezas. Dessa forma, as informações fornecidas pelos profissionais devem ser reforçadas constantemente ao longo do tratamento.[42]

Os resultados mostraram que, aproximadamente, metade dos informantes não foi capaz de identificar a hipertensão e o diabetes como causas e como fatores de risco para a progressão da DRC. Resultados melhores foram obtidos em relação ao conhecimento sobre hipertensão como fator de risco, e isso pode ter ocorrido em razão da importância dada à verificação de pressão arterial durante as consultas de controle dos pacientes. A hipertensão e a diabetes, juntamente com as doenças cardiovasculares, são consideradas as mais importantes comorbidades ligadas à DRC na população adulta, sendo o controle das duas condições considerado uma estratégia essencial para prevenir e mesmo evitar a progressão da doença.[43-45].

Embora entre crianças e adolescentes tais patologias não sejam consideradas causa comum de DRC, podem igualmente acelerar a progressão da doença, sendo também imprescindível o seu controle, quando presentes. Deve-se levar em consideração, ainda, que em programas de educação para a saúde, que envolve familiares de portadores de DRC, esse conhecimento reveste-se, ainda, de maior importância tendo em vista a relação de tais patologias com as doenças renais.

Na avaliação do conhecimento sobre os medicamentos, embora apenas um informante não tenha reconhecido o medicamento como parte do tratamento, foi baixo o percentual dos que souberam informar corretamente o nome e o aprazamento das medicações, sendo que a maioria demonstrou conhecer melhor a forma de tomar

o carbonato de cálcio do que a indicação terapêutica do bicarbonato de sódio. Tal desconhecimento pode levar à utilização incorreta desses medicamentos, gerando avaliações inadequadas por parte dos profissionais de saúde sobre o efeito deles, uma vez que podem estar sendo utilizados na dose incorreta.

Tendo em vista o numero relativamente grande de medicamentos geralmente prescritos no tratamento conservador, faz-se necessária a avaliação frequente de como estão sendo utilizados, uma vez que apenas a receita com o nome e o aprazamento do medicamento não garantiu que os participantes soubessem dizer corretamente como deveriam ser utilizados.

Orientações feitas por profissionais reforçando a indicação dos medicamentos certamente contribuem para sua utilização correta. Estudos têm comprovado que informações específicas sobre os medicamentos usados por pacientes acometidos por diferentes tipos de doenças crônicas são fundamentais e devem ser feitas pelos profissionais de saúde visando à melhor adesão ao tratamento.[39,46,47]

No caso de adultos infectados com o HIV e dos portadores de DRC, nos estudos de Ceccato *et al.*[39] e Moreira *et al.*,[29] respectivamente, mostrou-se que a maioria dos pacientes soube dizer corretamente o nome dos medicamentos e sua indicação terapêutica. Ambos os autores apontaram para a necessidade da elaboração de programas de educação em saúde que ampliem este conhecimento refletindo em melhor adesão a terapêutica medicamentosa.

No que se refere à dieta, a maioria dos informantes a reconheceu como parte do tratamento e demonstrou conhecimento melhor sobre os alimentos ricos em potássio se comparado ao conhecimento sobre os alimentos ricos em fósforo.

Resultados semelhantes foram observados em outro estudo de avaliação do conhecimento sobre a dieta de pacientes adultos em hemodiálise, no qual os autores ponderam que a não existência de uma característica que ajude o paciente a identificar o alimento como rico em potássio ou fósforo pode ser um fator que dificulta essa identificação, principalmente se comparado aos alimentos ricos em sódio, que na maior parte das vezes são salgados[28]. Tal ponderação vem reforçar a necessidade da utilização de estratégias que possam ajudar a relacionar o alimento à restrição indicada, com a utilização de desenhos e materiais mais interativos, principalmente por se tratar de crianças e adolescentes.

Em relação ao conhecimento geral, 54,7% dos informantes apresentaram conhecimento insuficiente sobre a doença e o tratamento. Na análise multivariada, o conhecimento insuficiente foi relacionado à menor idade do respondente e ao menor tempo de permanência no programa. Em relação à idade pode-se observar que, no grupo de 12 a 30 anos, estão os pacientes que foram respondentes (64% do total do grupo), mostrando, assim, um déficit de conhecimento maior entre eles. O tempo de permanência menor que cinco anos foi associado, significativamente, a um conhecimento insuficiente, apontando para o fato de que, provavelmente, o contato mais prolongado dos pacientes e familiares com os vários profissionais durante as consultas, assim como com outros pacientes além das próprias experiências acumuladas, pode estar sendo a principal forma de aquisição de conhecimentos.

Embora se considere essas formas legítimas para se obter conhecimento, ressalte-se que não devem ser as únicas utilizadas. As duas variáveis aqui apontadas como associadas ao conhecimento insuficiente, embora não sejam passiveis de modificação, podem auxiliar a identificar os pacientes mais susceptíveis ao déficit de conhecimento a fim de incluí-los prioritariamente nos programas de treinamento.

Esses resultados vêm reforçar a necessidade da implementação de estratégias de educação logo no início do tratamento, principalmente considerando-se que, no momento da investigação, 78,7% dos pacientes tinham menos de cinco anos no programa. Tais estratégias devem levar em consideração as características individuais dos pacientes e suas famílias e devem ser reavaliadas frequentemente.[21]

Na realização de atividades educativas, outro ponto relevante a considerar é o fato de que a informação por si só não garante o aprendizado e que a forma como se processa a comunicação entre o profissional e o paciente será decisiva na assimilação do conhecimento, principalmente considerando-se que a população de pacientes deste estudo foi constituída de crianças e adolescentes. Oliveira *et al.*,[48] em estudo no qual avaliou o padrão de comunicação entre médicos e adolescentes portadores de doença crônica, reforça tais questões ao apontar para a necessidade de levar o paciente a uma posição de comunicante, evitando que permaneça como mero expectador da relação e da comunicação entre a mãe e o médico, o que poderia comprometer a adesão do paciente ao tratamento, bem como seu desenvolvimento psicológico.

Outro aspecto a ser ressaltado é a importância da atuação de equipes multidisciplinares para o atendimento dos doentes renais crônicos, a exemplo do que ocorre no serviço onde se realizou esta investigação e que vem sendo também apontado em outros estudos.[49] A formação de tais equipes é indispensável na busca de um atendimento que promova a qualidade de vida, a educação, a proteção e a recuperação da saúde nesses pacientes conforme proposto pela Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (2004).[50]

Os resultados aqui apresentados mostraram pior desempenho dos participantes deste estudo se comparado a outros. No entanto, deve-se considerar com reservas as comparações aqui feitas dado o fato de serem populações diferentes em várias características e da utilização de diferentes metodologias de avaliação. O que nos parece claro, mesmo considerando tais diferenças, é o fato de este e de outros estudos terem apontado para a necessidade de maiores esforços por

parte dos profissionais na implementação de estratégias que venham realmente capacitar pacientes e familiares no conhecimento da doença e do tratamento.

CONCLUSÃO

Constatou-se, neste estudo, um conhecimento insuficiente pela maior parte dos participantes, principalmente entre os mais jovens e com menor tempo de permanência no programa. Isso sugere a necessidade de reavaliação das estratégias utilizadas nas atividades educativas tornando-as mais adequadas à idade e ao desenvolvimento cognitivo de cada paciente e das experiências que acumularam ao longo da vida. Propostas de atividades que envolvam a participação ativa dos doentes e dos familiares poderia contribuir para torná-los construtores do próprio conhecimento e, consequentemente, levá-los à melhor adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Draibe AS, Cendoroglo M. Tratamento conservador da insuficiência renal crônica. Diagn Tratamento. 2001; 6(2):17-23.

2. Bastos MG, Carmo WB, Abrita RR, Almeida EC, Mafra D, Costa DMN, et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. J Bras Nefrol. 2004; 26(4):202-15.

3. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz, AT, Levin A, Steffes MW, et al. National kidney foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and strafication. Anm Intern Med. 2003; 139(2):137-49.

4. Schoolwerth AC, Engelgau MM, Hostetter TH. A public health action plan is needed for chronic kidney disease. Adv Chronic Kidney Dis. 2005; 12(4):418-23.

5. Rigden SP. The management of chronic and end stage renal failure in children.In: Webb N, Postlewhaite R. Clinical Pediatric Nefrologic. 3ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2003. p. 427-46.

6. Ardissimo G, Daccò V, Testa S, Bonaudo R, Claris-Appiani A, Taioli E, et al. Epidemiology of chronic renal failure in children: data from the ItalKid project. Pediatrics. 2003; 111(4):382-7.

7. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Amostragem dos centros de diálise do Brasil Censo da SBN Jan/2007. [Citado 2008 out. 01]. Disponível em: www.sbn.org.br/Censo/2007/SBN Censo Dialise 2007.doc.

8. Sdepanian VL, Morais MB, Fagundes-Neto U. Doença celíaca: avaliação da obediência à dieta isenta de glúten e do conhecimento da doença pelos pacientes cadastrados na Associação dos Celíacos do Brasil (ACELBRA). Arq Gastroenterol. 2001; 38(4):232-9.

9. Cuspidi C, Sampieri L, Macca G, Michev I, Fusi V, Salerno M, Severgnini B, Rocanova JI., Leonneti G, Zanchetti A. Improvement of patients' knowledge by a sigle educacional meeting on hypertension. J Hum Hypertens. 2001; 15:57-61.

10. Costa VP, Spaeth GL, Smith M., Uddoh C, Vasconcellos JPC, Kara-José N. Patient educacion in glaucoma: what do patients know about gualcoma? Arq Bras Oftalmol. 2006; 69(6):923-7.

11. Linda B, Janz N. Effect of a teaching program on knowledge and compliance of cardiac patients. Nurs Res. 1979; 28:282-6.

12. Peck C, Hungler BP. Increasing patient compliance with prescriptions. JAMA. 1982; 248:2874-7.

13. Chan YM, Molassiotis A. The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong-Kong. J Adv Nurs. 1999; 30(2):431-8.

14. Lee S, Molassiotis A. Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. Int J Nurs Stud. 2002; 39(7):695-704.

15. Constantini L. Compliance, adherence, and self-management: Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients? J CANNT. 2006; 16(4):22-6.

16. Richard CJ. Self-Care Management in Adults Undergoing Hemodialysis. Nephrol Nurs J. 2006; 33(4):387-95.

17. Sevick MA, Trauth JM, Ling BS, Anderson RT, Piatt GA, Kilbourne AM, Goodman RM. Patients with complex chronic diseases: perspectives on supporting self-management. J Gen Intern Med. 2007; 22(Suppl 3):438-44.

18. Constantini L, Beanlands H, McCay E, Cattran D, Hladunewich, M, Francis D. The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. Nephrol Nurs J. 2008; 35(2):147-55.

19. Arend IJM, Stolk RP, Ruttent GEHM, Schrijvers GJP. Education integrated into structured general practice care for Type 2 diabetic patients results in sustained improvement of disease knowledge and self-care. Diabet Med. 2000; 17:190-7.

20. Murata GH, Shah JH, Adam KD, Wendel CS, Bokhari SU, Solvas PA, Hoffman RM, Duckworth WC. Factors affecting diabetes knowledge in type 2 diabetic veterans. Diabetologia. 2003; 46(8):1170-8.

21. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. Rev Latinoam Enferm. 2006;14(5):728-34.

22. Carvalho CV, Duarte DB, Merchán-Hamann E, Bicudo E, Laguardia J. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, DF, 1999-2000. Cad Saúde Pública. 2003; 19(2):593-604.

23. Conway, B. The role of adherence to antiretroviral therapy in management of HIV infection. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007; 45 [Suppl.l]:14-18.

24. Colombrini MR, Coleta MF, Lopes MH. Risk factors for non-compliance to treatment with highly effective antiretroviral therapy 1. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(3):490-5.

25. Mensing C, Boucher J, Cypress M. National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care. 2002; 25[Suppl.1]:140-7.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids Brasília-DF 2008 Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Manuais n. 84, Brasília-DF; 2008.

27. Devins MG, Binik MY, Mandin H, Letourneau PK, Hollomby JD, Barre EP, et al. The kidney disease questionnaire: a test for measuring patient knowledge about end-stage renal disease. J Clin Epidemiol. 1990; 43(3):297-307.

28. Durose CL, Holdsworth M, Watson V, Przgrodzka F. Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of noncompliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance. J Am Diet Assoc. 2004; 104:35-41.

29. Moreira LB, Fernandes PFCBC, Monte S, Galvão RIM, Martins AMC. Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. RBCF, Rev Bras Ciênc Farm. 2008; 44(2):315-25.

30. Fernandes RAF, Viana MB. A condição sócio-econômica como fator prognóstico na recidiva da leucemia linfoblástica da criança [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 1996.

31. Bonolo PF. Terapia anti-retroviral em indivìduos vivendo com HIV/AIDS, Belo Horizonte, 2001-2003: o desafio da adesão [tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.

32. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2003; 81(4):343-8.

33. Costa DMN, Gonçalves JA, Oliveira LA, Santos FR, Paula RB. Doença renal crônica: problemas e soluções. J Bras Neurol. 2004; 26(4):202-15.

34. Wing RR, Phelan S. Long-term weght loss maintenance. Am J Clin Nutr. 2005; 82:222-5.

35. Sharps MJ, Martin SS. Mindlees decision making as a failure of contextual reasoning. J Psychol. 2002; 27:272-82.

36. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in patients on dialysis: strategies for success. Nephrol Nurs J. 2008; 34(5):479-87.

37. Peterson AM, Takiya L, Finley YR. Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. Am J Health Syst Pharm. 2003; 60(1):657-65.

38. Warady BA, Chada V. Chronic kidney disease in children: the global perspective. Pediatr Nephrol. 2007; 22:1999-2009.

39. Ceccato MGB, Acurio FA, Bonolo PF, Rocha GM, Guimarães MCD. Compreensão de informações relativas ao tratamento anote-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. Cad Saúde Publica. 2004; 20(5):1388-97.

40. Wolf SM, Davis CT, Osborn CY, Skripkauskas S, Bennett CL, Makoul G. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. Patient Educ Cousel. 2007; 65:253-60.

41. Waite KR, Orlow-Paasche M, Rintamaki LS, Davis TC, Wolf MS. Literacy, social stigma, and HIV medication adherence. J Gen Intern Méd. 2008; 19:1367-72.

42. Françoso LPC, Valle ERM. A criança com câncer-estudo preliminar. Pediatr Mod. 1999; 35(5):320-31.

43. Zabetakis PM, Nissenson AR. Complications of chronic renal insufficiency: beyond cardiovascular disease. Am J Kidney Dis. 2000; 36 (Suppl 3):S31-8.

44. Alebiosu CO, Ayodele OE. The global burden of chronic kidney disease and the way forward. Ethn Dis. 2005; 15(3):418-23.

45. Mezzano AS, Aros CE. Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. Rev Méd Chile. 2005; 133(3):338-48.

46. Silva T, Shenkel EP, Mengue SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. Cad Saúde Pública. 2000; 16(2):499-55.

47. Vasquez EM, Tanzi M, Benedetti E, Pollak R. Medication compliance after kidney transplantation. Am J Health Syst Pharm. 2003; 60(30):266-9.

48. Oliveira VZ, Gomes WB. Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. Estud Psicol. 2004; 9(3):459-69.

49. Compton A, Provenzano R, Jonson CA. The Nephrology Nurse's Role in Improved Care of Patients with Chronic Kidney Disease. Nephrol Nurs J. 2002; 29(4):331-6.

50. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1168, de 15 de junho de 2004. Intitui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Diário Oficial da União 17 junho 2004. Brasília; 2004.

Data de submissão: 4/11/2009
Data de aprovação: 30/6/2010

O IMPACTO DA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM NO NÍVEL DE ANSIEDADE DE PACIENTES CIRÚRGICOS

THE IMPACT OF VISIT PREOPERATIVE OF NURSING IN THE LEVEL OF ANXIETY OF SURGICAL PATIENTS

EL IMPACTO DE LAVISITA PREOPERATORIA DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUIRURGICOS

Thais Falcão Pereira Frias[1]
Cristiane Maria Amorim Costa[2]
Carlos Eduardo Peres Sampaio[3]

RESUMO

Esta pesquisa trata da ansiedade de pacientes em pré-operatório imediato. O objetivo foi identificar o perfil dos pacientes submetidos à visita pré-operatória de enfermagem. Esta é uma abordagem qualitativa, comparativa e prospectiva. Utilizou-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberg, Gorsuch e Lushene (1970) para avaliar o escore de ansiedade. O local de coleta de dados foi o centro cirúrgico do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Foram analisadas as respostas de 30 pacientes, dentre os quais a 15 foi realizada a visita pré-operatória de enfermagem a aos outros 15, não. Os dados foram analisados utilizando a técnica de análise estatística descritiva simples e os resultados organizados em forma de gráficos e tabelas. Os resultados mostraram que, no grupo de pacientes visitados por enfermeiros, o número de pessoas com escores baixos para ansiedade aumentou quando comparado ao grupo que não teve a visita pré-operatória de enfermagem.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Escala de Ansiedade Manifesta; Cuidados Pré-Operatórios.

ABSTRACT

This research deals with the anxiety levels in preoperative patients. It aims to identify the profile of patients undergoing a nursing preoperative visit. Its approach was qualitative, comparative and prospective. Spielberg, Gorsuch and Lushene's State – Trait Anxiety Inventory (STAI) was applied to evaluate the anxiety score. The data collection occurred in the Surgical Center of the University Hospital Pedro Ernesto. Responses of 30 patients were examined. Only 15 had the pre-operative nursing visit. The data were analyzed using the technique of basic descriptive statistical analysis and the results were organized in the form of graphics and charts. The results showed that on the group of patients who were visited by nurses, the number of people with a low anxiety scores increased when compared to the group that didn't had the preoperative nursing visit.

Key words: Nursing Care; Manifest Anxiety Scale; Preoperative Care.

RESUMEN

Este estudio enfoca la ansiedad de los pacientes antes de la operación. Su objeto es identificar el perfil de los pacientes ante la consulta preoperatoria enfermería. Tiene enfoque cualitativo, comparativo y prospectivo. Para evaluar el resultado de la ansiedad se empleó el Inventario de Ansiedad Trazo-Estado (IDATE), de Spielberg, Gorsuch y Lushene (1970). La recogida de datos se realizó en el Centro Quirúrgico del Hospital Universitario Pedro Ernesto. Se analizaron las respuestas de 30 pacientes de los cuales sólo 15 recibieron la visita preoperatoria de las enfermeras. Los datos se analizaron utilizando la técnica de la estadística descriptiva básica y los resultados se organizaron en forma de gráficos y tablas. Los resultados mostraron que en pacientes que recibieron la visita de las enfermeras el número de personas con bajo nivel de ansiedad creció en comparación al grupo que no recibido la visita preoperatoria de enfermería.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Escala de Ansiedad Manifiesta; Cuidados Preoperatorios.

[1] Enfermeira pós-graduada em Enfermagem no Centro Cirúrgico e Central de Material Esterilizado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora contratada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico (DEMC) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: thaisfalcaop@yahoo.com.br.
[2] Enfermeira. Professora assistente do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto.
[3] Enfermeiro. Doutor. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico (DEMC) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Membro do GEPACHS. E-mail: carlosedusampa@ig.com.br.
Endereço para correspondência – Thais Falcão Pereira Frias: Curso de Graduação em Enfermagem da UERJ. A/C Thais Falcão Pereira Frias Boulevard 28 de Setembro, 157, Vila Isabel/Rio de Janeiro-RJ. CEP: 20551-030 Tel.: 55 21 2587-6335/2587-6336. E-mail: thaisfalcaop@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Mesmo diante da evolução tecnocientífica dando suporte ao ato anestésico-cirúrgico, inúmeros medos, ansiedade e símbolos vem à tona quando um paciente recebe um diagnóstico cirúrgico.

Por meio da subjetividade e socialização, o homem reage às situações vivenciadas não só objetivamente, mas tanto, ou mais ainda, pelos símbolos que determinada situação representa.[1]

A experiência vivida desencadeará um processo psicobiológico que inclui a avaliação cognitiva do evento, o que redimensionará essa experiência.[1] A pessoa, dependendo de suas características pessoais de enfrentamento, pode desenvolver estratégias que a tornem capaz de diminuir ou acabar com o problema, ou ao contrário, agigantá-lo.

Portanto, a partir do momento que a avaliação cognitiva concluir que o estímulo externo ou interno é considerado ameaçador, uma reação emocional caracterizada como ansiedade será gerada.

O diagnóstico cirúrgico ainda hoje é considerado uma ameaça às capacidades do indivíduo e à própria vida. Estudos relatam que, em maior ou menor grau, a ansiedade está presente na maioria dos pacientes em pré-operatório imediato. Suriano e Barros[2] afirmam que 100% dos pacientes analisados apresentavam o diagnóstico de enfermagem ansiedade. Santos, Picolli e Carvalho[3] encontraram índices de ansiedade em 70% dos pacientes estudados.

Este estado ansioso pode estar relacionado a diversas alterações fisiológicas perceptíveis, como secura da boca, sudorese, palpitações, vômitos, arrepios e outras alterações biológicas, como elevação da pressão arterial, frequências respiratória e cardíaca.[4]

Esses sinais e sintomas tornam-se problemas para a enfermagem, uma vez que reduzem o bem-estar e acarretam problemas à saúde, dificultando a cirurgia em si e a recuperação do paciente.

A assistência de enfermagem perioperatória exige do enfermeiro uma visão integral das necessidades humanas do paciente e de sua família. Para tanto, esse profissional necessita de conhecimentos científicos para desempenhar suas atividades de forma ordenada e sistematizada.[5]

Durante o período vivenciado em um centro cirúrgico de grande porte, observou-se, empiricamente, o quanto a cirurgia é considerada um perigo, uma ameaça, por grande parte dos pacientes. Muitos demonstram nervosismo e agitação. Expressões de medo e estranhamento estavam estampadas em suas faces. Sintomas físicos, como tremores, sudorese, elevação da frequência respiratória e cardíaca e pressão arterial foram facilmente observados. Essa vivência fomentou um questionamento: Como o enfermeiro pode atuar para reduzir a ansiedade do paciente?

Buscando soluções para esse questionamento na literatura, encontramos Pinho,[6] que sugeriu um caminho: a visita pré-operatória de enfermagem. Para a autora, a visita objetiva levantar dados inerentes ao cliente que possam vir a contribuir para o sucesso da cirurgia, assim como orientá-lo ao autocuidado e pronto restabelecimento, fornecendo à família as informações necessárias para o tratamento domiciliar.

A relevância desta pesquisa está no fato de trazer benefícios para a assistência de enfermagem, uma vez que, conhecendo quais ações interferem na ansiedade do paciente, tem-se a oportunidade de valorizar e desenvolver as ações construtivas, subsidiando a atuação dos enfermeiros do centro cirúrgico. Além disso, beneficiará o paciente, que terá sua assistência perioperatória de enfermagem individualizada e qualificada.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Estudo da problemática da atuação do enfermeiro no centro cirúrgico, com foco na assistência de enfermagem planejada com base na visita pré-operatória de enfermagem. Para tanto, inicialmente, descreveu-se o cenário do centro cirúrgico e as atividades do enfermeiro, e, posteriormente, a ansiedade e as escalas que a mensuram.

O centro cirúrgico é definido pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material Esterilizado como uma área complexa e de acesso restrito, que pertence a um estabelecimento assistencial de saúde.

O centro é considerado uma das áreas mais complexas do hospital não somente por sua especificidade, mas também por ser um local fechado que impõe à equipe de saúde situações estressantes, como lidar com vários aspectos pertinentes à competência técnica, ao relacionamento e aos recursos materiais, além da necessidade de interação com o paciente e sua família.[7]

Observa-se, então, que inserido no processo complexo da prestação da assistência de enfermagem encaixa-se o papel do enfermeiro, que pode ser descrito como o daquele ser social que desenvolve seu exercício profissional em determinado espaço social, fazendo uso dos instrumentos da cultura de sua sociedade e produzindo conhecimentos e representações com finalidades determinadas.[8]

Outro ponto é a necessidade de o enfermeiro interligar os aspectos humanos individuais do paciente às nuances do relacionamento interprofissional e seus inúmeros conflitos, já que se tratou da assistência em uma unidade de trabalho fechada, onde diversas categorias atuam e possuem características e ideias diversas.

O enfermeiro assume as atividades cotidianas de gerenciamento do ambiente de trabalho contemplando atividades técnicas, assistenciais, de ensino e pesquisa. É fundamental que ele desenvolva habilidades múltiplas, tanto científicas e de desenvolvimento da enfermagem quanto no desenvolvimento tecnológico,

para a utilização de materiais que se modernizam continuamente.

Para alcançar a integralidade no atendimento, é de extrema importância que o enfermeiro conheça o indivíduo a quem irá prestar assistência. Para tanto, deve lançar mão da visita pré-operatória de enfermagem, técnica utilizada inicialmente na década de 1980 em algumas instituições hospitalares, mas que surge no cenário da prestação de uma assistência amparada nas teorias do holismo e do autocuidado. Essa é, também, a primeira fase do sistema de assistência de enfermagem perioperatória.[8]

A visita tem os seguintes propósitos: a continuidade do cuidado entre a unidade de internação e o centro cirúrgico; a promoção e a recuperação da saúde; a adaptação da sala de cirurgia à necessidade do cliente; esclarecimentos e orientações em relação à cirurgia; interação e comunicação entre o paciente e enfermeiro ou enfermeira; minimização da ansiedade do paciente e de sua família; e buscar satisfação do profissional e do cliente.[5]

Na prática, consiste em coletar dados com base em uma entrevista ao paciente e seus familiares, seguindo um roteiro sistematizado, consulta ao prontuário e também busca de informações com outros profissionais. Realiza-se a avaliação pré-operatória, a identificação dos problemas e os diagnósticos de enfermagem, além da elaboração do plano de cuidados. Permite que o enfermeiro considere a individualidade de cada um e ao mesmo tempo direciona a identificação das necessidades do paciente que possam interferir durante o procedimento cirúrgico.

Jorgetto, Noronha e Araújo[8] apontam vários autores que constataram que o contato do enfermeiro com o paciente na visita pré-operatória de enfermagem, possivelmente, poderá ajudar essa pessoa no sentido de fornecer-lhe informações e diminuir-lhe a insegurança e a ansiedade.

A ansiedade como diagnóstico somente foi reconhecida pela medicina no final do século XIX. Pacientes com sintomas de astenia, ansiedade fobias e obsessões eram diagnosticados como portadores de neurastenia, a qual, em geral, era contemplada como um sintoma das enfermidades cardiológicas e gastrintestinais sem relevância.[5]

A ansiedade é definida pela Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem como vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.[10]

Os fatores indicados como responsáveis pela ansiedade que cerca o momento cirúrgico são: preocupação com lesões que podem ocorrer, receio de dor no pós-operatório, separação da família, perda da independência, medo de ficar incapacitado, medo de não acordar da anestesia, medo do diagnóstico e de complicações.[11]

Algumas características de pacientes foram associadas a altos níveis de ansiedade pré-operatória: experiências anestésicas prévias, histórico de câncer, tabagismo, desordens psiquiátricas, percepção negativa do futuro, sintomas depressivos moderados a intensos e a presença de dor moderada a intensa.[11]

Note-se que para observar a ansiedade em pacientes cirúrgicos não era necessária grande habilidade, porém como identificar o grau de ansiedade para uma intervenção específica era um problema. Numerosos esforços têm sido feitos na tentativa de definir operacionalmente e avaliar a ansiedade. Foram construídas, então, as escalas de ansiedade, descritas com base em uma reflexão consciente do sujeito, cuja função é avaliar o estado geral da ansiedade.

O Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE) foi resultado de sucessivas verificações empíricas e seleção de itens de três escalas de ansiedade explicita: a escala manifesta de Taylor (1953), a Escala de Ansiedade de Welsh (1965) e a Escala de Ansiedade IPAT. Esse trabalho foi realizado por Spielberg, Gorsush e Luchene[11] e traduzido e validado para o português por Biaggio. Nesse inventário, são definidos dois tipos de ansiedade: ansiedade estado e ansiedade traço.

A ansiedade estado mensura a intensidade dos sentimentos de ansiedade em um momento particular do tempo. O estado de ansiedade seria transitório, caracterizado por sentimentos desagradáveis conscientemente percebidos, podendo modificar-se com o tempo e influenciando fatores externos. Não enfoca os aspectos somáticos advindos da hiperestimulação autonômica, tampouco os aspectos cognitivos envolvidos na ansiedade.[4]

Já a ansiedade traço refere-se a diferenças relativamente estáveis entre as pessoas nas suas tendências em classificar uma situação de estresse como perigo ou ameaça e a responder a tais situações, apresentando níveis elevados nos estados momentâneos de ansiedade.[12] Pessoas com escala de ansiedade traço elevados exibem mais frequentemente escores elevados de ansiedade estado.

A escala de ansiedade traço descreve como o indivíduo geralmente se sente. Já a escala de ansiedade estado mensura como o indivíduo se sente naquele determinado momento, mas também pode indicar como se sentiu em determinado momento no passado ou situação hipotética. Ambas as escalas contemplam 20 itens.

As respostas para as questões propostas são "Não", "Um pouco", "Bastante" e "Totalmente". Com base nelas, pontuações de 1 a 4 são atribuídas às respostas. Para ponto de corte na definição do grau de ansiedade utilizou-se os percentis 25 e 75. O percentil 25 ou abaixo deste é considerado ansiedade baixa. Entre 25 e 75 considera-se ansiedade moderada e no percentil 75 ou acima deste considera-se ansiedade elevada.

OBJETIVOS

Identificar o perfil dos pacientes submetidos à visita pré-operatória de enfermagem; identificar a forma como a visita pré-operatória de enfermagem interfere no escore de ansiedade estado do paciente.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Esta pesquisa tem caráter prospectivo e comparativo, com abordagem quantitativa, já que esta diz respeito à interação dinâmica entre o pesquisador e o objeto de estudo, além de possibilitar a generalização dos resultados.

O local selecionado para a coleta de dados foi o centro cirúrgico (CC) de um Hospital Universitário no Município do Rio de Janeiro, que é o campo de atuação profissional dos autores da pesquisa.

A visita de enfermagem pré-operatória é realizada pelos enfermeiros do centro cirúrgico, que fazem um roteiro sistematizado contendo informações a respeito do paciente, história patológica, exames realizados e outros pontos que se relacionam aos cuidados no intraoperatória. A enfermeira expõe informações sobre o preparo pré-operatório necessário, descreve como será o dia da cirurgia, desde o modo como o paciente irá para o centro cirúrgico até o pós-imediato na sala de recuperação pós-anestésica. O paciente tem liberdade para tirar suas dúvidas a qualquer momento durante a visita.

A população estudada foi constituída de pacientes em pré-operatório que fizeram um procedimento cirúrgico eletivo nesse hospital. Os critérios de inclusão utilizados na pesquisa foram: o participante consegue comunicar-se verbalmente, necessita de assistência anestésica (anestesia geral, bloqueios de plexo ou espinhais) e garante que seu nível de ansiedade está alterada por causa da cirurgia. Excluem-se desta pesquisa pacientes da cirurgia pediátrica.

No dia anterior à cirurgia o paciente foi abordado e questionado sobre alterações no nível de ansiedade causado pela cirurgia. Caso afirmasse que a proximidade do ato cirúrgico o havia deixado ansioso, foi convidado a participar da pesquisa.

Foram orientados, então, sobre os objetivos e em que consiste a participação deles. Foi assegurado o anonimato dos sujeitos, assim como a total liberdade de resposta, podendo o participante interromper sua participação a qualquer momento, sem que houvesse qualquer prejuízo, de acordo com a Resolução nº196/96 CNS/MS.[12] Em seguida os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido que também foi assinado pelo pesquisador responsável pela entrevista.

Durante a seleção dos pacientes, foram abordados 57 pacientes, dos quais 50 concordaram em participar do estudo. Dentre esses, 30 participaram da pesquisa. Esse fato ocorreu pela suspensão da cirurgia de 13 pacientes antes de chegarem ao centro cirúrgico e os 7 restantes foram encaminhados diretamente a sala de cirurgia, não havendo a possibilidade de responderem ao questionário.

Os 30 pacientes participantes foram divididos em dois grupos. O primeiro grupo (visita), composto por 15 pessoas, recebeu a visita pré-operatória de enfermagem. O segundo grupo (controle), também composto por 15 pacientes, não recebeu a visita pré-operatória de enfermagem.

Os grupos foram homogêneos em relação aos seguintes critérios: Ter ou não drogas pré-anestésicas administradas; Experiência com cirurgias; A cirurgia é realizada em pacientes com diagnóstico de câncer. A escolha desses critérios deveu-se ao fato de já se ter pesquisas científicas que comprovam que esses fatores influenciam no estado de ansiedade do paciente.

Os pacientes, quando chegam ao centro cirúrgico, são levados para uma sala, onde são realizados os procedimentos de preparo pré-operatório imediato (punção venosa, identificação da região a ser operada, etc.), e aguardam a ida para a sala de operação. Nesse momento, os dados foram coletados.

O instrumento de coleta de dados utilizado para avaliação da ansiedade estado foi o Inventário de Ansiedade Estado de Spielberg, Gorsuch e Lushene, descrito na tese de Peniche[1] (ANEXO). Foram acrescentadas no instrumento questões abertas de identificação do paciente e cirurgia.

Nesta pesquisa, a parte relacionada à ansiedade traço não foi abordada, pois esta trata da propensão a ansiedade, ou seja, como o paciente se sente geralmente, não se avaliando, portanto, a reação emocional gerada pelo procedimento cirúrgico.

A escolha pelo questionário deu-se pelo fato de ser uma técnica tem a vantagem de permitir a coleta de respostas mais precisas, mais reais, já que o participante se sente mais confiante em relação ao anonimato. Além disso, assegura a uniformidade para avaliação das respostas.[12] Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2009.

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP/HUPE/UERJ), e aprovado sob o Parecer nº 2425-CEP/UERJ.

Os dados coletados foram dispostos em tabelas do Microsoft Excel ®. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva simples e frequências percentuais e os resultados foram organizados na forma de tabelas e gráficos. Posteriormente foram correlacionados com dados teóricos a fim de encontrar um sentido mais amplo para estes dados.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este tópico da pesquisa destina-se à apresentação dos dados e sua análise. Foram entrevistados 30 pacientes sendo 19 mulheres (63%) e 11 homes (37%), como consta no GRÁF. 1

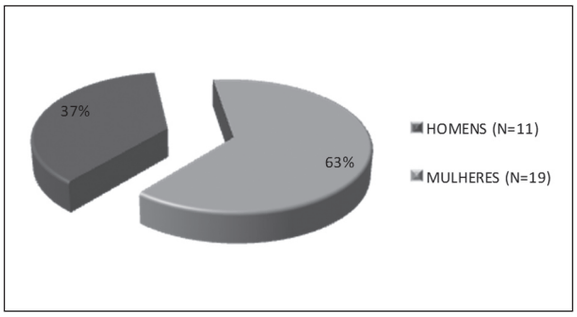


GRÁFICO 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo o sexo – Rio de Janeiro – 2009

A faixa etária desses pacientes variou entre 20 e 81 anos. Dados detalhados da faixa etária podem ser visualizados no GRÁF. 2.

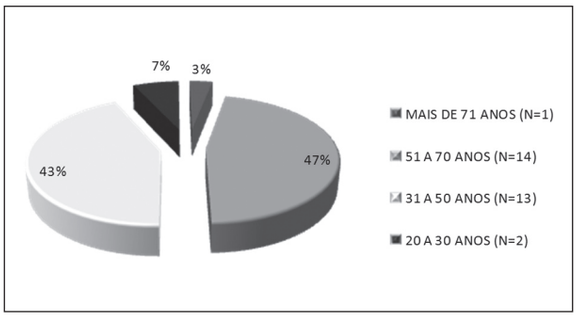


GRÁFICO 2 – Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária – Rio de Janeiro – 2009

O nivel de escolaridade dos participantes pode ser observado no GRÁF. 3.

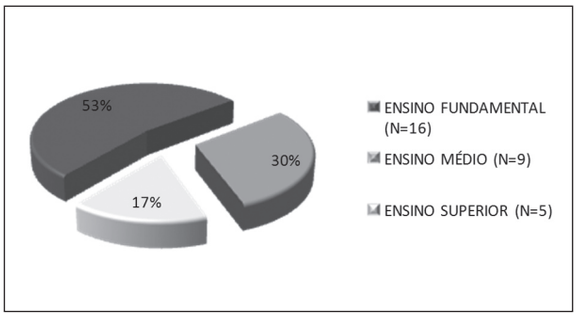


GRÁFICO 3 – Distribuição do pacientes segundo o nível de escolaridade – Rio de Janeiro – 2009

Os pacientes têm graus variados de escolaridade: 5 pacientes concluíram o nível superior, 9 (30%) cursaram o ensino médio e 6 (20%) o concluíram e 3 (10%), não; a maioria, 16 (53%) dos pacientes cursaram o ensino fundamental, 8 (27%) o concluíram e o mesmo número de pacientes, não.

A realização de uma cirurgia anterior é um ponto que pode alterar a ansiedade do paciente segundo Peniche.[1] Os dados desta pesquisa são mostrados no GRÁF. 4.

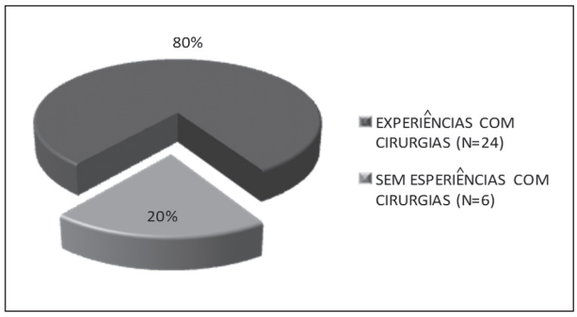


GRÁFICO 4 – Distribuição dos pacientes segundo a realização de cirurgias anteriores – Rio de Janeiro – 2009

Com relação à realização de cirurgias pregressas, 6 (20%) pacientes nunca haviam sido submetidos a cirurgia e 24 (80%) já haviam realizado cirurgias anteriormente. O GRÁF. 5 mostra a comparação entre os níveis de ansiedade dos pacientes que têm experiências com cirurgias e aqueles que realizam a primeira cirurgia.

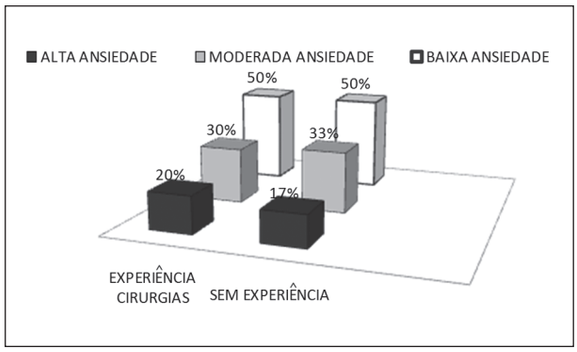


GRÁFICO 5 – Relação entre a experiência com cirurgias e nível de ansiedade. Rio de Janeiro – 2009

Os achados diferem dos dados de Peniche,[1] que em seu estudo constatou que, quando o paciente realiza a primeira cirurgia de sua vida, o escore de ansiedade estado são maiores que os pacientes com experiências prévias de cirurgia.

Nesta pesquisa, a variação entre os grupos foi mínima, alterando 3% no grupo com alta ansiedade e 4% no grupo com moderada ansiedade.

Outro fator utilizado na pesquisa como critério de homogeneidade entre os grupos foi a de fármacos pré-anestésicos. Os 30 pacientes (100%) fizeram uso do pré-anestésico antes das cirurgias. Isso se deve à rotina dos anestesistas em prescrever esse tipo de medicação como profilaxia a ansiedade e falta de sono dos pacientes. A medicação prescrita e administrada a todos os participantes da pesquisa foi midazolam. O fármaco é um indutor de sono, caracterizado por rápido início e curta duração de ação. Também exerce efeito ansiolítico, anticonvulsivante e relaxante muscular.

O objetivo com esta pesquisa foi identificar a forma como a visita pré-operatória de enfermagem interfere

no escore de ansiedade estado do paciente. São apresentados, a seguir, os gráficos que correlacionam o nível de ansiedade dos pacientes com a visita pré-operatória de enfermagem.

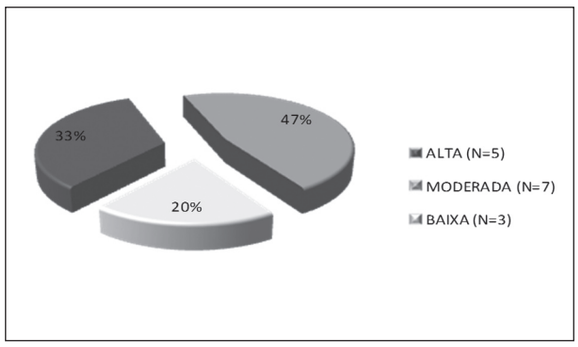


GRÁFICO 6 – Distribuição do escore de ansiedade dos pacientes que não tiveram a visita pré-operatória de Enfermagem – Rio de Janeiro – 2009

Um fator que interfere na ansiedade de pacientes com níveis baixos de ansiedade refere-se às sucessivas suspensões das cirurgias pelas quais os pacientes passam até a operação. Segundo relatos de alguns pacientes, após diversas suspensões, a possibilidade de solucionar o problema de saúde com o procedimento que dali a poucos momentos acontecerá é um motivo de felicidade e tranquilidade.

A baixa pontuação do estresse em todas as suas manifestações, o que inclui a ansiedade, na situação do pré-operatório imediato, resulta de mecanismos próprios de enfrentamento ou de uma situação considerada estressante e que alguns pacientes relatam estarem calmos para intervenção cirúrgica, atribuindo esse estado à resolução do seu problema de saúde.[1]

Note-se, também, que a maioria dos pacientes apresenta níveis moderados (47%) e altos (33%) de ansiedade. Esse fator se deve ao medo do procedimento, da dor e da pouca informação que o paciente tem a respeito do ato anestésico cirúrgico. A seguir, no GRÁF. 7, trata-se da ansiedade em pacientes em que a visita pré-operatória de enfermagem foi realizada.

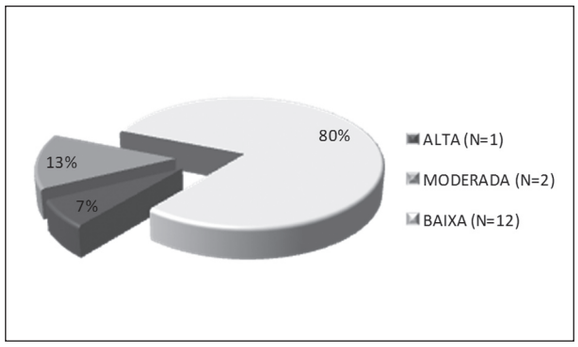


GRÁFICO 7 – Distribuição do escore de ansiedade dos pacientes que tiveram a visita pré-operatória de enfermagem – Rio de Janeiro – 2009

Neste gráfico é possível notar que um paciente (7%) teve escore de ansiedade considerado como alta ansiedade e em dois pacientes (13%) o nível de ansiedade foi moderado.

Os pacientes que apresentam níveis baixos de ansiedade formam um grupo com 12 pessoas (80%). Esse quadro se deve ao fato de o paciente ter suas dúvidas esclarecidas, sentir-se seguro ao encontrar um rosto conhecido e conhecer as características do ambiente do centro cirúrgico.

Comparando o nível de ansiedade dos pacientes que receberam visita pré-operatória com os que não receberam, nota-se a redução do escore ansiedade. A porcentagem de pacientes que se enquadravam em alta ansiedade foi reduzida de 33% para 7%. Já os com média ansiedade, a redução foi de 47% para 13%. Por último trata-se daqueles com níveis baixos de ansiedade. Houve um aumento expressivo dos pacientes com níveis baixos de ansiedade 80% com a visita e 20% sem a visita. Estudos demonstram que a ansiedade pode aumentar diante fatores estressantes, como realização de provas e cirurgias, entretanto a assistência de enfermagem é fundamental para a estabilização e o suporte emocional dos clientes em situação cirúrgica.[14]

A média da pontuação da escala de ansiedade nos pacientes que tiveram o escore de ansiedade baixa também diminuiu (35 pontos para 32). Nos pacientes com média ansiedade, a redução da pontuação foi de 1 ponto (48 para 47). A comparação dos dados pode ser vista no GRÁF. 8:

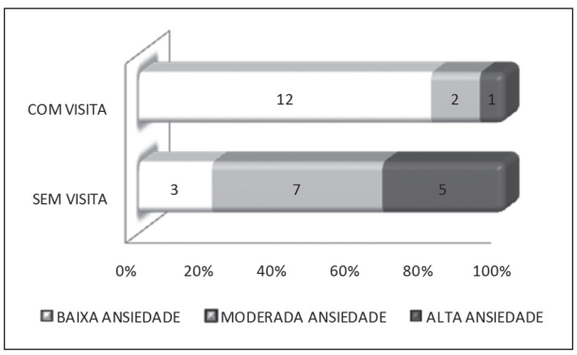


GRÁFICO 8 – Comparação entre a ansiedade dos pacientes e a realização da visita pré-operatória. Rio de Janeiro – 2009

Pode-se observar, então, a expressiva redução dos níveis de ansiedade nos pacientes com visita pré-operatória de enfermagem, o que evidencia a importância da atuação do enfermeiro ao realizar a visita de enfermagem pré-operatória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise e discussão dos dados, verificou-se que os objetivos propostos foram alcançados. Os pacientes participantes foram majoritariamente do

sexo feminino, com faixa etária entre 20 e 81 anos. A maioria cursou o ensino fundamental e havia realizado cirurgias anteriormente. Foram encontrados resultados que mostram os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem, validando, assim, a hipótese de que visita de enfermagem pré-operatória reduz o nível de ansiedade dos pacientes.

Houve redução da média dos escores de ansiedade no grupo com visita quando comparado ao grupo controle, bem como no número de pessoas com níveis elevados e moderados de ansiedade.

Os dados também revelaram que pacientes com experiência prévia de uma cirurgia apresentaram níveis de ansiedade semelhantes aos que nunca realizaram cirurgias.

As limitações da pesquisa estão relacionadas ao número de pacientes participantes. Com a suspensão das cirurgias (após o paciente já ter sido selecionado e concordado em participar da pesquisa) ocorreu um retrabalho para a seleção de novos pacientes com as mesmas características do anterior.

Espera-se que este estudo traga contribuições para o saber de enfermagem, uma vez que comprova um caminho importante para a sistematização da assistência, possibilita que o trabalho do enfermeiro seja reconhecido e que o paciente seja mais bem atendido. Entretanto é necessário o desenvolvimento de pesquisa que investigue os pontos fundamentais na visita e como ela influencia no pós-operatório dos pacientes. Dessa forma, mais aspectos poderiam ser conhecidos, fornecendo subsídios para lutar pela realização dessa atividade. Conclui-se, então, reafirmando a necessidade de os hospitais disponibilizarem enfermeiros para a realização da visita pré-operatória de enfermagem. Os benefícios para o paciente são claros e evidentes.

REFERÊNCIAS

1. Peniche ACG. Ansiedade e o paciente cirúrgico: análise das variáveis intervenientes [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

2. Suriano MLF, Barros ALBL. Identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes no período perioperatória dos pacientes submetidos a cirurgias cardiovasculares. Acta Paul Enferm. 2000; 13(n. esp):98-104.

3. Santos RR, Picolli ME, Carvalho ARS. Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. Cognitare Enferm. 2007; 12(1):52-61.

4. Ignacio DS. Ansiedade e angioplastia coronária transluminal percutânea (ACTP): uma contribuição para a enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

5. Thiesen M. Sistematização da Assistência de Enfermagem perioperatória: contribuição para o bem estar da pessoa cirúrgica [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

6. Pinho AM. Qualidade total em Enfermagem no centro cirúrgico. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2002.

7. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação anestésica e Central de Material Esterilizado. Práticas recomendadas. 4ª ed. São Paulo: SOBECC; 2007. 219p.

8. Jorgetto GV, Noronha R, Araujo IEM. Estudo da visita pré-operatória de enfermagem sobre a ótica dos enfermeiros do centro-cirúrgico de um hospital universitário. Rev Eletrônica Enferm. 2004; 6(2):213-22. [Citado 2009 jul. 10]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br.

9. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2008.

10. Alves MLM, Pimentel AJ, Guarani AA, Marcolino JAM, Gozzani JL, Mathias LAST. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgias de mama: Estudo comparativo entre pacientes com suspeita de câncer e a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos estéticos. Rev Bras Anestesiol. 2007; 57(2):147-56.

11. Fioravanti ACM. Propriedades psicométricas do inventário de ansiedade traço-estado IDATE [dissertação] Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2006.

12. Brasil.Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CNS; 1996.

13. Leopardi MT. Metodologia da pesquisa e saúde. 2ª ed. Rio Grande do Sul: Pallotti; 2002.

14. Santos MDL, Galdeano LE. Traço e estado de ansiedade de estudantes de enfermagem na realização de uma prova prática. REME Rev Min Enferm. 2009 jan./mar; 13(1):76-83.

Data de submissão: 27/4/2009
Data de aprovação: 7/8/2010

ANEXO

Cód. _____/_____ Visita pré-operatória ( ) Sim ( ) Não

Iniciais _____ Idade _____ Sexo ( ) F ( )M

Clínica:_____ _____ Anestesia_____

Cirurgia _____

Escolaridade :_____

( ) Pré-anestésico ( ) Câncer ou suspeita de ( ) Primeira cirurgia ( ) Já realizou outras cirurgias

Escala de ansiedade estado*

	Questões	Não	Um pouco	Bastante	Totalmente
	Sinto-me calmo				
	Sinto-me seguro				
	Estou tenso				
	Estou arrependido				
	Sinto-me à vontade				
	Sinto-me perturbado				
	Estou preocupado com possíveis infortúnios				
	Sinto-me descansado				
	Sinto-me ansioso				
	Sinto-me " em casa"				
	Sinto-me confiante				
	Sinto-me nervoso				
	Estou agitado				
	Sinto-me uma pilha de nervos				
	Estou descontraído				
	Sinto-me satisfeito				
	Estou preocupado				
	Sinto-me superexcitado e confuso				
	Sinto-me alegre				
	Sinto-me bem				

Resultado:_____

*Fonte: Peniche.[1]

PERFIL DE DOADORES EFETIVOS DE ÓRGÃOS E TECIDOS NO ESTADO DO CEARÁ

PROFILE OF EFFECTIVE DONORS OF ORGANS AND TISSUES IN THE CEARÁ STATE

PERFIL DE DONANTES EFECTIVOS DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN ESTADO DEL CEARÁ

Maria Isis Freire de Aguiar[1]
Tatiana Oliveira Mota Araújo[2]
Maria Márcia de Sousa Cavalcante[3]
Emília Soares Chaves[4]
Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim[5]

RESUMO

A doação de órgãos e tecidos é um ato de solidariedade e amor por meio do qual a pessoa manifesta o desejo de ajudar outras pessoas que estão na fila de espera para transplantes. Com este estudo objetivou-se traçar o perfil epidemiológico e clínico de doadores efetivos de órgãos e tecidos no Estado do Ceará. Foi realizada uma pesquisa exploratória com fundamentação na epidemiologia descritiva, de caráter quantitativo, na Central de Transplantes de Órgãos e Tecidos, em 368 prontuários de doadores do período de 2004 a 2008, sendo os dados coletados no período de março a abril de 2009. Mediante uma análise estatística, os resultados mostraram que predominou o sexo masculin: 244 (66,3%), entre a faixa etária de 18 anos a 40 anos; 186 (50,5%), de cor parda; 171 (47%), com tipo sanguíneo O; 178 (48%), internados na UTI; 130 (35,3%), com o diagnóstico de trauma cranioencefálico; 191 (52%), evidenciando que 217 (59%) fizeram o uso de dopamina. O exame complementar mais usado foi o eletroencefalograma, com 232 (63%). Os órgãos mais doados foram fígado, com 302 (82%) e córnea, com 300 (81,5%), rins 201 (54,6%) e coração, com 128 (34,7%). Considerou-se que em 2008 houve uma ascensão na doação de órgãos e tecidos em relação aos quatros anos anteriores, no entanto faz-se necessário desenvolver estudos e implementar programas de conscientização sobre a temática para a população, bem como curso de capacitação para os profissionais de saúde envolvidos no processo.

Palavras-chave: Seleção do Doador; Perfil de Saúde; Doadores de Tecidos.

ABSTRACT

The donation of organs and tissues is an act of solidarity and love whereby a person expresses the desire to help others who are on a transplant waiting list. The study aimed to outline the epidemiological and clinical profile of actual organ and tissue donors in the state of Ceará. We performed a survey based on a descriptive quantitative epidemiology in the Center for the Transplantation of Organs and Tissues. 368 donor charts in the period from 2004 to 2008 were used. Data was collected between March and April 2009. The statistical analysis results showed that 244 (66,3%) donors were male; 186 (50,5%); had from 18 to 40 years of age; 171 (47%) were brown skinned; 178 (48%) had a blood type O; 130 (35,3%) were hospitalized in the ICU, 191 (52%) with a craniocerebral trauma diagnosis; 217 (59%) used dopamine and the most widely diagnostic test used was the electroencephalogram with 232 (63%). The most commonly donated organs were liver with 302 (82%) and cornea with 300 (81, 5%), kidneys 201 (54, 6%) and heart with 128 (34, 7%). In the year 2008 the rate of organ and tissue donation increased if compared with the four previous years. It is however necessary to study and implement awareness programs on the issue as well as training for health professionals involved in the process.

Key words: Donor Selection; Health Profile; Tissue Donors.

RESUMEN

La donación de órganos y tejidos es un acto de solidaridad y amor a través del cual una persona manifiesta el deseo de ayudar a otras que están en la lista de espera para trasplantes. El estudio se ha propuesto trazar el perfil epidemiológico y clínico de donantes efectivos de órganos y tejidos en el Estado del Ceará. Se realizó una investigación exploratoria fundamentada en la epidemiologia descriptiva de carácter cuantitativo en la Central de Trasplantes de Órganos y Tejidos. Se consideraron 368 historiales de donantes entre 2004 y 2008, con datos recogidos de marzo a abril de 2009. Los resultados analizados a través de la estadística indican que predomina el sexo masculino 244 (66,3%), con edad entre 18 y 40 años 186 (50,5%), de tez parda 171 (47%), grupo sanguíneo O 178 (48%), ingresados en la UCI 130 (35,3%), con diagnóstico de trauma craneoencefálico 191 (52%), evidenciando que 217 (59%) usaron dopamina y que el examen complementario más empleado fue el electroencefalograma con 232 (63%). Los órganos más donados son hígado 302 (82%) y córnea con 300 (81,5%), riñones 201 (54,6%) y corazón con 128 (34,7%). Como en 2008 aumentó la donación de órganos y tejidos en relación a los cuatros años anteriores consideramos que habría que realizar estudios e implantar programas de concienciación al igual que capacitar a los profesionales de salud involucrados en el proceso.

Palabras clave: Selección de Donantes; Perfil de Salud; Donantes de Tejidos.

[1] Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).
[2] Enfermeira da Emergência do Hospital e Maternidade Santa Teresina – Caucai-CE.
[3] Enfermeira da UTI Neonatal do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana – Fortaleza-CE.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).
[5] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Endereço para correspondência – Maria Isis Freire de Aguiar: Rua Nova, 102, bl. 9, Ap. 2, Cond. Lago Verde I, Turu São Luís-MA. CEP: 65066-350. Fone: (98) 81644933 E-mail: isis_aguiar@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A doação de órgãos e tecidos é um tema de interesse das políticas públicas de saúde, considerando o alto de índice de pessoas que aguardam nas filas de espera por um órgão para garantir-lhes a sobrevivência. Nesse sentido, faz-se necessário gerar maior conhecimento sobre o processo de doação e contribuições para a identificação de potenciais doadores com base no estudo do perfil epidemiológico.

Doação de órgãos e tecidos é um ato de solidariedade por meio do qual os órgãos de uma pessoa são doados pela família após a morte de um indivíduo ou um órgão par (ou parte de um órgão ímpar) é doado em vida para salvar outras vidas.[1]

O processo de doação de órgãos se caracteriza pela retirada voluntária de um ou mais órgãos de uma pessoa, após morte ou em alguns casos enquanto vivo, desde que não comprometa suas funções vitais e saúde mental e estejam em conformidade com os preceitos legais, possibilitando, assim, a sobrevivência dos doentes que estariam em risco iminente de morte.[2]

Os órgãos e tecidos que podem ser doados são: córneas, coração, pulmões, rins, fígado, pâncreas, pele e medula óssea. Os rins se apresentam com maior frequência de doação e o pâncreas com menor frequência. Em relação à incompatibilidade, a medula óssea é o órgão que apresenta maior incompatibilidade entre os doadores e os receptores de órgãos e tecidos dos transplantes realizados no Brasil.[1]

Pesquisas indicam que, na maioria dos países, apenas entre 15% e 70% dos potenciais doadores são efetivados como doadores, em decorrência de vários motivos, como a não detecção e/ou não notificação da morte encefálica; contraindicações médicas ou problemas na manutenção do potencial doador falecido; ou, ainda, a recusa familiar à doação. Com exceção da Espanha, que apresenta uma taxa de doadores efetivos em torno de 34 pmp/ano, na maioria dos países desenvolvidos essa taxa varia entre 15 e 25 doadores pmp/ano.[3]

No Brasil, é possível que exista maior taxa de potenciais doadores do que nos países desenvolvidos – em torno de 60 a 100 pmp/ano –, geralmente vítimas de acidentes de trânsito e ferimentos por armas de fogo.[3] Com uma população de 180 milhões de habitantes e em torno de um milhão de mortes por ano, pode-se estimar entre 11 mil e 18 mil casos de morte encefálica por ano. Entretanto, em 2005 foram notificados às Centrais Estaduais de Transplante apenas 4.714 casos (28 pmp), sendo que somente 1.078 (6,3 pmp) foram efetivados como doadores de órgãos[3].

Após um período de decréscimo nos transplantes registrados entre 2004 e 2005, a partir de 2006 o número no Brasil se manteve estável, projetando uma pequena alta. EM 2007, foram realizados 18.621 procedimentos cirúrgicos, diante de 18.516 em 2006. Em maior destaque está o transplante de rim, que atingiu a marca de 3.802 em 2008, sendo considerada a maior da história.[1,4]

O Ceará é destaque no *ranking* de doadores efetivos de órgãos. Segundo dados do Registro Brasileiro de Transplantes, divulgados trimestralmente pela Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO), o Estado registrou, até setembro de 2009, uma taxa de efetivação de doadores de órgãos de 36,4 pmp.[4]

Apesar de o Estado do Ceará apresentar taxas de transplantes favoráveis quando comparados a outros Estados do Nordeste e do Norte, o número de doadores para atender à crescente demanda de pacientes em lista de espera ainda é insuficiente. Representam o maior obstáculo para a realização de transplantes, fato que reflete não apenas a falta de potenciais doadores, mas também, e principalmente, a falha em convertê-los em doadores efetivos.

O exposto leva à reflexão sobre os motivos que determinam as baixas taxas de doação de órgãos e tecidos para transplantes no Brasil, tendo em vista que a doação é considerada ato de solidariedade que implica conceitos morais e éticos preexistentes, muitos dos quais são adquiridos ao longo da vida.

O interesse pela temática surgiu mediante a afinidade com o assunto e a evidência na literatura dos baixos índices de doação de órgãos e tecidos no País. Dentre os fatores que podem levar à não doação estão incluídos a falta de conhecimento/informação sobre o processo de doação/ transplante; o temor pelo comércio de órgãos crenças religiosas; aspectos socioeconômicos e educacionais; questões de gênero, raça/etnia e geração; valores religiosos relacionados ao corpo na pós-morte; a desconfiança e o desconhecimento sobre o diagnóstico de morte encefálica, que podem gerar conflitos na tomada de decisão sobre a ação de doar ou não.[5]

Segundo o Mistério da Saúde, no primeiro semestre de 2008, no Brasil, 68.906 mil pessoas aguardavam na fila de espera por transplantes de órgãos e tecidos. No Ceará, 2.476 pessoas esperam por córnea, coração, fígado e rins.[6]

Considerando a demanda crescente de pessoas aguardando por transplantes de órgãos e tecidos a cada dia, e com o intuito de gerar reflexões sobre a importância de ampliar o número desses doadores, bem como servir de referência para planejar ações de conscientização, objetivou-se traçar o perfil epidemiológico e clínico de doadores efetivos de órgãos e tecidos no Estado do Ceará.

REVISÃO DE LITERATURA

O processo de doação é definido como "o conjunto de ações e procedimentos que consegue transformar um potencial doador em doador efetivo".[7] No caso de doador cadáver, o potencial doador é o paciente com diagnóstico de morte encefálica, no qual tenham sido descartadas contraindicações clínicas que representem riscos aos receptores dos órgãos. Esse processo pode demorar horas ou dias, levando à perda de doadores que teriam condições favoráveis à doação e sofreram

parada cardiorrespiratória, além de causar estresse para a família, comprometendo desfavoravelmente o número de doações.[7]

Com o avanço do conhecimento, das técnicas de reanimação cardiorrespiratória (RCP) e de suporte vital, a constatação da presença ou ausência de atividade cerebral veio definir sobre a vida e a morte de um indivíduo, vinculando, assim, morte a critérios neurológicos específicos, definido como morte encefálica (ME).[8]

A expressão "morte encefálica" é utilizada para descrever um estado de destruição irreversível da função encefálica. Apesar da atividade cardíaca presente, a cessação da função de todos os órgãos é iminente e inevitável. Nesses casos, a função cardiorrespiratória é mantida por meio de aparelhos e medicações.[9]

O doador efetivo é um potencial doador em que foi removido pelo menos um órgão sólido para transplante. Não é considerado doador efetivo aquele em que apenas tecidos são removidos.

A doação de órgãos permite que várias pessoas em lista de espera para transplantes tenham a perspectiva de sobrevivência. De acordo com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Ceará,[1] existem dois tipos de doadores:

- doador vivo: qualquer pessoa que goze de perfeita saúde e que concorde com a doação. A doação intervivos é permitida por lei entre parentes até o quarto grau e cônjuges; entre não parentesco somente com autorização judicial;
- doador cadáver: paciente que apresenta quadro de morte encefálica, determinada pela interrupção da irrigação sanguínea ao cérebro. Geralmente são vítima de traumatismo craniano ou AVC (acidente vascular cerebral).

Outras classificações com relação aos tipos de doadores cadáveres incluem:

> O doador sem batimentos cardíacos (DSBC) ou doador com coração parado recente é aquele do qual em situações especiais além dos tecidos podem ser removidos órgãos, principalmente rins, e possivelmente também fígado, pâncreas e pulmões.
>
> O doador em coração parado tardio é o doador com parada cardíaca não recente (em geral até 6 horas), do qual podem ser removidos apenas tecidos.[9]

Considera-se doação o ato, por liberdade, de transferir do seu patrimônio um bem para alguém que os aceite, mediante assinatura de um contrato. No caso de doação dos transplantes, os bens transferidos são órgãos/tecidos do corpo humano.[6]

Em contraste com o Brasil, vários países da Europa, inclusive a Espanha, tratam da doação de órgãos baseados no princípio do consentimento presumido. Sob a legislação do consentimento presumido, todo indivíduo morto é considerado potencial doador, a menos que tenha optado por não sê-lo em vida. Essa posição, a despeito de parecer autoritário e utilitarista, oferece a cada indivíduo a chance de não doar. Além disso, a legislação do consentimento presumido tem efeito positivo nas taxas de doação, com taxa média 25% a 30% maior do que em países em que vigora a legislação do consentimento informado.[10]

A doação de órgãos no Brasil é regulamentada pela Lei nº. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Em março de 2001, a lei autorizada, na qual deveria constar na carteira de identidade ou na carteira nacional de habilitação a manifestação da vontade de doar órgãos e tecidos, foi substituída pela lei presumida, passando aos familiares o poder de optar pela autorização da retirada de órgãos e tecidos de pessoas falecidas.[3]

A medida prevê, também, a doação de órgãos entre seres humanos vivos, podendo ser doado rim e/ou parte do fígado para um familiar de até 4º grau de parentesco. Para doar órgãos a parentes mais distantes ou amigos, é necessário autorização judicial. Esse tipo de doação (*inter vivos*) não é controlado pela Central de Transplantes, porque não há lista de espera, bastando apenas haver a disposição da pessoa em doar.[3]

Em pesquisa realizada com doadores de órgãos *inter vivos*, a maioria dos doadores retornou a todas as suas atividades diárias normais, incluindo trabalho e estudos, num período inferior a três meses após a realização do transplante, não havendo grandes implicações na sua qualidade de vida.[11]

A morte encefálica é um processo complexo que altera a fisiologia de todos os sistemas orgânicos. Recentemente foi reconhecido que ela envolve perturbações neuro-humorais cíclicas que incluem alterações bioquímicas e celulares que conduzem à disfunção múltipla de órgãos repercutindo na qualidade do órgão transplantado. Tanto as alterações iniciais quanto as tardias influem na viabilidade dos órgãos ao comprometer sua perfusão, aumentando a lesão isquêmica.[12]

A Resolução nº 1.480, de 8 de agosto de 1997, do Conselho Federal de Medicina, determina conforme os critérios estabelecidos pela comunidade científica mundial, que a parada total irreversível das funções encefálicas equivale à morte, portanto, a morte encefálica será caracterizada pela realização de exames clínicos e complementares durante intervalo de tempo e variáveis de acordo com faixa etária estabelecida.[12]

Os parâmetros clínicos que devem ser observados para a constatação de morte encefálica são comas aperceptivos com ausência de atividade motora e apneia. Deverá haver intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas e serão definidas por faixa etária: de 7 dias a 2 meses incompletos – 24 horas; de 2 meses a 1 ano incompleto – 24 horas; de 1 ano a 2 anos incompletos – 12 horas; e acima de 2 anos – 6 horas[12].

Os exames complementares que devem ser observados para a constatação de morte encefálica deverão demonstrar,

de forma clara: ausência de atividade elétrica cerebral, ou ausência de atividade metabólica cerebral, ou ausência de perfusão sanguínea cerebral, sendo que esses exames deverão ser utilizados por faixa etária.

Constituem contraindicações absolutas a doação de órgãos: infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Vírus T-linfotrópico Humano (HTLV); infecções virais sistêmicas, como sarampo, adenovírus e parvovírus; encefalite hepática, tuberculose pulmonar, doenças relacionadas a príon e neoplasias malignas, com exceção de câncer de pele não melanoma e alguns tumores primários do sistema nervoso central. Sorologias positivas para hepatites B e C também contraindicam.[10]

Faz-se necessário maior conhecimento sobre o processo de doação e o diagnóstico de morte encefálica para que haja maior compreensão do familiar, uma vez que muitas pessoas têm dificuldade em compreender o assunto, comprometendo o processo de doação.[7]

MATERIAL E MÉTODO

Pesquisa exploratória do tipo documental, com fundamentação na epidemiologia descritiva, utilizando a abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória caracteriza-se por proporcionar maior familiaridade com o assunto, com o intuito de torná-lo mais claro ou de construir uma hipótese.[13]

Epidemiologia descritiva é o estudo da distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em razão de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço – ambientais e populacionais – e à pessoa, o que possibilita o detalhamento do perfil epidemiológico com o objetivo de promover a saúde.[14]

Nas pesquisas quantitativas prevê-se a mensuração de variáveis preestabelecidas. Por meio delas, verifica-se e explica-se sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidência e de correlações estatísticas.[15]

O local escolhido para execução deste estudo foi a Secretaria Estadual de Saúde, localizada na cidade de Fortaleza-CE, na Central de Transplantes de Órgãos e Tecidos. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2009.

Para a estruturação da amostra da pesquisa foram utilizados 368 prontuários de doadores efetivos do Estado do Ceará, por meio da pesquisa aos registros constantes na Central de Órgãos e Transplantes do Estado do Ceará.

Para os critérios de inclusão foram considerados: doadores cadáveres efetivos, ou seja, diagnosticados com morte encefálica e do qual foram retirados órgãos e tecidos; e doações ocorridas nos últimos cinco anos. Com base na leitura e na seleção dos prontuários, obteve-se uma amostra de 368 doadores registrados no período de 2004 a 2008. Foram excluídos do estudo os prontuários de doadores preenchidos de forma incompleta, na ausência de dados significativos para a pesquisa, sendo analisados apenas os dados válidos obtidos no estudo, com a finalidade de extrair informações mais fidedignas.

Os dados foram coletados com base em um formulário semiestruturado, constando dados de identificação e sociodemográficos, aspectos clínicos (diagnóstico ou motivo causal do óbito), testes utilizados para a constatação de morte encefálica, exames realizados pelo doador, drogas utilizadas para a manutenção da vitalidade dos órgãos e tecidos removidos para doação, dentre outras informações.

Os dados coletados ao longo do estudo foram compilados e submetidos à análise estatística por meio do programa Excel, estabelecendo a frequência absoluta e relativa. Posteriormente, foram organizados em tabelas, interpretados e fundamentados conforme a literatura pertinente à temática.

Na realização do estudo, foram seguidos os princípios bioéticos previstos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, referentes à pesquisa envolvendo seres humanos.[16]

A pesquisa foi realizada com prontuários de doadores cadáveres, não oferecendo riscos ou danos para os participantes. Foram resguardados, ainda, o anonimato e a confidencialidade de informações que pudessem identificá-los.

No intuito de atender à resolução, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza para ser avaliado, sendo iniciada a coleta de dados apenas após recebimento de parecer favorável – Protocolo nº 096/2009. Foi solicitada a autorização para a realização desta pesquisa à Central de Transplantes de Órgãos do Estado do Ceará, além da assinatura do Termo de Fiel Depositário.

RESULTADOS

Com base nos dados coletados, foi realizada a análise estatística, na qual se buscou determinar o perfil sociodemográfico e clínico dos doadores de órgãos e tecidos do Estado do Ceará. Inicialmente, foram reunidos os dados referentes à idade, ao sexo e à cor.

Conforme apresentado na TAB. 1, a faixa etária entre 18 e 40 anos prevalece entre os doadores de órgãos, representando 186 (50,5%) destes, seguidos de 41 a 60 anos com o total de 119 (32,3%); 12 a 17 anos, com 30 (8%); maior que 60 anos, com 19 (5,2%); e outras faixas etárias em menor proporção: 6 a 11 anos, representado por 7 (2%), além de menor que 6 anos com 4 (1%) doadores. Constatou-se que o sexo masculino apresentou 244 doadores (66,3%), enquanto o sexo feminino, 119 (32,3%).

Em relação à cor dos doadores de órgãos, observou-se que a maioria da amostra, 171 (47%), era da cor parda; seguida da cor branca, 74 (20%); 11 (3%) eram morenos; e 112 (30%) prontuários estavam sem respostas.

TABELA 1 – Distribuição das características sociodemográficas de doadores efetivos de órgãos e tecidos em valores absolutos e relativos – Fortaleza-CE – 2009

Variáveis sociodemográficas	Nº	Frequência (%)
Idade		
Menor que 6 anos	4	1
6 – 11 anos	7	2
12 a 17 anos	30	8
18 a 40 anos	186	50,5
41 a 60 anos	119	32,3
Maior que 60 anos	19	5,2
Sem resposta	3	1
Sexo		
Feminino	119	32,3
Masculino	244	66,3
Sem resposta	5	1,3
Cor		
Pardo	171	47
Branco	74	20
Moreno	11	3
Sem resposta	112	30

Na TAB. 2, apresenta-se a distribuição dos doadores de órgãos e tecidos quanto às características clínicas. Com relação ao grupo sanguíneo, observou-se que 178 (48%) dos prontuários analisados eram de doadores do grupo O, seguidos do tipo A, contando com 119 (33%) dos participantes, além dos outros tipos sanguíneos menos frequentes.

No estudo, os dados evidenciaram que os doadores de órgãos foram, em sua maioria, vítimas de traumatismo cranioencefálico (TCE), com 191 (52%), seguido de acidente vascular cerebral hemorrágico, 105 (29%); e politrauma, com 16 (4%) registros. Foram citados ainda como causas da morte encefálica (ME) em menor proporção, somando 55 (15%): tumor cerebral, AVC isquêmico, perfuração por arma de fogo, aneurisma, edema cerebral, embolia pulmonar, trauma raquimedular, anoxia cerebral, enforcamento e hipoxia.

Os resultados apontaram o intervalo de tempo entre as avaliações dos doadores para diagnóstico de ME, demonstrando que a maioria, 134 (36%) dos prontuários estava sem resposta, seguido do intervalo entre 6 e 10 horas, contando com 86 (23%) dos doadores; 6 horas, com 61 (17%); entre 10 e 14 horas, com 56 (15%); até 6 horas, com 22 (6%); e entre 15 e 30 horas, com 9 doadores (2%).

Com relação aos exames complementares, constatou-se que o eletroencefalograma (EEG) foi um dos exames mais utilizados para diagnosticar a morte cerebral, contando com 232 (63%), seguido do Doppler, com 62 (17%);62 (17%) prontuários sem resposta; arteriografia, com 11 (3%); e extração de oxigênio com um doador (0,27%).

No que se refere às intercorrências apresentadas pelo potencial doador durante o processo de doação, observou-se que a maioria, 89 (24,2%) dos prontuários analisados não tinha respostas, sendo registrada a incidência de infecção em 38 (10,3%) doadores, seguida de parada cardiorrespiratória (PCR) em 35 (9,5%), e 206 (56%) não apresentaram intercorrências.

TABELA 2 – Distribuição das variáveis clínicas de doadores efetivos de órgãos e tecidos em valores absolutos e relativos – Fortaleza-CE – 2009

Variáveis clínicas	Nº	Frequência (%)
Grupo Sanguíneo		
A	119	33
AB	12	3
B	26	7
O	178	48
Sem resposta	33	9
Diagnóstico médico		
TCE	191	52
AVCh	105	29
Politrauma	16	4
Outras	55	15
Sem resposta	1	0
Intervalo entre as avaliações		
Antes de 6 horas	22	6
6 horas	61	17
6 – 10 horas	86	23
10 a 14 horas	56	15
15 a 30 horas	9	2
Sem resposta	134	36
Exames complementares		
EEG	232	63
Doppler	62	17
Arteriografia	11	3
Extração de O_2	1	0
Sem resposta	62	17
Intercorrências		
Infecção	38	10,3
PCR	35	9,5
Sem intercorrência	206	56
Sem resposta	89	24,2
Uso de drogas vasoativas		
Dopamina	217	59
Noradrenalina	85	23
Dobutamina	6	2
Sem resposta	60	16

Foi evidenciado que as drogas mais utilizadas pelos doadores foram, em sequência: dopamina, registrada em 217 (59%) prontuários; noradrenalina, em 85 (23%), e dobutamina, administrada em seis doadores (2%), com 60 (16%) sem resposta.

Quanto ao setor de internação onde se encontravam os doadores de órgãos selecionados para captação, constatou-se que o setor mais frequente foi a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), contando com 130 (35,3%) doadores; seguida da emergência, com 68 (18,4%) doadores; sala de recuperação, com 26 (7%); e em menor índice, a sala de ressuscitação, com 23 (6,3%); além de 121 (33%) prontuários sem resposta.

TABELA 3 – Distribuição dos órgãos e tecidos doados em valores absolutos e relativos – Fortaleza-CE – 2009

Órgãos e tecidos doados	Nº	Frequência (%)
Fígado	302	82
Córnea	300	81,5
Rins	201	54,6
Coração	128	34,7
Válvulas	5	1,3
Pâncreas	3	1
Ossos	1	0

Na TAB. 3, apresenta-se a frequência dos órgãos doados segundo informações obtidas nos prontuários analisados, sendo constatadas 302 (82%) doações de fígado; seguidas de córnea, com 300 (81,5%); rins, com 201 (54,6%); coração, com 128 (34,7%); e, em menor proporção, válvulas e pâncreas, com 5 (1,3%) e 3 (1%) doações, respectivamente; além de uma doação de osso.

DISCUSSÃO

Com base na análise e na discussão dos resultados, foi possível traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos doadores de órgãos e tecidos. De acordo com os dados da pesquisa, constatou-se maior prevalência de doadores na faixa etária entre 18 e 40 anos, representados por 186 (50,5%) registros, acompanhados da idade entre 41 a 60 anos, com o total de 119 (32,3%). Os resultados aproximam-se dos dados nacionais referidos pela ABTO, que apresentou como faixas etárias mais prevalentes entre 18 e 40 anos, com 41%, e de 41 a 60 anos, com 42%.[4]

Quanto ao sexo, houve predomínio do masculino na quantidade de doadores efetivos de órgãos, com 244 doadores (66,3%). Os familiares de pacientes jovens do sexo masculino apresentaram maior probabilidade de consentir a doação de órgãos.[17] Associa-se, ainda, o fato de o sexo masculino estar mais vulnerável a diversos fatores de risco, como atividades, esportes radicais, agressividade, bebida, violência, dentre outros.[18]

A cor de maior registro nos prontuários pesquisados foi a parda, com 171 (47%), havendo 103 (30%) prontuários sem respostas. A cor da pele é um fato de confusão para muitos brasileiros, mas, de acordo com pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 97% da população brasileira sabe muito bem o que é e se classifica entre as cinco denominações que o censo oferece: branco, preto, pardo, amarelo e indígena, com predomínio da cor parda.[19] Essa miscigenação do povo brasileiro levou a maior parte da população a se classificar como parda.[20]

Com relação às variáveis clínicas dos doadores de órgãos e tecidos, identificou-se a predominância de doadores do grupo sanguíneo O, com 178 (48%) dos prontuários, e do grupo A, com 119 (33%). Os resultados encontrados assemelham-se às estatísticas de outros estudos que envolvem a população geral, que revelam maior frequência do tipo sanguíneo O entre doadores de órgãos.[4]

A principal causa de ME entre os participantes da pesquisa foi o TCE e o acidente vascular cerebral hemorrágico, com 191 (52%) e 105 (29%) registros, respectivamente. Esses dados são semelhantes a outro estudo realizado, no qual o perfil do doador geralmente apresenta o TCE como causa principal de morte e preenche ao menos um critério expandido de doação.[21] No entanto, difere em ordem de frequência dos dados da ABTO, que classifica como primeira causa o AVC e segunda, o TCE.[4]

O intervalo de tempo entre as avaliações clínicas dos doadores para a identificação do diagnóstico de ME obteve alto índice de prontuários sem resposta, com 134 (36%), sendo obtido o intervalo registrado mais frequente entre 6 e 10 horas, com 86 (23%), além de registro de intervalos maiores de até 15 a 30 horas. Para comprovar a morte encefálica, é preciso que o diagnóstico clínico seja feito por, pelo menos, dois médicos diferentes, em um intervalo normalmente de seis horas, que varia para cada faixa etária.[22] Em alguns casos, nesta pesquisa mostrou-se que o período entre as avaliações excedeu o referido pela literatura, comprometendo o processo de doação.

O preenchimento incompleto dessa variável nos prontuários analisados deixa lacunas para questionamentos. Ressalte-se a importância do intervalo de tempo entre a primeira e segunda avaliação, que é um dos critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina para diagnóstico de ME.

Quanto aos exames complementares para a confirmação do diagnóstico de morte cerebral, a maioria dos doadores foi submetida ao eletroencefalograma (EEG), 232 (63%) e Doppler com 62 (17%). Segundo a literatura, O EEG é o exame confirmatório mais utilizado em vários países para diagnóstico de ME, sendo de extrema segurança para o profissional.[23]

As principais intercorrências apresentadas pelos doadores foram a parada cardiorrespiratória (PCR), em 35 (9,5%) doadores, e a infecção, com 38 (10,3%) ocorrências, somando 89 (24,2%) dos prontuários sem

respostas. Novamente, a falta de registro de informações dos prontuários analisados com alto índice sem resposta compromete a análise mais completa dos dados.

As infecções constituem um dos fatores que interferem no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, sendo em alguns casos critério de exclusão do doador. Sorologias positivas e exames alterados têm levado, também, ao descarte de vários órgãos e tecidos, comprometendo, assim, o número de doações.

Dentre as infecções consideradas contraindicações absolutas à doação de órgãos, inclui-se infecção pelo vírus HIV e HTLV; infecções virais sistêmicas, como sarampo, adenovírus e parvovírus; encefalite hepática; tuberculose pulmonar; sorologias positivas para hepatites B e C, além de doenças relacionadas a príon e neoplasias malignas.[10]

Para a manutenção dos batimentos cardíacos e preservação dos órgãos até o momento do transplante, as drogas mais utilizadas pelos participantes do estudo foram a dopamina, com 217 (59%), e noradrenalina, com 85 (23%) registros. Estas são consideradas drogas de relevância na estabilidade hemodinâmica e essenciais para a manutenção dos potenciais doadores viáveis. A dopamina é indicada, por grande parte de autores, como o primeiro fármaco, contudo não existem evidências aleatórias definindo qual o melhor vasopressor. Em caso de persistência da hipotensão, a noradrenalina e a vasopressina devem ser consideradas.[10]

Os setores nos quais mais frequentemente os doadores de órgãos estavam internados foram a UTI e a emergência, contando com 130 (35,3%) e 68 (18,4%) registros, respectivamente. A UTI caracteriza-se como unidade complexa, dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves, onde, geralmente ocorre a morte encefálica, sendo esse o local apropriado para dar o suporte necessário à manutenção dos órgãos para doação.

A ME remete diversos efeitos deletérios sobre o organismo, refletindo instabilidade cardiovascular e hipoperfusão tecidual, bem comodesarranjo metabólicos. Exige padronização de cuidados intensivos com o doador de múltiplos órgãos, mantendo relação quanto à elevação do número de órgãos captados e à sua qualidade.[13]

Na pesquisa, constatou-se que os órgãos e tecidos efetivamente doados foram, em sua maioria, fígado, 302 (82%) doações; córnea, com 300 (81,5%); rins com 201 (54,6%); e coração, com 128 (34,7%). Assim como no Brasil projetou-se o aumento no número de transplantes, no Ceará obteve-se elevação do número de doações, ganhando destaque as de fígado e as de córnea, seguidas das doações dos rins e do coração, apresentando semelhança nos dados informados pelo Ministério da Saúde, que apontam aumento expressivo no número de transplante de fígado e córnea.

Segundo dados da Central Nacional de Transplantes, no Brasil, percebeu-se um aumento mais expressivo no número de doações em 2008, principalmente quanto ao coração, com crescimento de 29% de 2007 para 2008 (159 para 205 doações), seguido do fígado (14%, de 971 para 1.110), da córnea (12%, de 11.419 para 12.825) e da combinação rim/pâncreas (9%, de 116 para 127).[24]

Apesar desse aumento no número de transplantes, estudos revelam a necessidade de planejamento e implementação de programas educativos para a conscientização da população. É imprescindível, também, a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no processo, com o objetivo de incentivar o ato de doação e captação de órgãos e tecidos, elevando-lhes a disponibilidade para transplante e aumentando a sobrevida de milhões de pessoas que aguardam o procedimento em uma interminável fila de espera.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu traçar o perfil dos doadores efetivos de órgãos e tecidos do Estado do Ceará, bem como serviu de referência para planejar ações de conscientização e capacitação para os profissionais envolvidos no processo de doação.

O transplante de órgãos e tecidos representa um dos maiores avanços da medicina neste século, sendo muitas vezes a última alternativa terapêutica. Contudo, essa área ainda desperta grandes polêmicas, que estimula interesse e debate em vários seguimentos da sociedade.

A falta de conhecimento sobre o processo de captação e doação de órgãos implica a diminuição considerável no número de doadores e, consequentemente, nos números de transplantes.

Com relação ao sexo, à faixa etária, ao diagnóstico e ao setor de internação dos potenciais doadores, foi constatado que a maioria dos doadores é do sexo masculino (66,3%) e estão entre a faixa etária de 18 a 40 anos (50,5%), tendo como causa principal da morte encefálica o TCE, geralmente relacionado a acidentes e violências. Eles se encontravam internados, principalmente, na UTI, tendo em vista que é o local mais apropriado para cliente em estado grave (potencial doador). Os órgãos mais doados foram, predominantemente, o fígado (82%) e córneas (81,5%), seguidos de rins (54,6%) e coração (34,7%).

Considerando que em 2008 o índice de doação de órgãos e tecidos projetou um aumento em relação aos quatro anos anteriores, verificou-se a necessidade de programas educativos contínuos que forneçam informações sobre o processo de doação voltado para a conscientização e o esclarecimento da população, bem com para o incentivo à doação de órgãos e tecidos. Isso porque outros estudos mostram que a recusa familiar é um dos principais obstáculos para efetivar a doação.

Estudos revelam, ainda, que a falta de notificação de ME e falhas na manutenção dos órgãos para a captação representam fatores impeditivos à efetivação da doação. Nesse sentido, ressalte-se a importância da capacitação

de profissionais de saúde envolvidos no processo da doação, na busca de ações para diminuir a perda do potencial doador, visando elevar o número de doações e reduzir o sofrimento de pessoas que estão condenadas a permanecer numa interminável fila de espera.

Vale salientar que os dados utilizados no estudo foram coletados com base em registros de informações nos prontuários, por meio dos quais os dados já estavam produzidos pelos serviços, podendo, em maior ou menor proporção, interferir nos resultados alcançados. Apontou-se, ainda, como limitação do estudo o considerável número de prontuários com dados incompletos ou sem resposta, sendo constatada a necessidade do registro de todas as informações de forma fidedigna, fator imprescindível para possibilitar as análises epidemiológicas necessárias e outros fins.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Entendendo a doação de órgãos. 2008 [Citado 2008 out. 13]. Disponível em http://www.abto.org.br/.

2. Berlinguer G, Garrafa V. O Mercado Humano: estudo bioético da compra e venda de partes do corpo. Porto Alegre: Ed. UNB; 2000.

3. Garcia VD. A política de transplantes no Brasil. Rev AMRIGS. 2006 out/dez; 50(4):313-20.

4. Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. 2009 jan/set; XV(3).

5. Schirmer J, Leite RF, Roza BA. Doação de órgãos e tecidos: o que sabem os estudantes do ensino médio? Einstein. 2007; 5(3):213-9.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Lista de espera para transplante. Brasília; 2008. [Citado 2009 fev 10]. Disponível em: http://www.saude.gov.br.

7. Santos ME, Massarolo MC. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(3):382-7.

8. Guetti N, Marques I. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. Rev Bras Enferm. 2008 jan./fev; 61(1):91-7.

9. Garcia VD, Abbud Filho M, Neumann J. Transplante de órgãos e tecidos. 2ª ed. São Paulo: Segmento Farma Editora; 2006.

10. Rech T, Rodrigues Filho EM. Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. Rev Bras Terap Intensiva. São Paulo. 2007 jun; 19(2): 197-204.

11. Coelho JCU; Parolin MB; Baretta GAP, Pimentel SK, Freitas ACT, Colman D. Qualidade de vida do doador após transplante hepático intervivos. Arq Gastroenterol. 2005 abr./jun; 42(2):83-8.

12. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº. 1.480 de 8 de agosto de 1997. Brasília: CFM; 1997.

13. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

14. Rouquayrol MZ, Almeida Filho, N. Epidemiol Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.

15. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 6 ª ed. São Paulo: Atlas; 2006.

16. Brasil. Resolução nº196/96. Decreto nº93. 933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: O conselho; 1996.

17. Traiber C, Lopes MHIL. Educação para doação de órgãos. Sci Med. 2006; 16(4):178-82.

18. Kimura R. Hasegawa DS, kira G, hoyama E. Principais diagnósticos no atendimento de urgência do hospital de olhos de Londrina. [Citado 2009 maio 27]. Disponível em: http://www.posgraduacao.ufla.br/gauss/congresso/11seagro/conteudo/arquivos/261.pdf

19. Mikewis D, Anderson J. Negro, preto ou pardo? Rev Raça. 2005 nov; 92:5-7.

20. Motta A. Com raça, sem raça, com raça. [Citado 2009 maio 27]. Disponível em: http://www.afirma.inf.br.

21. Kajikawa P. Perfil de doadores cadavéricos de fígado da OPO-UNICAP no período de 1994 a 2007. XVI Congresso Interno e Iniciação Científica. CNPQ. São Paulo; 2008.

22. Guanabara J. Especialista esclarece dúvidas sobre doação de órgãos. 2008. [Citado 2009 maio 23]. Disponível em: http://www.circuitomt.com.br/home/materia/4815.

23. Lago PM, Piva J, Garcia PC, Troster E, Bousso A, Sarno MO. Morte encefálica: condutas médicas adotadas em sete unidades de tratamento intensivo pediátrico brasileiras. J Pediatr. 2007 mar./abr; 83(2): p.133-40.

24. Aliança Brasileira pela Doação de Órgãos e Tecidos (ADOTE). Doação de órgãos. [Citado 2009 abr. 14]. Disponível em: http://www.adote.org.br/oque_doacao.htm.

Data de submissão: 13/9/2009
Data de aprovação: 30/3/2010

CUIDADO PERIOPERATÓRIO: PERCEPÇÃO DAS CRIANÇAS COM MAIS DE UMA EXPERIÊNCIA CIRÚRGICA

PERIOPERATORY CARE: CHILDREN´S PERCEPTION OF MORE THAN ONE SURGERY EXPERIENCE

CUIDADO PERI OPERATORIO: PERCEPCIÓN DE LOS NIÑOS SOMETIDOS A MÁS DE UNA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA

Letícia Lima Colinete Costa[1]
Mara Lúcia Garanhani[2]

RESUMO

Para a criança cirúrgica, o período de internação pode consistir em experiência dolorosa e desagradável, sendo necessárias ações de cuidado específicas da equipe profissional que atendam às suas necessidades. O objetivo com este trabalho foi compreender os significados de cuidado perioperatório para crianças submetidas a mais de uma cirurgia e as estratégias de cuidado e autocuidado que utilizam. Este é um estudo descritivo de abordagem qualitativa, no qual foi utilizada a entrevista semiestruturada com dez crianças. A análise das entrevistas seguiu o método de análise de discurso preconizado por Martins e Bicudo, modalidade da estrutura do fenômeno situado que resultou em três categorias: cuidado perioperatório, interações estabelecidas e sentimentos vivenciados. Os significados de cuidado e autocuidado para a criança cirúrgica ficaram restritos ao momento em que ela vivenciou, à maneira como foi cuidada, estando intimamente ligados à relação estabelecida entre ela e a equipe. A presença da mãe, ou pessoa significativa, mostrou-se relevante para a criança, confirmando sua importância. Destaque-se a importância da orientação para a criança e para sua família buscando desmistificar-lhes os medos, a fim de estabelecer uma interação efetiva que promova um cuidado eficaz, integral e humanizado.

Palavras-chave: Assistência Perioperatória; Enfermagem Pediátrica; Enfermagem Perioperatória; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The hospitalization period can be a difficult and unpleasant experience to a child so the professional staff needs to provide care that corresponds to the children's specific needs. This study objective to understand the meaning of the perioperative care for children submitted to more than one surgery and the strategies of care and self-care employed. This was a qualitative and descriptive study that used semi-structured interviews with 10 children. The data analysis followed the discourse analysis method recommended by Martins and Bicudo. The phenomenon mode structure resulted in three categories: perioperative care and interactions established; feelings experienced. The meaning of care and selfcare for the child in surgery was restricted to the moment experienced, with the way it was cared for, and it is closely tied to the relationship established between itself and the team. The mother's or other important person's presence, was significant to the child what confirms its importance. The study highlights the importance of guidance to the child and its family. It should try to demystify their fears, and establish an affective interaction that promotes an efficient, integral and humanized care.

Key words: Perioperative Care; Pediatric Nursing; Perioperative Nursing, Qualitative Research.

RESUMEN

Para los niños el periodo de internación puede ser doloroso y desagradable y, debido a ello, el equipo profesional debe brindarles los servicios adecuados para atender sus necesidades más específicas. El objeto de este estudio es comprender el significado del cuidado perioperatorio para niños sometidos a más de una cirugía y las estrategias de cuidado y autocuidado que ellos mismos emplean. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo realizado mediante entrevistas semiestructuradas a 10 niños. El análisis de datos siguió el método del análisis de discurso defendido por Martins y Bicudo, modalidad de la estructura del fenómeno situado. El análisis de las entrevistas resultó en tres categorías: manejo perioperatorio, interacción establecida y sentimientos vividos. El significado de cuidado y autocuidado para estos niños se limitó al momento vivido asociado a cómo había sido atendido, que está estrechamente vinculado a la relación entre ellos y el equipo. La presencia de la madre o de alguien significativo demostró ser importante para el niño, lo cual confirma su relevancia. Se realza la importancia de las instrucciones tanto para el niño como para su familia, con miras a desmistificar los miedos y establecer la interacción efectiva que promueva la atención eficaz, integral y humanizada.

Palabras clave: Atención Perioperatoria; Enfermería Pediátrica; Enfermería Perioperatoria; Investigación Cualitativa.

[1] Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Endereço: Rua Humberto Nóbile, n°278. Jardim. Califórnia. Londrina-PR, CEP: 86040-110. E-mail: leticia.cost@yahoo.com.br.

[2] Mara Lúcia Garanhani. Doutora em Enfermagem. Profª. associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Endereço para correspondência: Rua Raposo Tavares, nº445 aptº 22 – Centro. Londrina - PR CEP:86010580

INTRODUÇÃO

A enfermagem como ciência baseia suas atividades no ser humano e tem como objetivo central o cuidado integral, respeitando o ser humano como um ser biopsicossocioespiritual em todas as suas fases evolutivas. Assim, as questões que discutem as relações de cuidado desses profissionais estabelecidas em suas funções diárias tornam-se cada vez mais necessárias.

Juntamente com a discussão sobre o cuidado na profissão de enfermagem, é possível observar o interesse no resgate da humanização nos serviços de saúde, o resgate da própria humanidade do homem. O ser humano traz a humanização nos princípios essenciais de sua espécie, ou seja, em sua natureza própria, a racionalidade, que também é dotada de dignidade, a qual é também chamada de humanidade. Assim, a única exigência para ele ser humanizado é existir.[1]

Tais discussões são importantes, pois o profissional da saúde, ao refletir sobre sua prática, demonstra interesse e disposição em crescer na sua atividade e também como pessoa. Essa reflexão pode fornecer subsídios para que, por meio de atitudes mais conscientes e acolhedoras, possam atender às necessidades de saúde do indivíduo e sua família, promovendo, protegendo e recuperando a saúde com maior qualidade e resolutividade.

O período perioperatório, correspondente aos períodos pré, intra e pós-operatório, ocasiona respostas fisiológicas e emocionais no indivíduo, tornando-se evidente a necessidade de uma assistência integral. A criança hospitalizada, para submeter-se a uma cirurgia, torna-se exposta, além dos fatores negativos que a internação representa ao estresse que o processo cirúrgico provoca nos indivíduos.[2]

Na criança cirúrgica, esse processo pode repercutir em alterações no seu crescimento e no seu desenvolvimento, além do impacto psicológico que pode gerar. Essa situação implica a realização de ações de cuidado da equipe profissional que atendam às necessidades da criança hospitalizada. Os objetivos básicos da assistência de enfermagem à criança cirurgiada devem ser minimizar o estresse pré-operatório, a hospitalização em si e garantir uma recuperação pós-operatória rápida e efetiva.[2]

Para a clientela infantojuvenil, o período de hospitalização e a doença podem constituir experiências dolorosas e desagradáveis.[3] A ocorrência de reinternações diminui a oportunidade de desenvolvimento normal para a criança, impondo-lhe a necessidade de adquirir maior carga de mecanismos adaptativos e favorecendo o surgimento de transtornos nas relações consigo mesma e com o outro.[4]

Para o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente pediátrico é necessário considerar as necessidades da criança, experiências anteriores de hospitalização e a circunstância da atual internação.[5]

Neste estudo, o objetivo foi compreender os significados de cuidado perioperatório para crianças submetidas a mais de uma cirurgia, assim como as estratégias de cuidado e autocuidado que utilizam, explorando a seguinte interrogação: Quais as percepções de cuidado que a criança cirúrgica, que já teve experiências anteriores, possui em relação ao período perioperatório? Espera-se oferecer subsídios para refletir sobre a assistência de enfermagem à criança cirúrgica e à sua família, propiciando maior aprofundamento nos significados do cuidado em enfermagem e subsidiando fatores de humanização na internação hospitalar.

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em um hospital público do norte do Paraná. A pesquisa qualitativa objetiva apreender aspectos do fenômeno por meio da descrição dos sujeitos sobre sua experiência vivida.[6] Portanto, o método de coleta de dados foi realizado mediante entrevista semiestruturada, fundamentada em questões que abrangeram as orientações recebidas nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, significados de cuidado e autocuidado. Participaram do estudo dez crianças, pacientes da clínica de cirurgia infantil. Os critérios de seleção dos participantes foram: possuir idade entre 6 e 12 anos, aceite dos pais mediante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceite da própria criança e o fato de que a criança, obrigatoriamente, já tivesse se submetido a mais de um ato cirúrgico e pudesse se comunicar.

O período de realização das entrevistas ocorreu entre janeiro e agosto de 2009, por meio de visitas à unidade pediátrica durante o período pós-operatório imediato da criança, ou durante o retorno desta ao serviço para pós-consulta no período de pós-operatório tardio. Após autorização da mãe ou responsável mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceite da criança, as entrevistas foram gravadas com a presença do responsável. Considerou-se o número de entrevistas adequado quando as informações obtidas evidenciaram convergências suficientes para a descrição da estrutura do fenômeno investigado.

Para a análise das descrições obtidas nas entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de discurso baseada na modalidade da estrutura do fenômeno situado. Após a transcrição das entrevistas, foram realizadas as análises ideográficas e nomotéticas.[7]

Na fase de análise ideográfica, foram realizadas leituras flutuantes, quantas vezes necessárias, a fim de chegar a um sentido geral do que estava descrito. Após a obtenção do sentido, realizou-se nova leitura, objetivando identificar unidades de significados contidas nas unidades descritivas. A seguir, essas unidades de significado foram interpretadas buscando uma transposição da linguagem ingênua das crianças.

No segundo momento, que compreendeu a análise nomotética, buscou-se aproximar as diferentes unidades de significados individuais, estabelecendo as convergências e divergências entre elas. Nessa

etapa, houve a síntese das unidades interpretadas em categorias que descrevem uma estrutura do fenômeno estudado: a percepção da criança sobre o cuidado perioperatório.

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior, intitulado *O Cuidado Perioperatório: significado para o paciente, familiares, equipe de saúde e alunos*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 122/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das crianças entrevistadas, oito eram do sexo masculino e duas do sexo feminino, com os seguintes diagnósticos: lesão uretral, fístula uretocutânea, hipospádia, criptorquidia, cólica nefrética, infecção do trato urinário (ITU), cisto braquial recidivado, traumatismo crânio encefálico e trauma abdominal fechado. A frequência de cirurgias anteriores entre os entrevistados variou de uma a quatro experiências cirúrgicas.

As causas que desencadearam a nova cirurgia foram traumas por acidente automobilístico, outros tipos de traumas domésticos, infecções urinárias de repetição e complicações das cirurgias anteriores.

Com base na análise, foi possível dispor as entrevistas em três categorias: cuidado perioperatório interações estabelecidas e sentimentos vivenciados, descritas a seguir:

• **O cuidado perioperatório** – Nesta categoria estão presentes os procedimentos, orientações e ausência destas, bem como situações de cuidado e não cuidado referidas pelas crianças, além dos diferentes significados de cuidado para elas, os conhecimentos e as atitudes de autocuidado diante do procedimento cirúrgico.

No período pré-operatório, as crianças identificaram alguns procedimentos: consultas médicas, internação, realização e cuidados com acesso venoso e medicação, alimentação e o momento em que foram encaminhadas até o centro cirúrgico.

Durante o período transoperatório, identificaram procedimentos como administração de pré-anestésico, permanência na sala pré-cirúrgica, troca de roupa, ato anestésico, realização da cirurgia e monitorização cardíaca na sala de recuperação pós-anestésica:

> *Eles colocaram anestesia no meu soro, aí eu fiquei meio tontinho.* (C5 – 11 anos)

> *Só lembro a hora que eu tava dentro de uma salinha lá, e aí, de repente, tinha um negócio no meu dedo da batida do coração, é tipo um pregadorzinho assim com uma luz vermelha, aí tinha um monte de fio enroscado no meu peito.* (C9 – 11 anos)

No período pós-operatório, foram identificadas ações como transporte do centro cirúrgico para o quarto, permanência na enfermaria, analgesia, medicação, avaliação de sinais vitais, banho no leito, curativo, indicação de lavagem da sonda uretral, retirada de pontos, prescrição de alta e agendamento de retorno:

> *Não, me deram remédio só na hora que cheguei aqui.* (C5 – 11 anos)

> *Quando eu fiz a cirurgia, eu tomava banho na cama [...]. A enfermeira fazia o curativo da cirurgia.* (C8 – 10 anos)

As orientações que abrangeram o período pré-operatório continham conteúdos como causa, objetivo e prognóstico da cirurgia, jejum e medicação pré-anestésica, como relatados em alguns dos seguintes trechos das entrevistas:

> *Disseram apenas que iam tampar a fístula, que era bem mais simples.* (C5 – 11 anos)

> *Falaram que tinha que fazer jejum.* (C7 – 11 anos)

> *Conversou. Falou assim que eles iam me dar um remedinho de morango, não era meio doce, era um pouquinho amargo, e aí depois eu ia dormir e fazer a cirurgia.* (C9 – 11 anos).

Entre as dez crianças entrevistadas, cinco relataram que não se lembravam das orientações recebidas durante o período pré-operatório.

Durante o período transoperatório, as orientações relatadas foram sobre o pré-anestésico, a anestesia e a realização da cirurgia. No período pós-operatório, as crianças informaram que tinham recebido orientações sobre dor, repouso, possíveis intercorrências, o procedimento cirúrgico envolvendo desde os resultados obtidos até a utilização de dispositivos introduzidos durante a operação, como o uso de sonda de demora:

> *Estão orientando o dia que eu vou ficar com ela* [sonda vesical]. (C5 – 11 anos)

Relataram, também, que o acompanhante recebeu orientações sobre formas de autocuidado, mas que não houve orientações durante o período pós-operatório, destacando-se que essa falta de informação pode desencadear conclusões errôneas sobre o estado geral da criança. Por exemplo, a falta de informação sobre a possibilidade de haver hematúria no período pós-operatório levou a criança a acreditar que a cirurgia não havia sido realizada de forma adequada:

> *Podia. Num sei... podiam fazer essa cirurgia melhor, né? É fazendo xixi... daí vai sair o xixi vermelho. Meu xixi era vermelho*. (C4 – 6 anos)

Há necessidade de um trabalho de maior orientação à criança sobre seu procedimento cirúrgico, especialmente no período pré-operatório, evitando, assim, medos e interpretações erradas sobre o que ocorre com o corpo dela – como demonstrado no último relato, em que a criança acreditava que a cirurgia não havia sido realizada

corretamente por causa da hematúria, situação comum nos primeiros dias após o tipo de cirurgia a que se submeteu.

Ao fornecer às crianças informações pertinentes e de forma compreensível, torna-se possível que ela se adapte melhor ao processo de internamento, além de evitar o medo daquilo que é desconhecido, facilitando o processo de hospitalização para a criança, a família e a equipe. A inclusão dos aspectos psicoemocionais, e não apenas os biológicos e fisiológicos, no preparo da criança, contribui para restaurar-lhe e manter-lhe a saúde física e também favorecer seu desenvolvimento integral e sua proteção. Isso é relevante, principalmente, quando esses aspectos psicoemocionais abrangem tanto a criança quanto sua família.[8]

Todas as crianças, em algum dos momentos do pré-operatório, do intraoperatório ou do pós-operatório, disseram que não se lembravam de orientações que abrangeram sua hospitalização. Isso pode ser um indicativo de que as orientações não ocorreram ou, se ocorreram, não foram feitas de maneira que atingiu a compreensão das crianças.

Nesse sentido emerge a reflexão sobre a maneira como essas orientações estão sendo desenvolvidas com as crianças. A clientela infantil necessita receber informações mais próximas da sua realidade, para que seja capaz de assimilar e, assim, compreender aquilo que lhe é orientado. A equipe de enfermagem pode utilizar o brinquedo terapêutico como método ou instrumento facilitador para compreender as necessidades da criança, com o objetivo de minimizar-lhe o estresse, prepará-la para procedimentos, além de meio para que ela mesma expresse suas necessidades. A utilização do brinquedo, por si só, constitui um instrumento de cuidado.[8]

Nessa categoria também foi incluído como a criança se sentiu cuidada no hospital. As crianças relataram que se sentiam bem cuidadas ao receber carinho e atenção, na presença da mãe, mediante a boa interação com a equipe e com as enfermeiras, na ausência de dor e ao receberem alimentação, repousar e se sentirem seguras no ambiente hospitalar:

> *Eles cuidam muito bem de mim... É muito bom né?.* (C1 – 8 anos)

> *Gosto de... Conversam bastante comigo, o tratamento deles comigo é muito bom... É bom.* (C2 – 8 anos)

> *Muito bom [...] porque as enfermeiras eram boazinhas [...] as enfermeiras são legais.* (C6 – 9 anos)

Como situações de não cuidado as crianças identificaram obstrução da sonda vesical, demora para aspiração de traqueostomia, falta de orientação quanto ao acesso venoso, altura do leito, acomodação sem conforto do acompanhante e sanitário pequeno:

> *A sonda que colocaram, ela entupiu e resultou nos cálculos vesicais [...]. Quando eu passei para a enfermaria, eu queria aspirar* [traqueostomia]*, mas demorava; minha mãe tinha que ficar chamando, aí ela aprendeu e não precisou mais chamar.* (C8 – 10 anos)

> *As outras não falavam nada, daí entrava ar* [no equipo de soro]*, daí tinha que dar um jeito [...]. Lá no quarto minha mãe dormiu numa cama daquela.* (C10 – 9 anos)

As falas também evidenciam situações de não cuidado vivenciadas pelas crianças com relação às técnicas desenvolvidas pela equipe, demonstrando a preocupação delas com a qualidade dos procedimentos realizados. Para uma efetiva qualidade do cuidado, a equipe de saúde, cada qual em seu nível de competência técnica, deve possuir conhecimento das técnicas, medicamentos, equipamentos e problemas enfrentados pela criança durante a hospitalização. O oferecimento à clientela infantil de quantidade e qualidade de recursos, tanto físicos quanto humanos, influencia na sua recuperação.[9]

Outra situação de não cuidado citada refere-se à falta de preparo do ambiente hospitalar para o acolhimento do acompanhante.

> *Chato. Porque é minha mãe né? Eu tava dormindo assim ela falou: 'Ai, nossa, tá tudo dolorido aqui de tanto dormi de lado'. Ela só falava isso e não deixava eu dormir.* (C10 – 9 anos)

A instituição hospitalar é responsável por oferecer à mãe acompanhante, além da atenção, a garantia de seu bem-estar.[10] A falta de lugares apropriados para o familiar descansar emergiu como preocupação, evidenciando a realidade da falta de estrutura física do hospital para incluir o familiar como parte do processo de cuidado. Ao mesmo tempo em que o hospital oferece a oportunidade da presença de um familiar durante a internação da criança, é necessário buscar meios para acomodá-lo de maneira digna, estendendo o cuidado humanizado ao familiar do paciente internado. Apenas inserir a família no contexto hospitalar não é suficiente. Exige preparo para lidar com sua permanência, compreendendo-a e aceitando suas particularidades.[11]

Os seguintes significados de cuidado emergiram nas falas das crianças: zelo; algo bom; possibilidade de evitar trauma; precaução; segurança; assistir o paciente; realizar boas atitudes; atitude de cuidar da saúde nas ações de prover alimentação, higiene e medicação, bem como condição de saber viver.

> *Cuidado é coisa boa [...] É cuidar da saúde [...] Que faz bem as pessoas.* (C1 – 8 anos)

> *Dão remédio quando eu sinto dor.* (C5 – 11 anos)

> *Cuidado é não se machucar.* (C8 – 10 anos)

> *Carinho [...]. Com abraço [...]. Dá um feliz bom dia [...]. Tudo bem.* (C7 – 11 anos)

> *Num fazer as coisa mal [...]. Num fazer bagunça assim, né?* (C6 – 9 anos)

Além desses significados, a criança cirúrgica revelou entender o cuidado como algo que, por muitas vezes, pode não ser necessariamente o que a criança deseja,

mas que ela percebe como necessário para o seu bem-estar, como evidenciado na fala:

> *É fazer as coisas que eu tenho que fazer e não fazer todas as minhas vontades.* (C2 – 8 anos)

O termo "cuidado" deriva do latim *cura* e é usado num contexto de relações de amor e de amizade. Expressa a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto querido.[12] Cuidar é mais que um ato; é uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.[13]

Quando a criança sente supridas suas necessidades, permite-se afastar a imagem de que o hospital é um lugar triste, de sofrimento, possibilitando relacionar o hospital com seu ambiente familiar.

Essa proximidade com a realidade que vivia antes da internação, sem um rompimento abrupto com a vida que possuía, torna o período de hospitalização mais humano. Nesse sentido, quando o cuidado é considerado em sua complexidade, valorizando as relações estabelecidas do estar e viver em sociedade, os profissionais de saúde poderão contribuir para que a internação pediátrica seja o menos traumática possível, buscando inseri-la como uma fase do viver da criança. Assim, o cuidado poderá não somente contribuir para o viver da criança, mas também para o desenvolvimento do seu ser como pessoa em desenvolvimento.[14]

Com relação ao conhecimento sobre o que envolve seu procedimento cirúrgico e a capacidade de descrever os resultados obtidos da cirurgia, surgiram os seguintes relatos:

> *Eu tive que fazer a ligação da minha uretra.* (C1 – 8 anos)

> *Eles taparam a fístula que tinha e aumentaram o buraquinho de cima e colocaram a sonda, e é onde eu não estava conseguindo fazer xixi [...]. Mas agora eu estou conseguindo.* (C5- 11 anos)

> *Um aparelho que estralava lá dentro da bexiga quebrando os cálculos.* (C8 – 10 anos)

As crianças descreveram atitudes de autocuidado relacionadas ao repouso, ao lazer, à alimentação, à *ingesta* hídrica, a medicações, evitar atitudes que predisponham a um trauma e fazer aquilo que os profissionais de saúde orientavam.

Com relação ao repouso, consideraram o autocuidado, evitar qualquer atividade que ocasionasse esforços durante o período pós-operatório, como correr, jogar bola, andar de bicicleta, subir em árvore, agachar-se e andar muito. Em contrapartida identificaram outras atividades de lazer que evitavam tais esforços, como assistir à televisão, jogar videogame e utilizar o computador.

As crianças relataram, também, a necessidade de ingerir líquidos, como água, manter boa alimentação e tomar a medicação prescrita, além de seguir as orientações fornecidas pelos médicos:

> *Eu vou ter que ficar de repouso [...]. Vou ficar deitado no quarto, não sei se na sala ou no quarto do meu pai.* (C5 – 11 anos)

> *Beber muito líquido [...]; beber bastante água, os líquidos [...]; comer; se alimentar [...]. Tem que tomar remédios [...]. Eu me esforço pra fazer o que eles pedem pra eu fazer.* (C2 – 8 anos)

> *Tô fazendo o que os médicos falaram.* (C10 – 9 anos)

É possível observar, por meio das entrevistas, que algumas crianças identificaram o autocuidado como evitar a condição que a predispôs à cirurgia, como mostra o seguinte relato:

> *Ah não quero nem saber de bicicleta mais. Só vou usar quando eu preciso, não vou andar correndo, não vou fazer graça.* (C3 – 10 anos)

O autocuidado pode ser compreendido como a prática de atividades que as pessoas aprendem e executam para si mesmas a fim de manter a vida, a saúde, o contínuo desenvolvimento pessoal e o bem-estar.[15] Ao identificar suas atitudes de cuidado, as crianças colocam-se como participantes ativas no seu processo de restabelecimento da saúde, fator que deve ser valorizado pela equipe que lhes presta cuidados, identificando-a como sujeito ativo no processo de cuidar.

• **Interações estabelecidas –** Esta categoria aborda as interações da criança no ambiente hospitalar. Foi possível observar, ainda nessa categoria, como e se a criança é capaz de identificar seus cuidadores e a pessoa de referência no cuidado.

A interação entre a criança e a equipe foi identificada por meio de relatos que mostram situações em que há diálogo entre equipe e paciente, carinho e atenção por parte da equipe com a criança:

> *Perguntavam qual meu nome, onde eu morava, o que eu fazia, conversavam comigo.* (C3 – 10 anos)

> *Fiquei muito com elas, por isso comecei a gostar delas [...]. À noite eu não ficava sozinho [...]. Escreveram uma cartinha que eu colei na parede [...]. Eu tenho um álbum em casa que foi tirado aqui, colocaram uma luva na minha mão e tiraram foto; eu tirei foto minha, da minha tia, da brinquedoteca, da tia [...], da casinha, com três enfermeiras...* (C8 – 10 anos)

As falas evidenciam a importância para a criança de uma relação mais acolhedora e quão ligada se sente à equipe quando se percebe querida por esta. O processo de cuidar consiste no desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico. Envolve sempre uma ação interativa. Nessa ação interativa ocorre um processo de transformação tanto do ser cuidado como da cuidadora.[13]

Por meio do relato de uma das crianças é possível observar, também, falhas no relacionamento equipe/cliente:

> *Elas não falavam nada. Elas falavam: 'Oi. Tchau.' É chato.* (C10 – 9 anos)

O ser humano é um ser social que sente prazer ao interagir e estar com outros indivíduos.[3] No processo de hospitalização da criança, essa interação facilita a aceitação do processo de internação, a adesão ao tratamento, bem como possibilita uma experiência menos traumatizante e mais humanizada para a criança.

Quanto à identificação da equipe, algumas conseguem identificar quais são os profissionais que prestaram cuidados, enquanto outras, não. Nesse sentido, podemos inferir que se torna necessária uma apresentação mais clara do profissional que presta cuidados à criança, apontando seu papel na equipe para que ela tenha a possibilidade de identificá-lo e, consequentemente, estabelecer uma relação de vínculo. Por meio dos vínculos estabelecidos, a assistência à criança é otimizada, resultando em benefício para ela. É necessário saber escutar, falar quando necessário, proporcionar abertura para a realização de perguntas, respeitar, ser honesto e disponibilizar tempo para a conversa, além de demonstrar interesse, dentre outras habilidades.[16]

Entre as crianças que conseguiram identificar os profissionais que as assistiram, algumas conseguem nomear os profissionais da equipe que lhes foram significativos. Os profissionais da equipe de enfermagem e os da equipe médica foram citados pelas crianças, sendo que os da equipe de enfermagem foram os mais referidos:

> *As enfermeiras, o médico. É... o médico, chefe lá. Todos eles. Quem faz mesmo é as enfermeiras.* (C2 – 8 anos)

> *Eles cuidam de todas as crianças [...]. Enfermagem.* (C5 – 11 anos)

> *Por um tempo as enfermeiras da UTI cuidaram de mim, depois foram as da pediatria.* (C8 – 10 anos)

Destaque-se que muitas crianças entrevistadas indicaram as mães ou, na ausência desta, a pessoa significativa representando o papel materno como referência no cuidado e nas orientações após a cirurgia, o que nos faz refletir sobre a importância de se dar amparo e apoio às mães, fornecendo-lhes informações e compreendendo-as como participante no processo de hospitalização da criança.

As crianças identificaram atitudes da mãe como zelar, orientar, dar banho, auxiliar nos cuidados, tentar fazer o agendamento da cirurgia e estar presente ao acordar da cirurgia:

> *Ah, recebi muitos carinhos da minha mãe.* (C3 – 10 anos)

> *Ela fazia eu ir no banheiro [...], me dava banho.* (C6 – 9 anos)

> *E minha mãe, ela ficava lá... me olhando [...]. Minha mãe só ficava cuidando [...]; ela ficava de olho em mim.* (C10 – 9 anos)

Ao introduzir a família na assistência prestada ao paciente, há uma mudança significativa e satisfatória no processo doente/família. Oferecer à família a devida atenção, informação e respeitar suas decisões demanda tempo, que muitas vezes os profissionais alegam não possuir, reforçando o modelo biologicista, esquecendo-se de compreender o indivíduo como um todo, um ser biopsicossocial, excluindo a família do processo.[1]

• **Sentimentos vivenciados** – Esta categoria abordou os sentimentos relatados pelas crianças durante o período perioperatório, evidenciando desde a tranquilidade ao saber do procedimento até sentimentos como dor, medo, culpa e o desejo de não mais operar.

O sentimento de dor esteve presente em todo o processo perioperatório, tanto relacionado à situação da patologia quanto ao período pós-operatório. Quando se fala em dor, há necessidade de refletir como essa queixa é atendida, especialmente pela equipe de enfermagem, que está presente em todos os momentos da hospitalização e é a responsável por avaliar esse que é considerado atualmente um dos sinais vitais, além de intervir na administração de analgésicos prescritos. É necessário que haja sensibilização dos profissionais da pediatria, responsáveis pelo cuidado com relação à avaliação e o manejo da dor pós-operatória, assim como o conhecimento das estratégias adequadas para seu tratamento, contribuindo, dessa maneira, para um período de hospitalização menos traumatizante para a criança.[17]

O sentimento de medo apareceu relacionado à dor, aos riscos de acidentes, ao procedimento cirúrgico, à presença dos médicos na sala de cirurgia, aos materiais hospitalares como a agulha e à altura do leito:

> *Eu ficava com medo porque sabia que ia doer.* (C5 – 11 anos)

> *No começo eu fiquei com medo [...], porque é do testículo, aí eu fiquei com medo.* (C7 – 11 anos)

> *Eu não queria nem descer da cama [...] porque era muito alto e eu tinha medo.* (C10 – 9 anos)

> *Eu cheguei no centro cirúrgico, e na hora que entrei na sala eu fiquei com um pouco de medo porque tinha muitos médicos.* (C8 – 10 anos)

Os relatos revelaram, também, a importância da orientação no pré-operatório, explicando como é o centro cirúrgico, quem a criança encontrará na sala de operação, as vestimentas usadas pela equipe e os procedimentos que serão realizados. Uma vez que as crianças deste estudo já haviam passado por outras experiências cirúrgicas, essa aproximação anterior, unida a sucessivas orientações, permitiu à criança desmistificar e preparar-se, o que proporciona menores danos.

A culpa foi mencionada diante da possibilidade de ter sido o causador do trauma que gerou a cirurgia. O desejo de não mais operar foi visível na vontade expressa de que o ato cirúrgico resolvesse o problema e não fosse mais necessário em sua vida:

> *Ele falou que se esta der certo não vou precisar fazer mais nenhuma [...], e eu espero que esta seja a última.* (C5 – 11 anos)

Uma das crianças expressou tranquilidade ao saber que se submeteria à operação:

> *Ah, eu não fiquei assustada [...], eu fiquei normal [...]. Parecia que eu estava em casa.* (C10 – 9 anos)

Identificar e trabalhar os diversos sentimentos expressos pela criança cirúrgica facilita o processo de adaptação hospitalar e o consequente restabelecimento de sua saúde, o que ocasiona menores traumas, possibilitando um cuidado efetivo e holístico à criança cirúrgica.

Além das três categorias que emergiram da análise das entrevistas, as crianças enviaram recados para os profissionais da saúde:

> *Ah, pra que cuida bem, pra que tenha muito cuidado.* (C1 – 8 anos)

> *É só falar que não vai doer, porque se fala que vai doer a pessoa fica com mais medo.* (C5 – 11 anos)

> *Não brigar com as outras crianças [...], pra eles serem bem legais.* (C10 – 9 anos)

> *Quando eu tava no centro cirúrgico [...], foi muito legal com eles [...]. Só falar assim que muito obrigada deles terem feito a cirurgia em mim.* (C9 – 11 anos)

Com relação à profissão, também destacaram uma sugestão:

> *Ter amor pelo que faz.* (C7 -11 anos)

O conhecimento das percepções da criança cirúrgica sobre sua experiência pode revelar outras formas de cuidado que precisam ser observadas pelos profissionais de saúde. Realizar orientações, solucionar dúvidas, explicar os procedimentos realizados torna a criança sujeito ativo do seu processo saúde-doença, situação importante para a criança como cliente e para o profissional como cuidador holístico.

O cuidado de enfermagem à criança deve direcionar-se no sentido de deixar fluir a interação, a energia criativa, a emoção e a intuição que compõem o lado artístico de todo ser humano, sem negar ou rejeitar aspectos técnicos, científicos e tecnológicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou evidenciar três categorias relacionadas ao cuidado perioperatório, às interações com a equipe de saúde e aos sentimentos vivenciados. O significado de cuidado para a criança mostrou ter relação com a maneira como ela foi cuidada, com as necessidades supridas no hospital, além de estar intimamente ligado à relação estabelecida entre ela e a equipe. Ela foi capaz de identificar situações de cuidado e de não cuidado durante a hospitalização.

Para a criança cirúrgica, o cuidado tem como significado: zelo; algo bom; possibilidade de evitar trauma; precaução; segurança; assistir o paciente; realizar boas atitudes; atitude de cuidar da saúde, alimentação, higiene e medicação; e condição de saber viver além de realizar atitudes que lhe predisponham o bem-estar. A criança cirúrgica também é capaz de identificar posturas necessárias para o autocuidado. As estratégias de autocuidado utilizadas por elas estão relacionadas ao repouso, ao lazer, à alimentação, à *ingesta* hídrica, a medicações, bem como a quanto evitar atitudes que predisponham a um trauma e fazer aquilo que os profissionais de saúde orientam. A presença da mãe, ou de pessoa significativa, mostrou-se relevante para a criança, confirmando sua importância.

Essa realidade nos incita a uma reflexão sobre a maneira como estamos realizando nossas atividades no cuidado à criança cirúrgica. Destaque-se a importância da orientação para a criança e sua família, buscando desmistificar seus medos, fornecendo-lhe orientações completas e adequadas no processo de hospitalização. Torna-se relevante, também, a atenção às interações estabelecidas no período perioperatório visando promover um cuidado mais eficaz, integral e humanizado à criança e à sua família.

REFERÊNCIAS

1. Corbani NMS. O dilema conceitual ético do enfermeiro: como cuidar de quem não conhecemos? Acta Paul Enferm. 2004; 17(4):445-9.

2. Schimtz EMR. Assistência de Enfermagem à Criança nos Períodos Pré, Trans e Pós-Operatório. In: Shimitz EM. A Enfermagem em Pediatria e Puericultura. São Paulo: Atheneu; 1995. Cap. 20.

3. Gonzaga MLC, Arruda EM. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. Rev Latinoam Enferm. 1998; 6(5):17-26.

4. Schmitz EM. A Problemática da Hospitalização Infantil: aspectos psicológicos. In: Shimitz EM. A Enfermagem em Pediatria e Puericultura. São Paulo: Atheneu; 1995. Cap. 16.

5. Guareschi APDF, Martins LMM. Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe. Rev Esc Enferm USP. 1997; 31(3):423-36.

6. Garnica AVM. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. Interface Comunic Saúde Educ. 1997; 1(1):109-22.

7. Martins J, Bicudo MAV. A modalidade fenomenológica de conduzir pesquisa em psicologia. In: Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2005. p 91-110.

8. Schmitz SM, Piccoli M, Viera CS. A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré operatória de enfermagem à criança. Rev Eletrônica Enferm. 2003; 5(2):14–23. [Citado 2010 jan. 20]. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista.

9. Tonete VLP, Santo RME, Parada CMGL. Percepções da equipe de enfermagem sobre os médicos da alegria e a hospitalização de crianças. REME Rev Min Enferm. 2008; 12(2):173-181.

10. Siqueira LS, Sigaud CHS, Rezende MA. Fatores que apóiam e não apóiam a permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(3):270-5.

11. Silva FM, Correa I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. REME Rev Min Enferm. 2006; 10(1):18-23.

12. Boff L Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. In: capítulo VII – natureza do cuidado. Petrópolis-RJ: Editora Vozes; 2000. p. 87-106.

13. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 2001.

14. Silva AL. A dimensão humana do cuidado em enfermagem. Acta Paul Enferm. 2000; 13(especial 1):86-90.

15. Souza MF. Abordagens do cuidado na enfermagem. Acta Paul Enferm. 2000; 13(especial 1):98-106.

16. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. Rev Bras Enferm. 2008; 61(3):312-8.

17. Tacla MTGM, Hayashida M, Lima RAG. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. Rev Bras Enferm. 2008; 61(3):289-95

Data de submissão: 29/3/2009
Data de aprovação: 2/8/2010

A NECESSIDADE DE INFORMAÇÃO DO CLIENTE EM PRÉ-OPERATÓRIO DE COLECISTECTOMIA

NECESSITIES OF INFORMATION OF THE CLIENT IN THE PREOPERATIVE

LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE EN PREOPERATORIO

Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto[1]
Ana Carolina de Oliveira Araújo[2]
Karina Suzuki[3]
Verônica Carrijo de Freitas[4]

RESUMO

Toda cirurgia traz ao cliente dúvidas e medos sobre o procedimento e suas consequências, e a assistência pré-operatória de enfermagem se mostra fundamental nesse período. Como uma das cirurgias mais realizadas no Brasil e no mundo, a colecistectomia foi eleita neste estudo para que fossem levantadas as necessidades de informações de 20 clientes em pré-operatório, internados na clínica cirúrgica de um hospital público de Goiânia-GO, de junho a setembro de 2008. Os dados referentes às preocupações dos clientes foram analisados e categorizados em seis classes: nutrição pós-cirúrgica e restabelecimento das funções orgânicas; repouso pós-operatório e retorno às atividades diárias; interferência de comorbidades e fatores de risco cirúrgico; formação do cálculo e função da vesícula biliar; cirurgia/anestesia; cuidados pré-operatórios. Cabe à enfermagem e aos demais membros da equipe multiprofissional uma assistência focalizada nas necessidades do cliente, contribuindo para a qualidade e integralidade do atendimento.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Assistência Perioperatória; Colecistectomia.

ABSTRACT

All surgery brings to clients doubts and fears about the procedure and its consequences, and the nursing preoperative assistance proves vital in this period. As one of the most commonly performed surgeries in Brazil and the world. Cholecystectomy was chosen for this study to pin point the information needs of 20 clients in preoperative period, hospitalized in a surgical clinic at a public hospital in Goiânia-GO, Brazil, from June to September of 2008. Data related to the clients' concerns were analyzed and categorized into six classes: postoperative nutrition and return of organic functions; postoperative rest and resume of daily activities; co-morbidities interference and surgical risk factors; calculi formation and gallbladder functions; surgery/anesthesia; preoperative care. It is for nurses and other multi-professional team members to provide a client focused assistance that contributes to the quality and integrality of the care.

Key words: Nursing care; Preoperative Care; Cholecystectomy.

RESUMEN

Las cirugías causan dudas y miedos del procedimiento quirúrgico y de sus consecuencias y, por ello, la atención preoperatoria de enfermería es fundamental. La colecistectomía ha sido escogida para este estudio por tratarse de una de las cirugías más comunes en Brasil. Se consideraron veinte pacientes internados en el preoperatorio de la clínica quirúrgica de un hospital público de Goiania - Estado de Goias, entre junio y septiembre de 2008. Se relevaron las inquietudes de tales clientes y los datos se organizaron en seis clases: nutrición posquirúrgica y restablecimiento de las funciones orgánicas; reposo posoperatorio y retorno a las actividades diarias; interferencia de comorbidades y factores de riesgo quirúrgico; formación de cálculos y función de la vesícula biliar; cirugía/anestesia; cuidados preoperatorios. Enfermería y demás integrantes del equipo multiprofesional son los responsables de brindar servicios enfocados en las necesidades de los clientes, contribuyendo así a la calidad e integralidad de la atención.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Atención Preoperatoria; Colecistectomía.

[1] Enfermeira mestre. Professora assistente II da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG).
[2] Enfermeira graduada pela FEN/UFG.
[3] Enfermeira mestre. Professora assistente II da FEN/UFG.
[4] Acadêmica de Enfermagem na Faculdade FEN/UFG.
Endereço para correspondência – Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto: Rua 25 A nº 290 ap. 102 Setor Aeroporto. CEP: 74070-150. Goiânia-Goiás. remajau@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O cliente com a possibilidade de intervenção cirúrgica é acometido pelos medos da morte, anestesia, alterações na imagem corporal, mudanças no estilo de vida, preocupações em relação a problemas financeiros, responsabilidades familiares e compromissos profissionais, todos comprometidos pela internação. Diante disso, o contato prévio com o cliente cirúrgico representa um momento importante, uma vez que a explicação sobre os procedimentos a que será submetido diminui o medo e a insegurança.[1,2]

Esse contato pode se dar por meio da visita pré-operatória de enfermagem (VPOE), primeira etapa da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP), atividade de interação enfermeiro-cliente que possibilita a obtenção de dados para o planejamento da assistência individualizada e integral no período perioperatório (fases pré-operatória transoperatória e pós-operatória).[2,3]

Por meio de uma entrevista, o enfermeiro detecta, orienta, prepara o cliente psicoemocionalmente e ensina procedimentos preparatórios, a fim de diminuir a possibilidade de complicações e o tempo de recuperação pós-operatória. Tal entrevista deve ser informal, permitir total liberdade de questionamentos, esclarecedora, sem, no entanto, dar explicações desnessárias, a menos que o cliente não possua informações cruciais quanto ao seu restabelecimento, ou o ato anestésico-cirúrgico acarrete transformações no autocuidado, na autoimagem, bem como na sua vida social e sexual.[4,5]

O enfermeiro é o profissional mais capacitado para a atividade de ensino pré-operatório, dado seu preparo técnico-científico e a assistência contínua aos clientes. O ideal seria iniciar esse ensino no momento da decisão cirúrgica (ambulatório, unidade de saúde, consultório médico) e prosseguir nas consultas até a admissão no centro-cirúrgico (CC).[5,6]

Durante o período de internação pré-operatória, as informações prestadas são muitas vezes rápidas e pouco esclarecedoras tanto para o cliente como a família, dada a ansiedade de ambas as partes em solucionar rapidamente o problema. Além disso, essa situação é agravada pela falta de preparo das equipes em sanar as dúvidas e questionamentos dos clientes e pela supervalorização dos cuidados físicos, proporcionando uma assistência que não contempla, muitas vezes, as expectativas do "ser humano" assistido.

Na VPOE, o enfermeiro elabora suas ações de forma que o cliente alcance a aprendizagem desejada. Para isso, são necessários subsídios pedagógicos sistematizados que conduzirão à reflexão crítica e ao desenvolvimento da capacidade de tomada de decisões adequadas às necessidades e à avaliação contínua por meio da observação e percepção, quanto ao desempenho e à aquisição do conhecimento por parte do cliente.[5]

Neste estudo, utilizou-se o Método do Arco, proposto por Marguerez, como subsídio para investigar as necessidades relatadas por clientes em pré-operatório e direcionar a VPOE no real interesse sobre a cirurgia a qual seriam submetidos.

Nessa perspectiva, o objetivo com esta pesquisa foi levantar as necessidades de informação do cliente em pré-operatório.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, qualitativo, realizado na clínica cirúrgica de um hospital de ensino de Goiânia-GO, em 2008, com 20 clientes em pré-operatório de colecistectomia. O projeto obteve aprovação em Comitê de Ética (CEPMHA/HC 120/2005).

Os clientes foram entrevistados quanto às dúvidas sobre o ato anestésico cirúrgico segundo a técnica da saturação dos dados (repetição de respostas), enquanto a pesquisadora gravava em mídia digital as respostas, com a anuência prévia. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: ser maior de 18 anos, ter condições físicas e mentais para dar consentimento à pesquisa e responder à entrevista. Todos os clientes foram informados sobre a pesquisa e assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados seguiu a ordem: 1) Elaboração de material didático contendo grande variedade de informações necessárias ao pré-operatório de colecistectomia; 2) Primeiro contato com o cliente para percepção dos temores e dúvidas; 3) Levantamento, com os clientes, dos pontos-chave da entrevista; 4) Esclarecimento das dúvidas do cliente por meio da pesquisa no material elaborado.

Tal ordem foi necessária para que a sistematização da coleta de dados ocorresse conforme as fases do Método do Arco[5]: 1) *Observação da realidade*: estabelecer comunicação interpessoal com o cliente, descrever sua percepção e sentimentos sobre a doença, listar expectativas, preocupações e necessidades no pré-operatório e discutir o processo vivenciado; 2) *Ponto-chave*: estabelecer os pontos que o cliente e o enfermeiro observaram como os mais importantes e discutir suas relações e explicações; 3) *Teorização*: fornecer subsídios teórico-práticos sobre o preparo cirúrgico, relacionados às expectativas e tensões dos clientes; 4) *Hipóteses de solução*: descrever ações e formas que o cliente considera adequadas para sanar suas necessidades, listar e identificar dificuldades e facilidades no seu desenvolvimento; 5) *Aplicação da realidade*: concretização de ações viáveis e práticas do cliente para sanar suas necessidades no período perioperatório e o domínio para a tomada de decisões adequadas na fase posterior à sua hospitalização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, adulto-idosos, casados e com profissões variadas.

Quanto aos tipos de cirurgias indicadas aos clientes, a videocolecistectomia e a colecistectomia convencional obtiveram 50% cada uma.

Com base nas entrevistas, as dúvidas dos clientes foram classificadas em seis categorias de necessidades: 1) cirurgia/anestesia; 2) repouso pós-operatório e retorno às atividades diárias; 3) nutrição pós-cirúrgica e restabelecimento das funções orgânicas; 4) formação do cálculo e função da vesícula biliar; 5) interferência de comorbidades e fatores de risco cirúrgico; e 6) cuidados pré-operatórios.

A categoria "cirurgia/anestesia" foi a que apresentou maior frequência de questionamentos (26,8%). Interferência de comorbidades e fatores de risco cirúrgico e cuidados pré-operatórios apresentaram menor frequência de questionamentos (4,9% cada). Todos os questionamentos demonstraram a preocupação dos clientes quanto ao procedimento a que seriam submetidos e suas consequências na vida pessoal e profissional.

A seguir, as categorias serão apresentadas com trechos de falas dos entrevistados para exemplificá-las. Para manter o anonimato, os nomes citados são fictícios.

Cirurgia e anestesia

Com base nos relatos, percebem-se muitas dúvidas com relação à cirurgia, as técnicas cirúrgicas e o procedimento anestésico aos quais os clientes serão submetidos:

> *Como é a cirurgia?* (João)
>
> *Como é a cirurgia por vídeo?* (Ambrosia)
>
> *Como é o procedimento?* (Carla)
>
> *A anestesia é onde?* (Bento)
>
> *A anestesia é geral ou local?* (Ambrosia)
>
> *Para recuperar da anestesia é quanto tempo?* (João)

A colecistectomia consiste num dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo. No Brasil, segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2008, 17.102 procedimentos foram realizados.[7,8]

A cirurgia consiste na remoção da vesícula biliar e dos cálculos e tem por finalidade aliviar os sintomas ocasionados pelos cálculos e possibilitar uma dieta normal. Logo, é indicada para o tratamento de doenças como colecistite aguda ou crônica, colelitíase, coledocolitíase, neoplasias ou malformação de vesícula biliar. Observa-se baixo índice de mortalidade (0,1%), exceto em situações específicas: indivíduos idosos, cirróticos, em período de inflamação da litíase biliar ou nas cirurgias emergenciais.[6,7]

Duas técnicas operatórias são utilizadas: colecistectomia aberta e videolaparoscópica ou laparoscopia. Na colecistectomia aberta, a vesícula biliar é removida mediante a incisão abdominal oblíqua subcostal direita.[9] Já na colecistectomia videolaparoscópica ocorre uma pequena punção, feita na parede abdominal (cicatriz umbelical), onde é insuflado cerca de 1 litro/minuto de dióxido de carbono (CO_2) (pneumoperitônio) até atingir a pressão de (-2) a (+2) mmHg, transformando-a de cavidade abdominal virtual para real, possibilitando a visualização e manipulação dos órgãos durante o ato cirúrgico.[6,9,10]

Comparando-se ambas, a técnica videolaparoscópica supera a aberta, pois é minimamente invasiva, proporciona menor tempo de hospitalização, recuperação e retorno precoce às atividades do dia a dia, menos dor pós-operatória e morbimortalidade, além de melhor resultado estético. Além disso, o menor tempo de exposição do cliente reduz complicações relacionadas à cicatrização da ferida cirúrgica – por exemplo, a infecção.[9]

Em geral, para ambas as técnicas é empregada a anestesia geral,[3,6,10] na qual o cliente retoma a consciência em duas horas aproximadamente. Até esse retorno, é ideal que permaneça na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), embora na maioria dos hospitais ele seja encaminhado diretamente para o leito de origem, na unidade de internação cirúrgica, sendo necessária a observação contínua por esse período.

Por ser um momento complexo na vida do cliente, reforça-se a importância da realização de orientações pelo enfermeiro no período pré-operatório, com esclarecimentos sobre os problemas de saúde, os procedimentos aos quais será submetido, suas consequências, pois o conhecimento adquirido permite a redução do estresse, do medo e da ansiedade.

Repouso pós-operatório e retorno às atividades diárias

> *A gente pode andar com quantos dias de cirurgia?* (Augusta)
>
> *Como é o repouso? O que posso fazer?* (Juliana)
>
> *Posso utilizar a máquina de costura a motor?* (Zoraide)
>
> *Quando poderei voltar às minhas atividades diárias (ir à faculdade)?* (Beth)
>
> *Quando posso trabalhar?* (Idelma)
>
> *Quanto tempo vai demorar para eu voltar a arrumar a casa?* (Marta)

Como em qualquer cirurgia, o cliente submetido a colecistectomia necessita de um tempo de repouso no pós-operatório para se recuperar do trauma cirúrgico e retomar suas atividades habituais. Esse período varia de 48 horas a 6 semanas, dependendo da recuperação individual do cliente e da técnica cirúrgica utilizada.[6]

Quando o procedimento é o convencional, têm sido recomendados de 10 a 15 dias para o reinício das atividades. Já na colecistectomia videolaparoscópica, o retorno precoce das atividades diárias é possibilitado, geralmente, entre um a cinco dias e o retorno ao trabalho em uma semana.[6,11] Atividades como dirigir automóvel

devem ser reiniciadas após três ou quatro dias e carregar objetos com mais de 2,5 kg deve ser evitado depois da cirurgia, geralmente por uma semana.[6]

Cabe ao enfermeiro orientar o cliente em pré-operatório a desenvolver atividades leves de forma gradativa, como a deambulação no primeiro dia de pós-operatório, até que todas suas atividades diárias sejam retomadas por completo. Salientar que, mesmo na ausência de dor/mal-estar, atividades pesadas devem ser evitadas, pois podem desencadear complicações, como abertura da sutura e formação de hematoma por baixo da incisão com consequente possibilidade de infecção da ferida operatória.

A orientação sobre o repouso e o retorno das atividades deve ser transmitida verbalmente, durante o pré-operatório, no momento da alta hospitalar e/ou repeti-las quando o cliente solicitar. O cliente esclarecido encara o pós-operatório de forma tranquila e, estimulado, participa com o enfermeiro no planejamento de suas atividades de reabilitação,[1,11] dando ao atendimento caráter individualizado e humanizado.

Nutrição pós-operatória/restabelecimento das funções orgânicas

O que a gente come depois da cirurgia? (Augusta)

Como é a alimentação? (Bento)

Quando comerei comida normal? (Beth)

A comida tem que ser como? (Bruna)

O cliente submetido a colecistectomia deve ser orientado durante a VPOE sobre as alterações temporárias no organismo após a cirurgia e sobre os hábitos alimentares pós-operatórios. O enfermeiro deve orientá-lo quanto à pobre ingestão de lipídios e rica ingestão de carboidratos e proteínas,[1] distribuídas em cinco ou seis refeições diárias. O preparo dos alimentos deve ser preferencialmente grelhado ou cozido, evitando assá-los ou fritá-los, o que é contraindicado.[12]

O baixo teor de lipídios na dieta é atribuído à baixa disponibilidade da bile em auxiliar na digestão e absorção deles, pois, na ausência da vesícula, a bile é secretada diretamente no intestino, impossibilitando a realização de suas funções.[13]

A restrição de gorduras na dieta dependerá da tolerância do cliente quanto à sua ingestão. Geralmente, a suspensão da dieta especial inicia-se de quatro a seis semanas, gradualmente, quando os dutos biliares dilatam, formando uma "bolsa simulada" que armazena a bile igualmente a vesícula biliar. Com o restabelecimento do organismo, ao ingerir lipídios, a bile será secretada para o trato digestivo, emulsificando as gorduras e possibilitando sua digestão.[6,13]

A explicação sobre o restabelecimento integral da função do organismo após a cirurgia e a maneira como a dieta é reinserida na vida do cliente são imprescindíveis, uma vez que o objetivo do cuidado de enfermagem é evitar desconfortos e complicações no pós-operatório.

Formação do cálculo e função da vesícula biliar

A semente de fruta pode virar pedra? (Juliana)

O que forma a pedra? (Maria)

A vesícula faz falta? (João)

Qual é a função da vesícula? (Bento)

A vesícula biliar é um órgão em formato de pera, oco e sacular, localizado na superfície inferior do fígado. Sua função é armazenar e concentrar a bile (constituída por bicarbonato, bilirrubina, colesterol, lecitina, eletrólitos e água).[6]

Em condições anormais, a bile torna-se hipersaturada de colesterol ou cálcio, ocasionando sua precipitação, formando cristais sólidos que se agregam e formam os cálculos de colesterol ou de pigmentos de bilirrubina.[6,9]

Os cálculos de colesterol são os mais frequentes (80%) e originam-se exclusivamente na vesícula biliar. Contêm teores de colesterol que variam de 50% a 100%. De acordo com as proporções de carbonato de cálcio, bilirrubina e fosfatos exibem colorações do amarelo ao preto. Frequentemente são encontrados múltiplos cálculos na vesícula biliar.[6,9]

Os cálculos pigmentares correspondem a 20% do total e são classificados em negros e castanhos. Os negros, geralmente, estão associados a distúrbios do metabolismo da hemoglobina e estão presentes em grande número na vesícula, fragmentando-se ao toque. Já os cálculos castanhos estão associados à bile cronicamente infectada, sendo laminados e moles, com consistência viscosa.[6,9]

Os fatores de risco para o desenvolvimento da litíase biliar são: obesidade, tratamento com estrogênio, ressecção ou doença ileal, fibrose cística, diabetes *mellitus* e multiparidade. A prevalência dos cálculos aumenta, ainda, com a idade em ambos os sexos, predominando o feminino, como pode ser observado neste estudo.[6]

Durante a VPOE, é muito importante que o enfermeiro esclareça as dúvidas do cliente quanto à formação do cálculo e à função da vesícula, para que ele compreenda que, apesar da importância dela, o organismo se adapta à sua falta, retomando o funcionamento normal.

Interferência de comorbidades e fatores de risco cirúrgico

A pressão alta e a diabetes vai atrapalhar na cirurgia? (Amélia)

Se aumentar a pressão eu faço cirurgia? (João)

Risco cirúrgico é toda possibilidade de perigo ou dano que ocorre com um cliente, candidato à cirurgia em decorrência de diferentes fatores que possam afetá-lo no pré-operatório, no transoperatório e/ou no pós-operatório. Para a detecção precoce de problemas, a equipe deve realizar anamnese, exame físico, laboratoriais, de imagem e outros. Com base na avaliação dos fatores, tentativas para estabilizá-los devem ser realizadas.[3,6] As principais comorbidades e fatores de risco cirúrgico detectados nos sujeitos do estudo foram: tabagismo, obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*.

O tabagismo é um fator de risco cirúrgico importante, pois proporciona complicações pós-operatórias, como o risco de atelectasias, infecções pulmonares, derrame pleural, enfarte pulmonar e bronquites. Ainda influencia sobre a recuperação de clientes submetidos a determinados tipos de drogas anestésicas.[6,14]

Ao deparar com a necessidade de uma intervenção cirúrgica, o cliente tabagista deve ser instruído pelo enfermeiro, no pré-operatório, sobre a necessidade de interromper o hábito de 2 meses a 24 horas (quando não há possibilidade) antes do ato anetésico-cirúrgico, pois tal medida já contribui para a redução do potencial de efeitos adversos associados ao fumo.[6]

A obesidade é um fator que aumenta o risco e a gravidade das complicações associadas à cirurgia, sendo as mais frequentes as pulmonares e as incisionais. Os obesos têm produção aumentada de dióxido de carbono e fraqueza dos músculos respiratórios, o que aumenta o risco de hipoventilação e complicações pulmonares pós-operatórias, tais como atelectasias, pneumonias, tromboses e embolia pulmonar. Além disso, durante a cirurgia, os problemas técnicos e mecânicos aumentam, por isso o surgimento de deiscências, hérnias incisionais e infecções na ferida operatória podem ocorrer.[6,14]

No cliente cirúrgico, a hipertensão arterial é um dos agravos mais frequentes. Por isso, é necessária a elaboração de um plano de cuidados que contemple a adoção de estilo de vida saudável: controle do peso, redução do consumo de sal e padrão alimentar, realização de exercícios físicos, moderação/abandono do alcoolismo e tabagismo e uso contínuo de medicamentos, a fim de controlar a pressão arterial e reduzir o risco cardiovascular. Esse plano deve ser implementado no pré-operatório, evitando riscos de complicações cardiovasculares que incidem no intraoperatório, durante a indução anestésica e mais frequentemente nas primeiras 24 horas após o ato anestésico-cirúrgico.[15]

No período pré-operatório imediato, a equipe multiprofissional deve atentar-se para o preparo físico e emocional do cliente, observando a ingestão dos anti-hipertensivos e possíveis sinais e sintomas de alterações físicas, informando e avaliando junto com a equipe a necessidade ou não de adiamento da cirurgia apor causa da hipertensão.[3,15]

Com relação aos clientes portadores de diabetes *mellitus*, estes apresentam maior risco cirúrgico dada a facilidade de descompensação metabólica e de complicações relativas à doença: infecção pós-operatória, dificuldade de cicatrização de ferida cirúrgica, dentre outras, pois aumentam a morbimortalidade. A avaliação pré-operatória e a elaboração de um plano de cuidados pela equipe multiprofissional, focado no controle do metabolismo da glicose e da acidose metabólica, mediante a utilização de medicamentos prescritos, dieta pobre em ingestão de açúcar, gordura, sal e álcool e realização de exercícios físicos,[6] devem ser feitos, para evitar intercorrências no período de internação.

A monitorização dos níveis glicêmicos é essencial durante todos os períodos pré-operatório e pós-operatório, pois o objetivo da equipe multiprofissional é manter a glicemia do cliente em valores menores que 200 mg/dl. Já durante o intraoperatório, o controle da glicemia é realizado em cirurgias de longa duração, com intervalos a cada uma hora.[6]

Cuidados pré-operatórios

Percebe-se que alguns clientes apresentaram dúvidas quanto a estes cuidados:

> *Estou há dois dias sem fazer cocô, tem problema?* (Marta)
>
> *Eu posso fazer uma trança para ir para a cirurgia ou posso ir de cabelo amarrado?* (Jurema)
>
> *Amanhã pela manhã eu posso tomar o remédio da pressão?* (Jurema)

No pré-operatório, a assistência de enfermagem é dividida em pré-operatório mediato e imediato. O pré-operatório mediato compreende as 24 horas antes do ato anestésico cirúrgico e consiste na avaliação clínica (anamnese e exame físico), nutricional, laboratorial, exames de imagem, preparo físico e emocional e orientações de enfermagem.[3,6,16]

Essas orientações objetivam a prevenção de complicações pós-operatórias e incluem[3,6]: exercícios respiratórios de tosse e respiração profunda – ensina-se o cliente a respirar profundamente e expirar pela boca, a fazer respiração curta e a tossir. Ao tossir, ele deve ser instruído a imobilizar a incisão abdominal, entrelaçando as mãos ou usando um travesseiro, pois diminui a pressão e controla a dor; exercícios dos membros inferiores previnem a trombose venosa profunda, com movimentos de flexão e extensão das pernas no leito e movimentos circulares com cada pé (cinco séries por membro); movimentação precoce e progressiva: sentar-se no leito, levantando-se e permanecendo nessa posição por 10 minutos. Posteriormente, auxiliá-lo na deambulação, até que consiga realizá-la de maneira independente; uso de meia compressiva até a alta hospitalar.

Já o pré-operatório imediato é aquele compreendido da véspera da cirurgia até a chegada do cliente no CC. Nesse momento, é competência do enfermeiro planejar, implementar e avaliar o preparo físico e orientar o cliente

encaminhado ao CC a retirar-lhe as roupas, colocar a camisola hospitalar (aberta atrás e amarrada) e trançar os cabelos, caso sejam longos, remover os grampos e colocar um gorro do hospital.[3,16]

O jejum é exigência em grande parte das cirurgias, pois previne vômitos e aspiração do conteúdo gástrico para as vias respiratórias, variando de oito a dez horas. O esvaziamento da bexiga previne a distensão vesical. No caso de cirurgias abdominais longas, é realizada a sondagem vesical, que monitoriza o fluxo urinário e previne o trauma da bexiga. Já o esvaziamento intestinal tem por finalidade prevenir traumatismo nas alças intestinais durante a cirurgia abdominal. Para tal, podem ser usaos laxativos ou clister.[3,6,16]

A higiene corporal, capilar e oral (além da remoção de próteses) e a tricotomia ocasionam a diminuição da quantidade de microrganismos na superfície da pele, reduzindo o risco de infecção da ferida cirúrgica. A última será realizada somente se os pelos que estão sobre o local da incisão cirúrgica ou ao redor dele interferirem no procedimento cirúrgico. Na sua real necessidade, será realizada até duas horas antes da cirurgia e preferencialmente com aparelhos elétricos.[3,10,17]

A remoção de adornos está relacionada com o controle da infecção, para evitar perda e queimadura relacionada ao uso de bisturi elétrico aterrado e garroteamento do dedo por edema quando utilizados anéis. Já o esmalte e maquiagem devem ser removidos porque impedem a observação dos sinais de distúrbios na perfusão tissular.[3,10,16]

O acompanhamento dos sinais vitais no pré-operatório permite a detecção imediata das condições clínicas, a identificação de problemas e a avaliação do cliente diante das prescrições médicas e de enfermagem. No caso de ansiedade, o uso da medicação pré-anestésica pode ser necessário. Por isso, sua prescrição é discutida com o anestesista e geralmente é administrada 30 a 90 minutos antes do início da cirurgia.[3,16]

Como membro da equipe multiprofissional, o enfermeiro deve auxiliar o cliente a compreender a natureza de seu problema de saúde, estimulando-o a participar ativamente dos cuidados pré-operatórios, supervisionar sua prática, proporcionando-lhe melhores condições físicas e emocionais, minimizar a ansiedade, garantindo a integralidade e a individualidade desse cuidado.[3,16]

CONCLUSÃO

Neste estudo, foram verificadas as necessidades de informação de clientes em pré-operatório de colecistectomia, com vista a atendê-las, mediante a elaboração de protocolo para VPOE. Os sujeitos apresentaram dúvidas sobre o procedimento cirúrgico, anestésico e possíveis repercussões na vida pessoal e profissional.

O conhecimento das necessidades do cliente é fundamental para que o plano de cuidados de enfermagem seja elaborado e implementado individualmente, possibilitando uma assistência perioperatória integral.

A elaboração de estudos com foco nas necessidades do cliente em outras especialidades cirúrgicas é imprescindível, pois o conhecimento da realidade do usuário garante a integralidade e a humanização da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Tenani AC, Pinto MH. A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. Arquivo Ciência Saúde. 2006 [Cited 2007 abr. 14];14(2):81-7. Available from: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-2/IIDD225%20PDF.pdf.

2. Jorgetto GV, Noronha R, Araújo, IEM. Estudo da visita pré-operatória de enfermagem sobre a ótica dos enfermeiros do centro cirúrgico de um hospital universitário. Rev Eletrônica Enferm. 2004 [Cited 2004 mai. 14]; 6(2):213-22. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/visita.html.

3. Carvalho R, Bianchi ERF. Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. São Paulo: Manole; 2007.

4. Possari JF. Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão. São Paulo: Iátria; 2004.

5. Sonobe HM, Hayashida M, Mendes IAC, Zago MMF. O Método do Arco no Ensino Pré-Operatório de Pacientes Laringectomizados. Rev Bras Cancerol. 2001 [Cited 2001 out. 14]; 47(4):425-33. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v04/pdf/artigo7.pdf.

6. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª ed. v.01-02. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 424-37;1189-1201;1257-66.

7. Santos AF, Santos LA, Melo DO, Alves AJ. Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. Interação Psicol. 2005 [Cited 2006 jan 14]; 10(1):63-73. Available from: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/5772/4208.

8. Brasil. DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [Cited 2009 mar 01]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Available from: http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php.

9. Cordeiro EZ. Colangiopancreatografia retrógrada com papilotomia endoscópica associada à colecistectomia vídeo-laparoscópica no tratamento da colecistocoledocolitíase [monografia]. Paraná: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

10. Sociedade brasileira de enfermagem de centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material e esterilização. Práticas recomendadas. 4ª edição. São Paulo: SOBECC; 2009.

11. Mulazzani MP, Cioato MJ. Enfermagem em videocirurgia: procedimentos e prática. São Paulo: Editora Atheneu; 2006. p.76-176.

12. Ferreira FAG. Nutrição humana. 3ª ed. Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian; 2005. p. 1059-60.

13. Mahan LK, Stump SE. KRAUSE. Livro Alimentos, Nutrição & Dietoterapia. 11ª ed. São Paulo: Editora Roca; 2005. p. 724.

14. Oliveira PG, Vianna AL, Silva SP, Rodrigues FRA, Martins RLM. Influência do tabagismo, obesidade, idade e gênero na função pulmonar dos pacientes submetidos á colecistectomia videolaparoscópica. Rev Col Bras Cir. 1999 [Cited 1999 jan. 14]; 27(1):19-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/pid_0100-6991/lng_pt/nrm_iso.

15. Slullitel A. Hipertensão arterial e Anestesia. Prát Hosp. 2006 [Cited 2007 maio 14]; 51:157-60. Available from: http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2051/pdfs/mat%2024.pdf.

16. Christóforo, BEB, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizada ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. Rev Esc Enferm USP. 2009 [Cited 2008 mar. 14]; 43(1):14-22. Available from: http:// http://www.scielo.br/scielo.php.

17. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection. 1999 [Cited 1999 jan. 14]; 20(4):257-66. Available from: www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/SSI.pd.

Data de submissão: 12/5/2009
Data de aprovação: 16/6/2010

ANÁLISE DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES, 2002-2004

ANALYSIS OF MATERNAL MORTALITY IN THE MUNICIPALITY OF GOVERNADOR VALADARES, 2002-2004

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE GOVERNADOR VALADARES, 2002-2004

Yara Maria Diniz Figueiredo[1]
Deborah Carvalho Malta[2]
Edna Maria Rezende[3]

RESUMO

Neste trabalho, busca-se conhecer a mortalidade materna e a qualidade das informações contidas nas Declarações de Óbito em Governador Valadares-MG. No estudo descritivo foram utilizados dados do Sistema de Informações em Mortalidade, do Sistema de Informações de Nascidos Vivos e registros de investigação do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna de Governador Valadares, em 2002-2004. Para a compreensão dos eventos (óbitos), foi construído o percurso da linha do cuidado utilizando o fluxograma analisador. Ao se recalcular a Razão de Mortalidade Materna no município, houve aumento da RMM de 24,2 por mil nascidos vivos para 36,2 óbitos por mil nascidos vivos. Dentre as causas encontradas, 80% foram causas diretas, destacando-se os abortos. Na análise da linha do cuidado, foram detectadas falhas no pré-natal, na assistência (diagnóstico tardio, não uso da tecnologia disponível), chamando atenção a evitabilidade e o sub-registro dos eventos.

Palavras–chave: Mortalidade Materna; Fertilidade.

ABSTRACT

This work aims to study the maternal mortality and the quality of the information contained in Death Certificates issued in Governador Valadares, Minas Gerais. This descriptive study used data of the System of Information in Mortality, of the Live Births Information System, and of the information records of the Committee for the Prevention of Maternal Mortality between 2002 and 2004. In order to understand the events (deaths), the care pathway was reconstructed, using the process flow chart analysis. When recalculating the Maternal Mortality Rate in the municipal district, we detected an increase of the MMR ratio from 24, 2 deaths per 1000 (one thousand) live births, to 36, 2 deaths per 1000 (one thousand) live births. Among the causes of death, 80 percent was due to a direct cause, mainly abortions. The care pathway analysis detected flaws in antenatal and health assistance (late diagnosis, lack of use of available technology), calling attention the event's avoidability and its underreporting.

Key words: Maternal Mortality; Fertility.

RESUMEN

El presente trabajo busca conocer la mortalidad materna y la calidad de la información contenida en las Partidas de Defunción de Governador Valadares, Minas Gerais. La investigación descriptiva utilizó datos del Sistema de Información en Mortalidad, Sistema de Información de Nacidos Vivos y registros de investigación del Comité de Prevención de Mortalidad Materna de Governador Valadares entre 2002 y 2004. Para la comprensión de los eventos (muertes), se trazó la línea de cuidado utilizando el diagrama de flujo analizador. Al recalcular la Razón de Mortalidad Materna en el municipio se constató aumento de la RMM de 24,2 por 1000 nacidos vivos para 36,2 muertes por 1000 nacidos vivos. Entre las causas encontradas el 80% se debe a causas directas, destacándose los abortos. En el análisis de la línea de cuidado se detectaron errores en el prenatal, en la asistencia (diagnóstico tardío, falta de uso de tecnología disponible), llamando la atención la prevención y el subregistro de las muertes.

Palabras clave: Mortalidad Materna; Fertilidad.

[1] Enfermeira. Mestre. Professora adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)
[2] Médica. Doutora. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Coordenadora-geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis do Ministério da Saúde.
[3] Enfermeira. Doutora. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
Endereço para correspondência – Yara Maria Diniz Figueiredo: Rua Suíça nº 379 CEP 35057-670. Governador Valadares-MG. Tel: (33)32762625; 32795967. E-mail: yaraenf@univale.br.

INTRODUÇÃO

De acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), morte materna é aquela que ocorre durante a gestação ou até 42 dias após o término desta, independentemente da duração ou da localização da gravidez, decorrente de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não decorrentes de causas acidentais ou incidentais.[1]

Em 1987, a partir da *International Conference on Safe Motherhood,* em Nairobi, no Kênia, a mortalidade materna passou a ser vista como grave problema de saúde da mulher e de saúde pública nos países em desenvolvimento, estabelecendo como uma das metas a redução dessa mortalidade em 2000 em 50% do observado em 1985.[2]

Deve-se considerar que a mortalidade materna poderá causar desagregação familiar, assim como maior probabilidade de morte do recém-nascido e o comprometimento do desenvolvimento dos outros filhos, em especial os menores de 5 anos.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) estima a frequência de óbitos femininos atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. O número de nascidos vivos é adotado como uma aproximação ao total de mulheres que estiveram grávidas.[1]

Em pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, publicada em 2004, verificou-se subnotificação significativa no número de óbitos maternos (40%), sendo sugerido ajuste por meio de um fator de correção de 1,4, no cálculo da RMM.[3]

Observa-se que o conhecimento da RMM é um desafio para os serviços de saúde, para o governo e para a sociedade, uma vez que as causas maternas são as mais mal declaradas, em razão do sub-registro das declarações de óbito e do preenchimento incorreto das Declarações de Óbito (DOs), levando a um real desconhecimento da magnitude desse problema.[4]

O sub-registro decorre da omissão do registro do óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, seja pela existência de cemitérios irregulares, seja pela falta de informação da população quanto à importância da DO como instrumento de cidadania.[4]

Visando à redução do sub-registro, recomenda-se a investigação de todos os óbitos em mulheres de idade fértil para rastrear a ocorrência de óbitos maternos não identificados. Laurenti *et al*.[4] recomendam utilizar o método RAMOS, que envolve a identificação e a investigação do óbito nos prontuários hospitalares, nas unidades básicas de saúde, nas visitas domiciliares e nos relatórios de necropsia de causas de óbitos de mulheres em idade reprodutiva.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) consideram o método RAMOS como o padrão ouro para estimar mortalidade materna.[5]

O óbito materno é considerado evitável e pode ser compreendido como um "evento-sentinela",[6] constituindo-se um dos métodos para vigilância à saúde[7] que corresponde às doenças, incapacidades ou óbitos preveníveis por um sistema de saúde eficiente e considerado como um indicador da qualidade dos serviços.

O atual trabalho busca conhecer a realidade da mortalidade materna e a qualidade das informações contidas nas DOs, na faixa etária entre 10 e 49 anos no município de Governador Valadares.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram utilizados os dados do Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), das declarações de óbitos e dos registros de investigação do Comitê Municipal de Prevenção de Mortalidade Materna de Governador Valadares, em 2002-2004. As fichas utilizadas pelo Comitê são aquelas padronizadas pelo Ministério da Saúde. Adotou-se o método RAMOS na investigação do óbito materno.[4]

A investigação foi realizada pelo Comitê Municipal de Prevenção de Morte Materna de Governador Valadares (CMPMMGV) e foi conduzida pelos visitadores do Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Saúde Municipal, com vista a identificar os óbitos maternos. Foi realizado o reestudo das fichas de investigação pelos pesquisadores, bem como a discussão do seu preenchimento com os membros do comitê.

Para a completude das informações, examinaram-se, inicialmente, todos os óbitos de mulheres entre 10 e 49 anos registrados no SIM e os dados de Nascidos Vivos registrados no SINASC, utilizados para o cálculo da RMM no município. Utilizou-se o Excell para a comparação das tabelas. Visando evitar flutuação aleatória no cálculo da RMM, em razão de pequeno número de eventos, foi realizado o cálculo da razão no triênio (2002-2004), usando-se como numerador o número de óbitos nos três anos e no denominador o número de NV também dos três anos. Esse procedimento visa estabilizar as taxas, quando se tem pequeno número de eventos.

Realizou-se o cruzamento dos dados contidos no Sistema de Informação de Mortalidade da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SIM/SES), com aquele disponível na Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares (SIM/GV), com o objetivo de comparar as bases existentes, uma vez que parcela dos óbitos de mulheres residentes em Governador Valadares poderiam ter ocorrido em outros municípios.

No caso de identificação de novos óbitos no SIM/SES, ocorridos fora do município de Governador Valadares, procedeu-se à investigação pelo pesquisador principal, seguindo os mesmos procedimentos preconizados pelo Comitê Morte Materna e foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realizou-se, ainda, investigação nos arquivos da Fundação de Obras Sociais (FUSOBRAS), órgão responsável pelo gerenciamento dos cemitérios da cidade, para verificar se as declarações de óbitos conferiam com os sepultamentos ocorridos. O objetivo com esse procedimento foi verificar os sepultamentos clandestinos, ou não notificados, o que poderia alterar a base de dados oficiais.

Todos esses procedimentos tiveram por objetivo verificar se os óbitos identificados pelo Comitê Morte Materna correspondiam ao total de óbitos ocorridos.

Visando analisar o percurso da linha do cuidado, os problemas ocorridos no processo assistencial, ou "os ruídos", optou-se pela utilização do fluxograma analisador,[8-10] um diagrama que representa o modo de organizar os processos de trabalho que se vinculam entre si e em torno de certa cadeia de produção de procedimentos.[8-10]

A investigação foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo COEP, apenas para entrevistas domiciliares com os familiares daqueles óbitos identificados como ocorridos fora de Governador Valadares, registrados apenas no SIM/SES, e que, portanto, não constavam nos registros do município.

Dentre os casos que foram a óbito, 14 famílias foram localizadas e convidadas a fazer parte da pesquisa, sendo informadas sobre o objetivo e a importância do estudo e da participação delas.

Para desenvolver a entrevista, realizou-se contato por telefone com um dos membros da família dos óbitos de mulheres identificados como ocorridos fora do município. O primeiro contato com aqueles que não tinham telefone disponível foi pessoal, mediante a informação da pesquisa e convite à participação. As entrevistas individuais foram agendadas em cada residência pelo fato de os entrevistados acharem que seria mais privativo. Solicitou-se que no momento do encontro fosse reservada uma sala ou quarto com cadeiras, com isolamento sonoro e visual, evitando quaisquer tipos de exposição dos sujeitos da pesquisa. Em respeito ao luto das famílias, utilizou-se o tempo de escuta dos sentimentos e somente após o aceite do membro da família iniciou-se a entrevista com a autorização de uso de informações, com ressalvas à privacidade, à recusa, ao acesso ao pesquisador, e do Comitê de Ética e Pesquisa (CNS 196/96).

A pesquisa prevê aspectos éticos relacionados aos seres humanos, sigilo do conteúdo das informações coletadas e o anonimato dos participantes da pesquisa – a garantia da preservação da privacidade, isto é, da confidencialidade e do anonimato dos indivíduos pesquisados.

RESULTADOS

Óbitos maternos

Foram identificados no sistema de informação de mortalidade (SIM), no período avaliado, 345 óbitos de mulheres em idade fértil (entre 10 e 49 anos), em Governador Valadares, o que representou 17,6% dos óbitos femininos ocorridos no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2004. Foram quatro óbitos maternos identificados pelo Comitê de Morte Materna. Com base no cruzamento das bases de dados SINASC e do SIM, evidenciou-se um novo óbito não localizado anteriormente pelo Comitê, totalizando cinco óbitos maternos no triênio. Assim, a RMM, anteriormente de 24,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos, foi recalculada, nesta pesquisa, para 36,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos, com base no acréscimo de um óbito encontrado, o que equivale ao fator de correção de 1,25 (TAB. 1).

Foram treze óbitos identificados e relacionados ao período de gestação e distribuídos em dois grupos: o primeiro inclui os cinco óbitos que fizeram parte do cálculo da RMM e o segundo, oito óbitos que não compõem o cálculo da RMM (TAB. 2).

Compõem o primeiro grupo cinco óbitos classificados como mortes maternas obstétricas diretas e indiretas e correspondem a 1,45% do total de óbitos de mulheres em idade fértil. Dentre os óbitos maternos, 80% foram classificados como mortes maternas diretas, sendo três casos por complicações de abortamento e um caso por eclampsia e 20% como morte materna indireta, correspondendo a um caso de *status* epiléptico grave.

TABELA 1 – Razão de mortalidade materna e suas causas antes e após a investigação. Governador Valadares – 2002-2004

Morte materna obstétrica	Investigação			
	Antes		Após	
	N*	RMM**	N*	RMM**
Obstétrica direta	03		04	
Obstétrica indireta	01		01	
Total	**04**	**24,2**	**05**	**36,2**

Fonte: Dados retirados das DO e formulários utilizados na investigação, SIM e SINASC.
* N-Número de observações analisadas
**RMM – Razão de mortalidade materna (óbitos maternos/ nascidos vivos * 1000)

TABELA 2 – Causas de mortes relacionadas à gravidez não contabilizadas na razão de mortalidade materna. Governador Valadares – 2002-2004

Causas	Até 42 dias		Após 42 dias pós-parto	
	N	%	N	%
Causas de morte materna tardia				
Miocardiopatia periparto			03	37,5
Lúpus			01	12,5
Subtotal			04	50,0
Morte materna não obstétrica				
Causa externa				
Homicídio	02	25,0		
Suicídio	01	12,5		
Linfoma ulcerado	01	12,5		
Subtotal	04	50,0		

Fonte: Dados retirados das DO e formulários utilizados na investigação e do SIM

N – Número de observações analisadas

O segundo grupo, que não entra no cálculo da RMM, é composto de causas obstétricas diretas ou indiretas ocorridas num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez, CID O96.[11] Nesse grupo, foram incluídos quatro óbitos maternos tardios (50,0%), sendo três casos de miocardiopatia periparto e um de lúpus, além dos óbitos não relacionados à gravidez e sua condução, também chamados de morte materna não obstétrica ou acidentais, que foram dois homicídios, um sugestivo de suicídio (37,5%) e um óbito por linfoma ulcerado (12,5%) (TAB. 2). Na investigação desses óbitos, observou-se que os homicídios foram cometidos pelos parceiros dessas mulheres e o suicídio, em decorrência de possível depressão pós-parto.

Dos cinco óbitos maternos, quatro ocorreram na faixa etária de 20 a 29 anos (80%), e um na faixa de 30 a 49 anos (20%). Os óbitos se concentraram no único hospital público da cidade. Dos quatro óbitos maternos diretos, três foram por aborto, sendo dois infectados (40%) e um hemorrágico (20%); o outro foi por doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) (20%). O óbito materno indireto foi decorrente de doença preexistente agravada pela gravidez (20%).

Para a análise dos cinco óbitos maternos ocorridos no município, bem como a característica da assistência prestada foram utilizadas as informações contidas nos prontuários hospitalares das unidades de atenção básica a saúde (UBS, PACS e PSF), e nas fichas de investigação hospitalar e domiciliar.

Óbitos maternos e linha do cuidado

Todos os casos foram analisados remontando a linha do cuidado assistencial percorrida pela gestante, ou seja, coletando registros nos prontuários e cartões de gestante, as descrições dos fatos, desde o pré-natal até o desfecho óbito. Buscou-se, dessa forma, compreender as falhas ocorridas durante o pré-natal, parto e puerpério, que resultaram no óbito [8-10]. Empregou-se o fluxograma analisador[8], identificando os ruídos, ou falhas ocorridas.

A seguir, visando à exemplificação dos casos, descrevem-se os óbitos investigados que compõe a RMM, e um óbito materno por causa externa, que não entra no cálculo da RMM. São ainda ilustrados dois casos contendo o correspondente fluxograma analisador para a compreensão da análise da linha do cuidado realizada. Um deles compõe o cálculo de RMM e o outro não (FIG. 1 e 2).

Análise dos óbitos que compõem a RMM

Caso nº 1 – 2002 – Óbito materno direto, declarado, hospitalar

MJSS, 28a, solteira, parda, 1º grau incompleto de escolaridade, comerciária, procedente Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. Não tem relato de doença anterior à gravidez. G3 P2 A1 deixou um filho de 10 anos e outro com 6 anos. Segundo relato da família e investigação em prontuários, constatou-se a inexistência de registros na Unidade Básica de Saúde das consultas médicas no pré-natal. A paciente procurou um hospital particular credenciado pelo SUS no dia 12/6/2002 com queixa de cefaleia e dores generalizadas pelo corpo. Foi atendida e medicada com anti-inflamatório e liberada pelo clínico plantonista. Não existe referência de gravidez ou aborto. A família informou que no dia 15/6/2002 a paciente foi atendida em outro hospital privado (não conveniado ao SUS) e também liberada. Durante a investigação, não foi encontrado registro dessa paciente, tampouco de

evolução nesse hospital. No dia 16 de junho de 2002, a paciente foi internada em hospital público e apresentava pequeno sangramento, icterícia e febre. Foi avaliada pelo ginecologista, que realizou curetagem uterina com retirada de restos ovulares compatíveis com abortamento infectado. Foi mantida no mesmo hospital, aos cuidados de um médico clínico geral, tendo o seu quadro evoluído para óbito após três dias de internação (FIG. 1).

Foram observados dados incompletos nos prontuários. No registro na DO constava *Septicemia e aborto séptico.*

A morte foi classificada como evitável tanto pelo Manual do Comitê de Morte Materna do Ministério da Saúde[11] quanto pela Lista de Causas Evitáveis do Ministério da Saúde.[6]

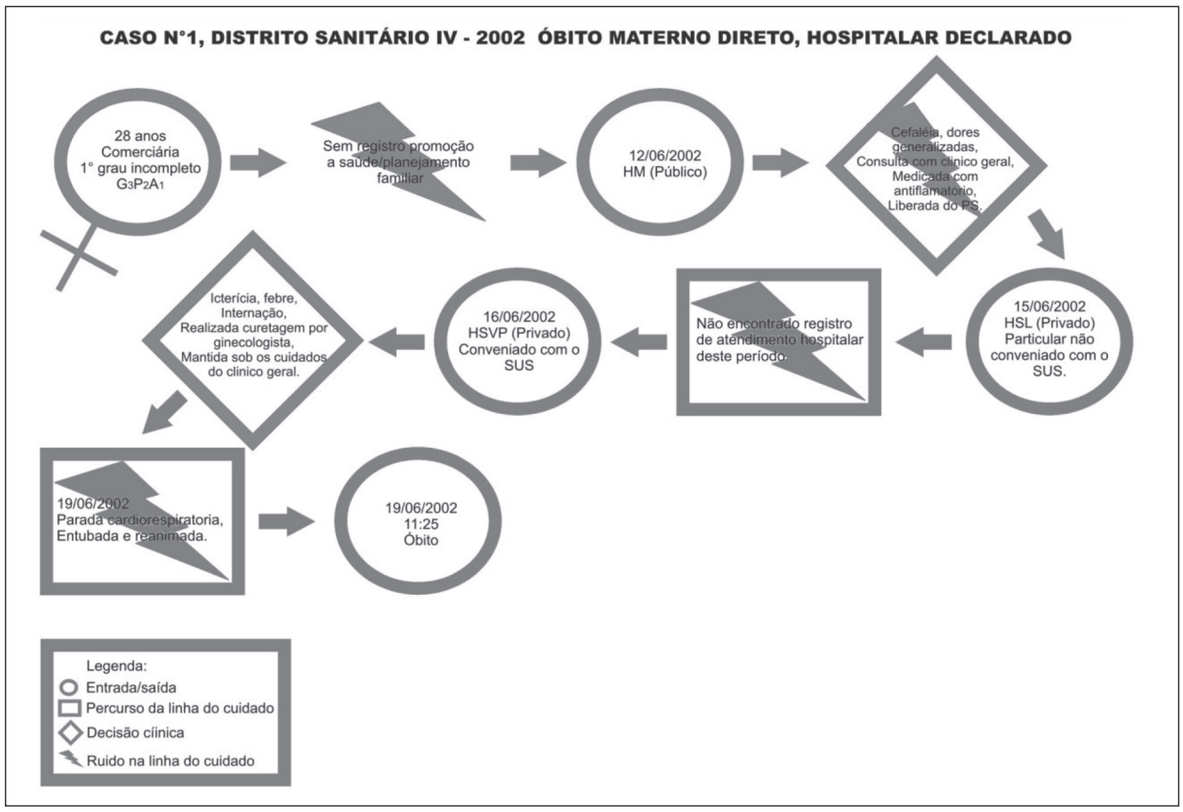


FIGURA 1 – Óbito materno direto, declarado. Governador Valadares – 2002

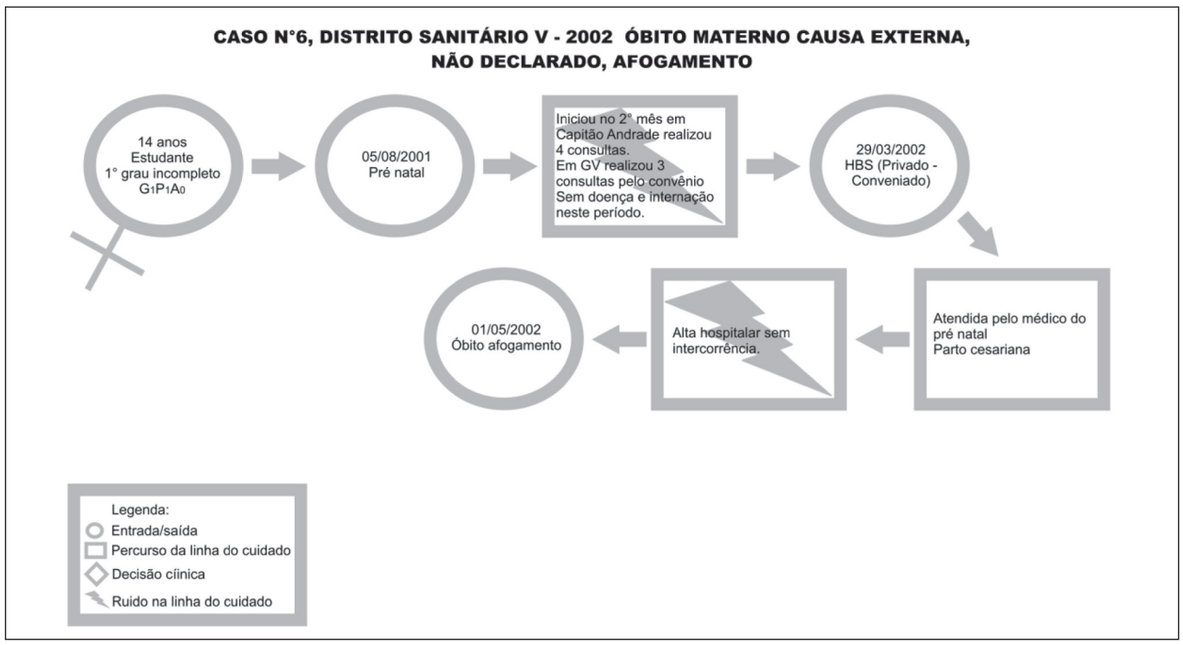


FIGURA 2 – Óbito materno não obstétrico. Governador Valadares – 2002

Caso nº 2 – 2003 – Óbito materno indireto, hospitalar, não declarado

EMS, 27a, solteira, vivia com o companheiro havia quatro anos, parda, G3 P0 A2, 1º grau incompleto, do lar, procedente do Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. História de epilepsia desde os 7 anos de idade, fazia acompanhamento com neurologista na policlínica e uso regular de medicamento. Nas informações da Unidade Básica de Saúde (PSF) consta que a paciente esteve grávida e abortou após queda, "anterior ao ano 2002". Em 2002, há o registro de nova gravidez confirmada por exame laboratorial cuja gestação terminou em aborto. Em 2003, novo registro de amenorreia e encaminhamento, em novembro de 2003, para seguimento de gestação de alto risco, porém não existem outros registros. Durante a pesquisa, um membro da família relatou que a partir da terceira gravidez a paciente interrompeu os medicamentos neurológicos por conta própria. Foi internada no dia 12/11/2003 em pronto-socorro público com crises frequentes de convulsão, não sendo avaliada pelo neurologista até a tarde do dia 13/11/2003. A família solicitou e foi realizada transferência para outro hospital conveniado com o SUS, que não possui UTI. Assistida pelo neurologista em 14/11/2003, foi medicada, porém continuou apresentando convulsão e febre. Avaliada pela ginecologia, foi indicada a necessidade da UTI, mas não chegou a ser transferida, e foi a óbito no dia 15/11/2003, constatado pelo plantonista.

No registro na DO constava: Insuficiência respiratória aguda, *status* epiléptico severo e na parte II, epilepsia. A morte foi classificada como provavelmente evitável tanto pelo Manual do Comitê de Morte Materna do Ministério da Saúde,[11] quanto pela Lista de Causas Evitáveis do Ministério da Saúde.[6] O óbito decorreu da interrupção da medicação antiepilética, falhas dos profissionais, demora na avaliação e retomada do tratamento neurológico no hospital, transferência para outro hospital sem CTI, a pedido da família, baixa qualidade da atenção pré-natal, com registros inadequados, baixa vinculação dos profissionais da atenção básica, que não alertaram sobre riscos de gravidezes sucessivas, seguidas de abortamento e da necessidade de manutenção da medicação neurológica.

Caso nº 3 – 2004 – Óbito materno direto, hospitalar, declarado

MMS, 38a, casada, branca, G1 P0 A1, 1º grau incompleto, costureira, procedente do Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. Não tinha filhos, tampouco relato de gravidez anterior. Fazia uso de medicação para tratamento de hipotireoidismo. Atendida no HM, no dia 18/10/2004 com história de atraso menstrual de dois meses e teste de gravidez positivo. Relato verbal da família de duas consultas na unidade básica de saúde com ginecologista, ausência de cartão de pré-natal e sem registro na Unidade. Foi avaliada pelo ginecologista do plantão, que solicitou ultrassom obstétrico, sem registros das orientações fornecidas. O resultado do exame solicitado informou espessamento endometrial e restos ovulares. Segundo relato da família, a paciente recebeu alta médica e foi para casa da mãe em área rural próxima a cidade de Governador Valadares. No dia 25/10/2004, apresentou sangramento e, por falta de transporte, só conseguiu chegar a Governador Valadares no período da tarde. Retornou ao mesmo hospital apresentando quadro de choque hipovolêmico, com distensão abdominal. Internada em estado grave, chocada, PA inaudível, pele e mucosa descorada, útero amolecido, canal cervical entreaberto. Não atendida na urgência, foi encaminhada para a sala de parto, onde foi realizado outro ultrassom, que evidenciou endométrio acentuadamente espessado e restos ovulares. Pouncionada veia, a paciente teve uma parada cardiorrespiratória antes do procedimento de curetagem.

No registro na DO constava: "A – Choque hipovolêmico; B – Aborto incompleto". A morte foi classificada como evitável tanto pelo Manual do Comitê de Morte Materna do Ministério da Saúde[11] quanto pela Lista de Causas Evitáveis do Ministério da Saúde[6], destacando que o óbito ocorreu por falhas profissionais, uma vez que, mesmo diante do resultado do ultrassom, após abortamento, foi liberada, sem informação adequada de riscos. Após uma semana de abortamento, ocorreu choque hipovolêmico e houve demora e precariedade no atendimento do pronto-socorro, resultando no óbito. Além disso, o pré-natal, na atenção básica, mostrou falta de vínculo com profissionais da atenção básica de saúde, ausência de registros e de qualidade do atendimento.

Caso nº 4 – 2004 – Óbito materno direto mascarado, hospitalar, não declarado

MPM, 25a, casada, parda, G6 P5 A1, 1º grau incompleto, auxiliar de cozinha, não vivia com o companheiro, procedente do Distrito Sanitário II, usuária do SUS. A família informou que a paciente não fez pré-natal porque não queria a gravidez. O aborto foi provocado por "curiosa". Procurou o hospital em 11/6/2004 com queixa de febre, dor na barriga, dificuldade para urinar, náuseas e sangramento vaginal. Foi consultada e medicada pelo ginecologista, que, segundo a família, informou à paciente que o bebê estava vivo. A paciente ocultou a tentativa de abortamento da família e "do médico". Após nove dias, em 20/6/2004 internou-se no hospital do SUS com gestação de cerca de três meses, hipótese de infecção urinária e ameaça de aborto, tendo sido diagnosticado aborto infectado em 23/6/2004, sendo realizada curetagem. Em 25/6/2004 foi realizada nova curetagem para revisão da cavidade e iniciada a antibioticoterapia em 27/6/2004. Em 29/6/2004, a paciente piorou o quadro e o ultrassom apresentou massa pélvica. Foram realizados os exames de laparotomia exploradora, histerectomia abdominal total, anexectomia direita, abcesso tubo-ovariano e trombose de vasos ovarianos à direita. No dia 30/6/2004, foi admitida na UTI com quadro de septicemia, tromboflebite pélvica séptica e SARA, e colocada no respirador. No dia 11/7/2004, realizou-se

laparotomia de revisão com lavagem da cavidade e retirada de fibrina. No dia 30/7/2004, nova laparotomia por suspeita de coleção intra-abdominal, mas a paciente teve uma parada cardiorrespiratória na mesa cirúrgica e foi a óbito.

No registro na DO constava: "A – Choque Séptico; B – Peritonite C – Piometrite. Óbito mascarado, aborto infectado". A morte foi classificada como evitável tanto pelo Manual do Comitê de Morte Materna do Ministério da Saúde[1] quanto pela Lista de Causas Evitáveis do Ministério da Saúde[6], destacando-se o óbito ocorrido em decorrência de falhas na assistência. Principal fator/problema que possivelmente contribuiu para o óbito: aborto provocado por "curiosa" e realizado em condições inseguras. Houve falha na primeira busca de assistência em 11/6/2004, uma vez que não foi diagnosticada a tentativa de abortamento. Após nove dias, novo atendimento, que não resultou em conduta adequada. O antibiótico foi introduzido tardiamente, evoluindo para aborto complicado 12 dias após o primeiro atendimento. Seguiram-se complicações (abscesso, trombose, sepse), e o quadro tornou-se irreversível.

Caso nº 5 – 2004 – Óbito materno direto, hospitalar, declarado

Este caso não foi incluído no cálculo do Comitê de Prevenção de Morte Materna em Governador Valadares, sendo identificado posteriormente, nesta pesquisa. SSS, 28a, solteira, parda, G2 P2 A0, 1º grau incompleto, do lar, procedente do Distrito Sanitário IV, usuária do SUS. Vivia com o companheiro e tinha uma criança de 8 anos. Fez controle ambulatorial de câncer de mama, diagnosticado em 2001, e realizou mastectomia conservadora. Em 2002, foram realizadas quimioterapia e radioterapia. Iniciou o pré-natal tardio, no quinto mês de gravidez, e em 24/8/2004 foi encaminhada ao hospital por apresentar hipertensão arterial sistêmica, edema leve, ganho de peso excessivo nas últimas duas consultas: 16/7/2004 e 17/8/2004. Foi realizado parto vaginal às 3h25 do dia 25/8/2004, com alta no dia 26/8/2004, sem registro da evolução no hospital, da condição de alta e da orientação fornecida à puérpera. No dia 31/8/2004, sétimo dia após o parto, foi admitida no PSM, onde foi medicada e mantida em oxigenação por três horas, sendo transferida para a UTI com quadro grave, edema agudo de pulmão (EAP), dispneia acentuada, febre, taquicardia, hipotensão. Evoluiu no mesmo dia para insuficiência respiratória aguda, foi colocada em ventilação mecânica, com o uso de drogas vasoativas e antibioticoterapia. O quadro voluiu para insuficiência hepática e renal e foi a óbito em 4/9/2004.

No registro na DO constava: "A – Septicemia; B – Broncopneumonia". A morte foi classificada como evitável tanto pelo Manual do Comitê de Morte Materna do Ministério da Saúde[11] quanto pela Lista de Causas Evitáveis do Ministério da Saúde[6], destacando-se o óbito ocorrido em decorrência de falhas nas atitudes dos profissionais que atenderam e não perceberam a necessidade da paciente. O pré-natal foi iniciado tardiamente (5º mês) em paciente com história anterior de câncer de mama. A gestação evoluiu com hipertensão e edema sem registros no Centro de Saúde. Alta após 24 horas do parto. As anotações relativas às orientações no prontuário são inexistentes, o que dificultou a análise do acompanhamento do caso. Retornou no 7º dia após o parto com edema agudo de pulmão, que evoluiu para óbito.

Caso nº 6 – 2002 – Óbito por causa externa, que não compõe para o cálculo da RMM – Óbito materno, não declarado

GSB, 14 anos, solteira, branca, 1º grau incompleto de escolaridade, estudante, não vivia com o companheiro, procedente do Distrito Sanitário V. Não tem relato de doença anterior à gravidez. G1 P1 A0. Não tinha doença anterior à gravidez. Iniciou o pré-natal no segundo mês de gestação, fazendo, ao todo, sete consultas. Não desenvolveu problemas clínicos durante a gravidez, tampouco foi internada. Parto cesariana, deu à luz a recém-nascido vivo no dia 29 de março de 2002. Alta hospitalar sem intercorrência. A família informou que a filha foi tomar banho no rio Doce, contra a vontade da mãe, e só foi encontrada morta no dia 1º de abril de 2002, três dias após a saída da sua casa.

Registro na DO do Instituto Médico-Legal: "Asfixia por afogamento, óbito não declarado, não analisado pela CMPMM". Principal fator/problema que possivelmente contribuiu para o óbito: a hipótese é de óbito por suicídio, em decorrência de quadro depressivo pós-parto. Sugere-se falta de vínculo com serviço de saúde desde a primeira consulta em GV, bem como a não percepção da fragilidade da paciente pelos profissionais da atenção básica.

DISCUSSÃO

A realização de estudos sobre morte materna é de grande relevância, uma vez que demonstra a qualidade da assistência prestada à saúde da mulher, a existência de sub-registro dos óbitos, possibilitando conhecer a gravidade e a real magnitude desse problema de saúde pública.

No Brasil algumas investigações têm sido realizadas com o objetivo de conhecer e/ou corrigir os dados oficiais sobre morte materna, buscando, por um lado, identificar os entraves que dificultam estimar de forma fidedigna a mortalidade materna.[3,12-14]

É necessário estimular o aprimoramento do sistema de informação em mortalidade, incluindo o melhor preenchimento da declaração médica da causa de morte, já que esse é um dos fatores que impedem o conhecimento do problema da morte materna no Brasil.[4]

A mortalidade materna não aparece entre as principais causas de morte, tendo, em valores absolutos, pequeno destaque, porém, considerando-se que a maioria dos óbitos maternos são evitáveis,[6,7] torna-se indiscutível a relevância de estudos que possam conhecer a realidade e os recursos preventivos.

Segundo a definição da OMS, é considerada morte materna apenas o óbito em mulher ocorrido durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, sendo incluídas apenas as causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, excluindo-se as causas acidentais ou incidentais; ou seja, as causas externas não são contabilizadas. Ao se adotar essa definição dos treze óbitos encontrados e analisados na pesquisa, somente cinco foram incluídos no cálculo de RMM no município, no entanto as oito mortes não incluídas no cálculo da RMM chamam a atenção sobre o critério restritivo da RMM. A adoção do ponto de corte de 42 dias, na atualidade, não leva em consideração os avanços tecnológicos e as novas intervenções em saúde, que podem alongar a vida, e problemas decorrentes do parto e do puerpério que podem resultar em morte tardia, após os 42 dias. No estudo atual, alguns dos casos se situam nessa condição, que se deveram, claramente, a problemas ocorridos durante o parto, sendo que, pelo acesso às tecnologias e aos tratamentos instituídos, os óbitos ocorreram após os 42 dias e não foram contabilizados como óbitos maternos.

Além disso, é complexo analisar o tema das causas externas, uma vez que, pelo critério adotado pela OMS,[1] tais causas não são contabilizadas no cálculo da RMM, sendo tratadas como acidentais ou não intencionais. Entretanto, no transcurso da gravidez, podem surgir eventos decorrentes ou motivados pela gravidez, como crimes passionais, suicídios relacionados à depressão pós-parto ou outras intercorrências relacionadas à gravidez.

No atual trabalho, os dois homicídios foram cometidos por parceiros das vítimas e, também, o caso investigado de uma jovem de 14 anos, com suicídio provável em decorrência de depressão pós-parto ou das mudanças geradas na sua vida em razão do nascimento da criança, este último apresentado no fluxograma analisador. Esse caso síntese demonstra como a gravidez precoce pode desestruturar a vida de uma adolescente e como se torna importante a análise das causas externas no contexto da gestação, mesmo não sendo estas componentes da RMM. O fato de estar grávida e de ter tido parto recente pode ter contribuído para o evento final – morte da paciente.

Essas ocorrências chamam a atenção para a necessidade de se aprofundar o debate sobre os critérios adotados no cálculo da RMM. O limite dos 42 dias na classificação da morte materna deve ser repensado em razão das transformações na assistência, sugerindo-se buscar ampla compreensão da rede causal que resultou nos óbitos por causa externa e como ela se articula ao evento gravidez. Esses casos ilustram a necessidade de abrir o debate sobre o tema, visando revisar tais conceitos.

É notável que as pesquisas e bibliografias que tematizam a mortalidade materna centrem foco nas mortes maternas por causas diretas e indiretas, ficando evidente a maior incidência de mortes por causa direta em regiões menos desenvolvidas, e, assim, a relação entre a porcentagem de óbitos maternos e a falta de cobertura e qualidade da assistência obstétrica prestada.[4]

Quanto às causas, em estudos realizados[4] registra-se a existência de 93% de mortes maternas por causas diretas e apenas 7% obstétricas indiretas, e ainda, nas regiões Sudeste e Sul, verificaram-se as maiores proporções por causas obstétricas indiretas em relação às demais regiões – respectivamente 10,3% e 10,9%. No atual estudo, também houve o predomínio dos óbitos maternos diretos.

Em estudos realizados registram-se as doenças hipertensivas como o principal grupo entre as mortes maternas diretas, ocupando 23,6% das mortes registradas, seguindo a sepse (8,1%), problemas hemorrágicos durante o parto (8,0%), contabilizando as complicações relacionadas ao aborto em 7,4% do total de mortes maternas, número certamente subestimado, uma vez que é ilegal no País.[14]

Em outras pesquisas, afirma-se que a interrupção da gravidez realizada em condições técnicas impróprias favorece o aparecimento de graves infecções e, ainda, que há estreita relação entre a prática do aborto e o nível socioeconômico das mulheres, uma vez que, não tendo assistência adequada nos programas de planejamento familiar ou condições de recorrer a serviços de melhor qualidade, ficam sujeitas aos fatores de risco de mortalidade.[13] O aborto clandestino realizado, na maioria das vezes, por mulheres mais pobres transcorre em precárias condições, sendo realizado por curiosos, resultando em falta de assistência.

No estudo atual, destaca-se a elevada proporção de óbitos por aborto (60%), sendo dois infectados e um hemorrágico.

Poucas publicações se detêm na análise da evitabilidade dos óbitos, entretanto, algumas inferências puderam ser construídas com base em dados encontrados nesta pesquisa.

Dos cinco óbitos de GV investigados, quatro podem ser considerados evitáveis e um provavelmente evitável, no entanto, a evitabilidade depende da qualidade de assistência prestada, bem como da comunicação eficaz entre os diversos serviços e profissionais dos diversos setores da saúde.

A análise da linha do cuidado revelou-se instrumento sensível na investigação do óbito, pois possibilitou a identificação dos fluxos e das falhas (ruídos) ocorridos durante o percurso assistencial. Por meio desse tipo de análise todos os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde podem ser mapeados, permitindo avaliar as tecnologias utilizadas na assistência ao beneficiário (tipo, fluxos, mecanismos de regulação, negação de acesso, utilização dos recursos das clínicas especializadas, vigilância à saúde e ruídos produzidos). O esperado é um "caminhar" sem obstáculos, seguro e tranquilo na rede de serviços, pois isso garantiria a qualidade da assistência.[9,10]

A análise dos óbitos por meio do fluxograma revelou a desatenção e a repetição de atos que evidenciam a falta de vínculo e de compromisso dos profissionais com o usuário. Essas falhas são repetidas: ausência de registros nos prontuários, diagnósticos graves não comunicados à paciente, atuação centrada na queixa-conduta, dentre

outras. Chama a atenção no estudo, ainda, o acesso aos serviços de saúde, entretanto há que se observar a baixa qualidade da assistência prestada, sem registro em prontuário, uso de sintomáticos, diagnóstico e intervenções tardias, o que contribui para o óbito.

Pôde-se observar em todos os casos analisados a existência de falhas nos registros das pacientes que são curtos e ilegíveis e também inexistentes desde a atenção básica até a atenção terciária. A ausência de registro em Unidade Básica de Saúde que pudesse compor a história e a evolução da paciente, bem como a falta relato de alerta no prontuário que possibilitassem identificar situações de gravidade/risco, reflete a qualidade de assistência que é oferecida aos usuários. Acrescente-se, ainda, a inexistência de registro no prontuário que informasse sobre a participação delas nos grupos de promoção à saúde.

Registre-se, ainda, a não captação precoce das pacientes, o que sugere a não vinculação com profissional de saúde da rede básica. Dos óbitos maternos analisados, observou-se que na atenção secundária os registros são curtos, breves e ilegíveis, e não existem registros no prontuário, o que não permite certificar se a paciente havia sido orientada sobre os sinais de alerta ou agravamento do quadro, ou da necessidade de referenciá-la para algum centro de maior recurso.

Em relação à atenção terciária certificou-se que as consultas são mediante queixa-conduta; ausência de escuta e registro hospitalar nas primeiras buscas de assistência médica; não identificação da real necessidade da paciente; demora de assistência com especialista; ausência/demora de assistência no pronto-socorro; e demora da decisão terapêutica com ausência de registro hospitalar de seguimento da história das pacientes. Além disso, recursos tecnológicos, como UTI, nem sempre são acessados, retardando a possibilidade de terapêutica adequada.

O fluxograma analisador constituiu, assim, potente instrumento para a gestão, possibilitando a identificação/visualização dos ruídos (falhas assistenciais) e facilitando para as equipes de saúde e gestores a tradução dos problemas ocorridos**.** Propõe-se o uso rotineiro desse instrumento pela Comissão de Morte Materna nos municípios, uma vez que possibilitará sua comunicação tanto com as equipes que prestam atendimento quanto com os gestores.[8-10]

Como limite do estudo, destaque-se o reduzido número de casos, o que levou à necessidade de ampliar o número de anos estudados, e, seguindo recomendação do Ministério da Saúde,[15] para estimativas de pequenas áreas, utilizar calcular a RMM para o triênio, visando estabilizar as estimativas e reduzir a flutuação aleatória de pequenos números.

Vale destacar que, mesmo sendo um pequeno número de eventos, o monitoramento e a vigilância da morte materna são de grande relevância, dada sua grande repercussão em termos de sofrimento às famílias, riscos aos recém-nascidos, além de serem óbito plenamente evitável,[6,7] na maioria dos eventos.

O estudo se aplica ao município de Governador Valadares e não pretende ser replicável em outras realidades, mas os achados se tornam válidos para outros municípios de médio e pequeno portes, em razão de buscar maior investimento na informação, capacitar os Comitês de Morte Materna para a correta identificação dos casos e sensibilização dos profissionais de saúde quanto ao registro da morte materna.

Destacque-se, ainda, que a precária realidade da assistência prestada e as falhas decorrentes, que resultaram nessas mortes, não são exclusivas desses municípios, constituindo, inclusive, uma meta dos Objetivos do Milênio a redução da mortalidade materna[16], sendo pactuada pelo Brasil e a maioria dos países em desenvolvimento.

Este trabalho permitiu refletir sobre a evitabilidade do óbito materno e trouxe à luz esses casos e descasos com o objetivo de levantar a discussão e o reposicionamento dos técnicos de saúde, gestores e usuários, visando ao planejamento adequado e ao compromisso com os atos de saúde e com a vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O indicador de mortalidade materna reflete as condições da assistência prestada à saúde da mulher durante o pré-natal e o parto, além de aspectos biológicos da reprodução humana e de doenças associadas ao período gravídico-puerperal.

A análise dos óbitos por meio do fluxograma revelou, ainda, a desatenção e a repetição de atos que evidenciam a falta de vínculo e de compromisso dos profissionais com o usuário. Estas falhas são repetidas: ausência de registros nos prontuários; diagnósticos graves não comunicados à paciente; atuação centrada na queixa conduta, dentre outros. Chama a atenção no estudo, ainda, o acesso aos serviços de saúde, entretanto há que se observar a baixa qualidade da assistência prestada, sem registro em prontuário, uso de sintomáticos, diagnóstico e intervenções tardias, o que contribui para o óbito.

O conhecimento da razão da mortalidade materna é um desafio para os serviços de saúde, para o governo e para sociedade. A investigação sobre a realidade desse indicador e das causas decorrentes poderá constituir importante meio para a produção de conhecimentos, de ações educativas e intervenções para a qualificação da assistência prestada, facilitando o alcance das metas do milênio.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação Internacional de Doenças-CID-10. 4ª ed. vol 2. São Paulo: EDUSP; 1998. p.138.

2. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Mortes Maternas no Brasil: análise do preenchimento da variável da declaração de óbito. Inf Epidemiol SUS. 2000a; 9(1):43-50.

3. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativas de um fator de ajuste. Rev Bras Epidemiol. 2004; 7: 449-60.

4. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. Cad Saúde Pública. 2000b; 16(1):23-30.

5. United Nations Children's Fund (UNICEF) and United Nations of Population Fund (FNUAP). Maternal Mortality in 1995. Genebra: World Health Organization; 2001.

6. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais Neto OL, Moura L, et al. Lista de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde. Informe Epidemiológico do SUS; 2007.

7. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the Quality of Medical Care: a clinical method. New Engl J Med. 1976; 294:582-8.

8. Merhy EE, Chakkour M .Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In Merhy EE, Onoko R. Agir em Saúde, um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997.

9. Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 – 1996 [tese]. Campinas: UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas; 2001.

10. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Jorge AO, Franco TB, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9:433-44.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Manual de Mortalidade Materna. Brasília: MS; 2002.

12. Jorge MHPM, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento I – mortes por causas naturais. Rev Bras Epidemiol. 2002; 5(2):197-211.

13. Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Pereira BG, Júnior RP, Amaral E. Analise da mortalidade evitável de mulheres em idade reprodutiva. Rev Bras Ginecol Obstetr. 2000; 22: 579-84.

14. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: tendes, regional patterns and possible interventions. São Paulo Med J. 2001; 119(1):33-42.

15. Brasil. 12007. Saúde Brasil, 2007 – Uma análise da Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Ministério da Saúde; 2007. [Citado 2009 dez. 09]. Disponível em www.saúde.gov.br/svs/publicacoes

16. Brasil. Instituto Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos e Metas do Milênio. [Citado 2009 dez. 09]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/005/00502001.jsp?ttCD_CHAVE=123.

Data de submissão: 15/7/2009
Data de aprovação: 26/5/2010

DEFICIÊNCIA DE VITAMINA A EM CRIANÇAS RESIDENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

VITAMIN A DEFICIENCY IN CHILDREN LIVING IN THE METROPOLITAN REGION OF BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

DEFICIENCIA DE VITAMINA A EN NIÑOS DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

Ana Laura Antunes Barros[1]
Anne Danieli Nascimento Soares[1]
Milene Cristine Pessoa[2]
Romero Alves Teixeira[3]
Mark Anthony Beinner[4]

RESUMO

Este é um estudo descritivo com o objetivo de avaliar a prevalência de deficiência de Vitamina A em crianças de 6 a 24 meses, residentes nos municípios de Vespasiano e Santa Luzia, Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG. Foram realizadas medidas antropométricas e dosagem de retinol plasmático, por HPLC, em 173 crianças de ambos os sexos. Aplicou-se aos responsáveis pela criança um questionário que contemplava questões biológicas, socioeconômicas e demográficas, a fim de investigar a relação entre as variáveis de interesse e os níveis de retinol. O nível médio de retinol plasmático encontrado foi de 1,0 µmol/L (DP=0,4). Níveis inadequados de retinol (< 0,7 µmol/L) foram observados em 17,7% das crianças avaliadas. Não foram constatadas associações entre nenhuma das variáveis analisadas e os níveis de retinol plasmático. Concluiu-se que a prevalência de hipovitaminose A representa um problema moderado de saúde pública na população estudada. Evidencia-se, assim, a necessidade do desenvolvimento de programas de educação nutricional para o incentivo ao consumo de alimentos fontes de vitamina A e prevenção do problema em longo prazo nesta população.

Palavras-chave: Deficiência de Vitamina A; Prevalência; Criança.

ABSTRACT

This descriptive study had as its objective the evaluation of the frequency of vitamin A deficiency in children aged from 6 to 24 months, residents in the municipalities of Vespasiano and Santa Luzia, located in the Belo Horizonte metropolitan region, state of Minas Gerais, Brazil. Anthropometry and plasma retinol levels were quantified in 173 children of both genders, and a questionnaire was applied to mothers or guardians in order to measure biological, social economic and demographic indicators so as to investigate the relationship between the variables of interest and the retinol levels. Average level of plasma retinol was 1, 0 µmol/L (SD = 0, 4 µmol/L). An inadequate level of plasma retinol (< 0, 7 µmol/L) was observed in 17.7% (31) of the tested children. There was no association between the questionnaire variables and plasma retinol levels. We conclude that the prevalence of hypo vitamin A represents a moderate public health problem in the population under study. It was evident that the development of programs on nutrition education is necessary to stimulate the consumption of food rich in vitamin A to prevent its deficiency in the long run.

Key words: Vitamin A deficiency; Prevalence; Child.

RESUMEN

El objeto del presente estudio descriptivo ha sido de evaluar la prevalencia de la deficiencia de vitamina A en niños de 6 a 24 meses de edad, residentes de los municipios de Santa Luzia y Vespasiano, en la región metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Se valoraron la antropometría y los niveles de retinol plasmático en 173 niños de ambos sexos. También se aplicó un cuestionario a los responsables de los niños referente a asuntos biológicos, sociales, económicos y demográficos con miras a investigar la relación entre las variables de interés y los niveles de retinol. El promedio de retinol plasmático fue de 1,0 µmol /L (SD = 0,4 µmol/L). Se observó que el nivel de retinol era inadecuado (< 0,7 µmol/L) en 17,7% (31) de los niños evaluados. No hubo asociación entre las variables del cuestionario y los niveles plasmáticos de retinol. Se concluye que la prevalencia de hipovitaminosis A constituye un problema de salud pública moderada en la población en estudio. Es evidente que habría que desarrollar programas de educación nutricional para estimular el consumo de alimentos fuente de vitamina A y para prevenir el problema a largo plazo en dicha población.

Palabras clave: Deficiencia de Vitamina A; Prevalencia; Niño.

[1] Acadêmica de Nutrição pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
[2] Nutricionista. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
[3] Professor assistente do Departamento de Nutrição da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal dos Vales de Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).
[4] Professor adjunto do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Endereço para correspondência – Mark Anthony Beinner: Rua Professor Raimundo Nonato, 279/302, Horto, 31010-520, Belo Horizonte – MG, Brasil. E-mail: mark@enf.ufmg.br.

INTRODUÇÃO

A vitamina A é um nutriente essencial à saúde, sendo requerida em pequena quantidade em vários processos biológicos. Possui papel importante no funcionamento da visão, do crescimento e do desenvolvimento fetal, do sistema de defesa, da integridade do epitélio celular, da reprodução, da regulação da proliferação e da diferenciação celular.[1] A deficiência da vitamina A (DVA), definida como uma concentração de retinol sérico <0,70 µmol por grama,[2] causa alterações fisiológicas importantes, que podem ser subclínicas, como os distúrbios da diferenciação celular, depressão da resposta imune e redução da mobilização de ferro, ou clínicas, caracterizadas pelo aumento da morbimortalidade por doenças infecciosas, atraso no crescimento, anemia e xeroftalmia.[3]

Dentre os grupos mais atingidos pela DVA estão os lactentes e pré-escolares[2], porém sua ocorrência pode se prolongar para a idade escolar e a fase adulta.[4]

A DVA está presente em mais de 100 países, em sua forma clínica e subclínica.[1] Estima-se que, em todo mundo, 127 milhões de crianças em idade pré-escolar sofram de DVA e 4,4 milhões tenham xeroftalmia.[5] Segundo a Iniciativa Micronutriente[6] e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF),[7] a deficiência da vitamina compromete o sistema imune de aproximadamente 40% das crianças com idade inferior a cinco anos em países em desenvolvimento, contribuindo para a morte de cerca de um milhão de crianças a cada ano, ocasionada por doenças comuns na infância, como o sarampo e a diarreia.[8] Quanto ao crescimento e ao desenvolvimento da criança, os trabalhos realizados até o momento são contraditórios e não permitem estabelecer relação entre o estado nutricional e os níveis séricos de vitamina A.[9-11]

A carência de vitamina A é considerada um problema de saúde pública no Brasil, sendo o País classificado como área de carência subclínica grave.[12] Os critérios para a caracterização da DVA como problema de saúde pública, estabelecidos pela OMS, são: prevalência de 20% da população, ou mais, com valores de retinol sérico inferiores a 0,7 µmol/L constitui problema de saúde pública grave; entre 10% e 19% é considerado problema moderado; abaixo de 10%, problema leve.[1] Diversos estudos nacionais avaliaram a situação da hipovitaminose A nas regiões Sudeste,[13-17] Norte,[18] Nordeste[19-22] e Centro-Oeste do Brasil,[23] sendo a deficiência encontrada em cidades grandes, pequenas e na zona rural, em diferentes proporções, entretanto sem relatos de ocorrência de lesões oculares.[24,15]

Os impactos sociais da hipovitaminose A ainda são pouco conhecidos em nosso país, uma vez que os trabalhos realizados até o momento são insuficientes e retratam realidades de regiões específicas[25]. Em Minas Gerais, apenas o estudo de Santos *et al*.,[17] realizado com um grupo de escolares da zona rural, entre 6 a 14 anos, foi encontrado nos últimos dez anos.

Assim, o objetivo com esta pesquisa foi avaliar a prevalência de DVA e identificar os fatores a ela relacionados, em crianças entre 6 e 24 meses, residentes nos municípios de Vespasiano e Santa Luzia, Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais.

METODOLOGIA

Este trabalho fez parte de um estudo maior realizado em 2007, nos municípios de Vespasiano (99.557 habitantes[26]) e Santa Luzia (227.438 habitantes[26]), situados na Região Metropolitana de Belo Horizonte, MG. Segundo o levantamento do UNICEF,[7] os Índices de Desenvolvimento Infantil (IDI) para Vespasiano e Santa Luzia eram 0,553 e 0,585, respectivamente, considerados índices médios (0,50 - 0,80).

Para a realização do estudo, 20% das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) dos municípios (cinco UBSs em cada) foram aleatoriamente selecionadas. As crianças elegíveis foram identificadas pela data de nascimento com base em registros existentes nas UBSs. Para ser incluída no estudo, a criança precisava ter entre 6 e 24 meses de idade no momento do recrutamento. Foram excluídos do estudo os indivíduos não cadastrados nas UBSs e aqueles que apresentaram quadro de diarreia aguda por mais de três dias segundo o relato dos pais e um quadro febril no momento da avaliação.

A coleta de sangue foi realizada por técnicos treinados, consistindo de amostras de 3 ml obtidas por punção venosa periférica. As amostras foram mantidas ao abrigo de luz e em seguida processadas na UBS, sendo o soro centrifugado, aliquotado e armazenado em caixas térmicas com gelo, transportadas em prazo máximo de 2 horas até o laboratório de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde as amostras foram congeladas a -80ºC. Os níveis de retinol sérico foram posteriormente determinados por meio de Cromatografia Líquida de Alta Eficiência (CLAE), no laboratório do Departamento de Química da UFMG, utilizando a metodologia proposta por Turley e Brewster.[27] Foi utilizado um cromatógrafo marca SHIMATZU LC 10, calibrado para um comprimento de onda em 320 nm, equipado com uma coluna Hewlett Packard ODS Hypersil, C_{18} de fase reversa, com diâmetro de 3 µm e comprimento de 60 x 4,6 mm, protegida por pré-coluna 9295 NI. Utilizou-se uma fase móvel com 93% de metanol e 7% H_2O. Curvas de calibração diárias foram elaboradas para o cálculo da concentração do retinol no soro.

Alíquotas de soro para dosagem de PCR foram congeladas em tubos Eppendorf (1,0 mL) a uma temperatura de -80ºC. A PCR foi determinada por um método imunométrico em fase sólida quimioluminescente usando o analisador Immulite 2000 (DPC, Los Angeles, CA). Foram excluídas da análise todas as crianças que apresentaram níveis de PCR maiores ou iguais a 10 µg/L, um indicador de processos inflamatórios de natureza infecciosa.

O peso e o comprimento das crianças foram mensurados por antropometristas treinados de acordo com as recomendações da OMS.[28] O peso foi obtido usando

uma balança digital a bateria, com capacidade de até 50 kg e precisão de 0,01 g (SOEHNLE, Alemanha). O comprimento foi obtido usando um antropômetro horizontal (Alturaexata, Brasil). O estado nutricional foi estabelecido com base nos índices peso/altura (P/A), altura/idade (A/I) e índice de massa corporal por idade (IMC/I), classificados segundo *z*-escore de acordo com os padrões da OMS.[29] Crianças avaliadas como desnutridas (<2 desvios-padrão do *z*-escore da OMS) foram encaminhadas ao programa de orientação e suplementação nutricional do município.

Um questionário contendo variáveis biológicas, socioeconômicas e demográficas foi respondido pelas mães ou responsáveis pelas crianças. A idade e peso ao nascer das crianças foram obtidos por meio de consulta à *Caderneta de Saúde da Criança*, do Ministério da Saúde.

O tempo de duração da amamentação foi informado pelas mães, sendo considerada em aleitamento materno a criança que recebia o leite materno exclusivamente ou o complementado com alimentos. O término da amamentação foi considerado quando houve a exclusão total do leite materno.

Após a coleta das informações, foi criado um banco de dados utilizando-se o *software* Epi Info (6.04). Os dados foram duplamente digitados para análise de consistência e crítica, e posteriormente analisados utilizando-se o *software* SPSS 15.0.

Para a análise das variáveis abordadas no estudo, a amostra foi estratificada em dois grupos: deficiente (níveis de retinol sérico < 0,7 µmol/L) e não deficientes (níveis de retinol sérico > 0,7 µmol/L). Os dados antropométricos foram analisados utilizando-se o WHO Anthro 5. O teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher foram utilizados para comparar diferenças nas frequências das variáveis categóricas, e o teste t-*Student* foi utilizado para comparar as médias das variáveis contínuas entre os dois grupos.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o Parecer ETIC nº 0238-06.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram recrutadas para o estudo 196 crianças, de ambos os sexos, com idade entre 6 e 24 meses. Dessas, 7 (4%) foram excluídas do estudo por não serem cadastradas nas UBSs; 2 (1%), por terem apresentado quadro de diarreia aguda por mais de três dias segundo o relato dos pais; e 10 crianças (5%) tiveram níveis de PCR > 10 mg/dL. Houve, ainda, perda de quatro crianças (2%), uma vez que os responsáveis não autorizaram que elas participassem do estudo.

Foram avaliadas 173 crianças, das quais 66 (37,7%) eram meninas e 109 (62,3%) meninos, com idade média de 13,8 ± 4,8 meses. O nível médio de retinol sérico das crianças avaliadas foi 1,0 µmol/L (DP=0,4). Níveis inadequados de retinol foram observados em 17,7% das crianças avaliadas; 2,3% possuíam DVA; 15,4% apresentavam níveis baixos; 37,7% possuíam níveis aceitáveis e 44,6% apresentavam níveis normais (TAB. 1). A prevalência de DVA encontrada é caracterizada como problema moderado de saúde pública.[1]

TABELA 1 – Distribuição de frequência dos níveis de retinol sérico segundo categorias

Categorias	N (%)
Deficiente (<0,35 µmol/L)	4 (2,3)
Baixo (0,35 - 0,69 µmol/L)	27 (15,4)
Aceitável (0,70 - 1,04 µmol/L)	65 (37,7)
Normal (>1,05 µmol/L)	77 (44,6)

Não foi observada significância entre as variáveis biológicas analisadas e a presença da carência vitamínica (TAB. 2). Não houve diferenças significativas entre os grupos referentes aos valores de retinol sérico e a idade das crianças (p=0,57), o sexo (p=0,08), a prematuridade (p=0,23), peso ao nascer (p=0,44), ou amamentação (p=0,79) (TAB. 2).

Os resultados da avaliação antropométrica também não mostraram diferenças significativas entre os índices P/I (p=0,52), A/I (p=0,43) e IMC/I (p=0,78) e as concentrações de retinol sérico (TAB. 3). Observou-se que 9,7% (n=17) das crianças apresentaram déficit de estatura de acordo com a idade e 4,6% (n=8) possuíam baixo peso para idade. A maior parte das crianças com déficit de peso e altura (87, 5% e 76,5%, respectivamente) encontrava-se no grupo sem a DVA (TAB. 3), embora não tenha sido observada diferença estatisticamente significante entre as proporções.

As médias de idade entre as crianças com DVA (14,2 meses) e sem DVA (13,8 meses) são semelhantes. Além disso, observaram-se frequências de DVA próximas nas duas faixas etárias analisadas (< 12 meses, 15,7% e > 12 meses, 19,0%). As análises realizadas neste estudo não encontraram significância entre prematuridade e hipovitaminose A. Os resultados também revelaram distribuição homogênea de DVA entre meninos e meninas (TAB. 2)

Quanto ao aleitamento materno, as médias do tempo de amamentação das crianças do grupo DVA (9,0 meses) e sem DVA (9,1 meses) foram semelhantes (TAB. 2).

Em relação aos fatores socioeconômicos analisados, como escolaridade materna (p=0,29), presença de água encanada (p=0,67), rede de esgoto (p=0,57), renda familiar (p=0,52) e inscrição no Programa Bolsa-Família (p=0,88), não foram encontradas diferenças entre nenhum deles e o estado de retinol sérico das crianças (TAB. 4). Na análise das variáveis demográficas, que incluiu número de irmãos menores de 5 anos e número de pessoas que dormem na mesma cama, também não se observou relação significativa com a deficiência da vitamina A (TAB. 4).

TABELA 2 – Distribuição das variáveis biológicas nas crianças com deficiência e sem deficiência de vitamina A[1]

Variáveis	Deficiente		Não deficiente		Valor p*
	n	%	n	%	
Idade (meses)					
< 12	11	15,7	59	84,3	0,57
≥ 12	20	19,0	85	81,0	
Sexo					
Masculino	15	13,8	94	86,2	0,08
Feminino	16	24,2	50	75,8	
Prematuridade					
Sim	17	73,9	6	16,1	0,23
Não	23	16,0	121	84,0	
Peso ao nascer (g)					
< 2500	5	23,8	16	76,2	0,44
>2500	26	16,9	128	83,1	
Aleitamento materno (meses)					
<6	10	18,9	43	81,1	0,79
>6	21	17,2	101	82,8	
Hospitalização último ano					
Sim	5	23,8	16	76,2	0,39
Não	24	16,2	124	83,8	

[1]N = 175.

*Teste t de Student ou qui-quadrado de Pearson

TABELA 3 – Distribuição das crianças segundo índices antropométricos e classificação da concentração de retinol sérico[1]

Características	Deficiente		Não deficiente		Valor p*
	n	%	n	%	
Peso/Idade					
< -2 z-escore	1	12,5	7	87,5	0,52
> -2 z-escore	33	19,8	134	80,2	
Altura/Idade					
< -2 z-escore	4	23,5	13	76,5	0,43
> -2 z-escore	30	19,0	128	81,0	
IMC/Idade					
< -2 z-escore	0	0	1	100	0,78**
> - 2 z-escore	34	24,3	140	75,7	

[1]N = 175.

*Qui-quadrado de Pearson

** Teste exato de Fisher

TABELA 4 – Distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas nas crianças com deficiência e sem deficiência de vitamina A, Santa Luzia e Vespasiano – 2008

Variáveis	Deficiente		Não deficiente		Valor p*
	N	%	n	%	
Escolaridade da mãe					
< 8 anos	15	16,1	78	83,9	0, 29
≥ 8 anos	17	22,7	58	77,3	
Irmãos < 5 anos					
≥ 1	14	14,0	86	86,0	0,05
0	19	26,4	53	73,6	
Mãe trabalha					
Sim	3	7,9	35	92,1	0,045
Não	30	22,4	104	77,6	
Situação conjugal					
Com cônjuge	25	48,2	89	78,1	0,20
Sem cônjuge	8	50,0	50	86,2	
Água encanada					
Sim	31	18,9	133	81,1	0, 67**
Não	2	25,0	6	75,0	
Rede coletora					
Rede de esgoto	22	20,8	84	79,2	0,57
Fossa ou céu aberto	11	17,2	53	82,8	
Pessoas/cama					
≤ 2	24	19,1	102	80,9	0,95
> 2	8	18,6	35	81,4	
Renda familiar (SM)					
< 1	11	22,5	38	87,5	0,52
≥ 1	21	18,1	95	81,9	
Bolsa-Família					
Sim	9	18,4	40	81,6	0,89
Não	23	19,3	96	80,7	

*Qui-quadrado de Pearson
** Teste exato de Fisher
SM – Salário mínimo

Outros trabalhos realizados na região Sudeste identificaram a carência de vitamina A como problema grave de saúde pública.[1] Na zona rural de Minas Gerais, a DVA foi encontrada em 29% das crianças em idade escolar (n = 241) avaliadas.[17] Já em Ribeirão Preto, em uma investigação conduzida em crianças entre 6 e 24 meses (n = 103), observou-se média de retinol sérico de 1,00 µmol/L, sendo a prevalência de DVA identificada em 21,4% das crianças.[15]

Estudos na região Nordeste, com crianças pré-escolares, encontraram diferentes níveis de prevalência, variando de 7% a 32,1%.[21,22,30,31] Quando o estudo foi realizado em

creches públicas, uma menor parcela da população apresentou níveis deficientes de vitamina A. Tal fato pode ser atribuído à assistência à saúde e à alimentação que as crianças institucionalizadas recebem, repercutindo em melhor estado nutricional e nível de retinol sérico.[30,31]

Os achados deste estudo são semelhantes aos de outros estudos brasileiros quanto à ausência de diferença entre faixa etária menor e ≥ 12 meses e os níveis séricos de retinol.[15,21,30,31] As informações observadas na literatura sobre a relação entre idade e hipovitaminose A ainda são contraditórias. Paiva *et al*.[22] encontraram diferença significativa entre a idade e os níveis de retinol sérico, bem como observaram que houve diminuição da prevalência de DVA com o aumento da idade. Martins *et al*.[21] encontraram maior proporção de DVA entre as crianças mais novas (entre 6 e 24 meses). Ferraz *et al*.[15] notaram que a maior proporção de crianças com deficiência possuía 24 meses de idade e a maior média de níveis séricos de retinol estava entre as crianças de 12 meses, porém, sem significância estatística.

Os estudos mais atuais não têm demonstrado diferenças entre o sexo e os níveis de retinol sérico,[15,21,22,30-32] assim como neste estudo, cujo resultado revelou distribuição homogênea de DVA.

Apesar de neste estudo não se ter encontrado significância entre prematuridade e hipovitaminose A, recomenda-se especial atenção a recém-nascidos prematuros, pela tendência de estes apresentarem menor reserva de retinol hepático ao nascimento.[33]

A concentração de vitamina A no leite materno é suficiente para suprir as necessidades diárias,[2] portanto, a duração do aleitamento materno é identificada como um dos fatores determinantes da DVA. Ferraz *et al*.[15] observaram que a média de duração da amamentação entre as crianças sem a deficiência era maior. Entretanto, nesta pesquisa, as médias do tempo de amamentação das crianças do dois grupos foram semelhantes.

De acordo com este estudo, em trabalhos recentes tem-se encontrado baixa ou nenhuma prevalência de déficits ponderais e estaturais entre as crianças avaliadas,[15,30] o que reflete o período de transição nutricional vivido na atualidade. Além disso, as associações entre o desenvolvimento infantil e os níveis de retinol não demonstraram significância estatística nesses estudos. Entretanto, os dados sobre a relação entre estado nutricional e níveis de retinol sérico são inconclusivos. Em estudo em pré-escolares do Nordeste[21] foram encontrados déficits no estado nutricional quando avaliados segundo P/I (10%) e A/I (11,5%). Entre as crianças com déficits de P/I, 49,2% apresentavam DVA ($p<0,05$). O mesmo não foi encontrado quando se considerou as crianças com déficit de A/I e a DVA.

O nível de escolaridade das mães foi semelhante entre os grupos de crianças com e sem a DVA. Martins *et al*.[21] observaram que o estado nutricional da vitamina A melhorava quando o nível de escolaridade da mãe era maior, porém sem significância estatística. Em outros estudos também não foi encontrada nenhuma associação entre o nível educacional dos pais e os níveis de retinol.[15,22,31] Assim como neste trabalho, Ferraz *et al*.[15] não observaram diferença significativa entre os grupos com e sem a deficiência em relação ao número de pessoas que moram na casa.

Os dados da literatura sobre a relação entre a renda e os níveis séricos de retinol são divergentes. Paiva[22] observou melhora dos níveis de retinol sérico com o aumento da renda. Martins *et al.*[21] encontraram associação entre a renda *per capita* e os níveis séricos de vitamina A. Eles observaram alta prevalência de deficiência de retinol entre as crianças classificadas no grupo de baixa renda, (inferior a 0,5 do salário mínimo). No entanto, em alguns trabalhos não se encontrou diferença significativa entre categorias de renda e os níveis de retinol sérico, assim como neste trabalho.[15,31]

As variáveis biológicas, sociais e demográficas aqui analisadas parecem não ter relação na determinação da carência de vitamina A, reforçando a hipótese de que a ingestão inadequada de alimentos fontes de vitamina A seja o principal fator etiológico da deficiência. O estudo realizado em creches de Teresina, no Piauí, relatou oferta inadequada de alimentos ricos em vitamina A e índices de adequação não atingindo 50% do recomendado; além disso, observou-se baixo consumo de alimentos com alto ou moderado teores de vitamina A e alto consumo de alimentos com baixo teor dessa vitamina. Acrescente-se que no estudo de corte transversal desenvolvido por Fernandes[30] avaliou-se o consumo alimentar de crianças menores de 5 anos e verificou-se que as crianças na faixa etária entre 12 e 48 meses mostraram menor consumo de alimentos com fonte de vitamina A em relação às crianças das demais faixas etárias ($p<0,05$).

A DVA é um dos problemas carenciais mais difíceis de combater em países em desenvolvimento, por isso várias estratégias de combate a essa carência têm sido empregadas pelos governos a fim de erradicar o problema. O governo federal brasileiro instituiu em 2005, por meio da Portaria nº 729, de 13/5/2005, o *Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A*, definindo as atribuições dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. O objetivo com o programa é prevenir e controlar a deficiência por meio da distribuição de megadoses de vitamina A entre crianças entre 6 e 59 meses e puérperas no pós-parto imediato. As crianças são identificadas e assistidas nas UBSs por equipes responsáveis pela administração das megadoses.[34]

Os municípios envolvidos neste estudo não aderiram a nenhum dos programas de suplementação de megadoses de vitamina A nos últimos quatro anos, por isso nenhuma das crianças participantes do estudo recebeu suplementação do nutriente. Tal fato poderia justificar, em parte, o nível de DVA encontrado entre as crianças residentes nos municípios, considerado problema de saúde pública e distante da meta de erradicar a deficiência da vitamina até 2000, assumida por dirigentes internacionais na Cúpula Mundial da Infância, em 1990, e na Conferência Internacional de Nutrição, em 1992.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo estão de acordo com a hipótese de que as variáveis biológicas, socioeconômicas e demográficas não são determinantes da ocorrência da hipovitaminose A. Entretanto a literatura a respeito dos fatores que favorecem esse evento é controversa, sendo necessária a realização de mais estudos para a confirmação desses achados e para a investigação de novas variáveis.

Os baixos níveis séricos de vitamina A (< 0,7 µmol/L) encontrados em 17,7% das crianças avaliadas representam um problema moderado de saúde pública. Evidencia-se, assim, a necessidade de desenvolvimento de programas de educação nutricional a fim de incentivar o consumo de alimentos fontes de vitamina A e prevenir o problema em longo prazo na população estudada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO), Micronutrient Deficiency Information System (MDIS). The Global Prevalence of Vitamin A Deficiency. Geneva: WHO; 1995.

2. World Health Organization (WHO). Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes. Geneva: WHO; 1996.

3. Sommer A, Davidson RF. Assessment and control of vitamin A deficiency: the annecy accords. J Nutr. 2002; 132(9 Suppl):2845-50.

4. World Health Organization, Working Group. An evaluation of infant growth: the use and interpretation of antropometry in infants. Bull. 1995; 73(2):165-74.

5. West KP. Extent of vitamin A deficiency among preschool children and women of reproductive age. J Nutr. 2002; 132(11): 2857–66.

6. Micronutrient Initiative. Ottawa: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Ottawa. Vitamin and mineral deficiency: a global progress report; [aproximadamente 43 telas]. [Cited 2008 oct 29]. Available: http://www.micronutrient.org/CMFiles/PubLib/VMd-GPR-English1KWW-3242008-4681.pdf.

7. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação da Infância Brasileira 2001. Brasília (DF): B&C Revisão de Textos; 2001.

8. Sommer A. Vitamin A deficiency and its consequences: a field guide to their detection and control. 3ª ed. Geneva: World Health Organization; 1995.

9. West KP, Leclerq SC, Shrestha SR, Wu LSF, Pradhan EK, Khatry SK, et al. Effects of vitamin A on growth of vitamin A deficient children: field studies in Nepal. J Nutr. 1997; 127(10):1957-65.

10. Humprey JH, Agoestina T, Juliana A, Septiana S, Widjaja H, Cerreto HW, et al. Neonatal vitamin A supplementation: effect on development and growth at 3 y of age. Am J Clin Nutr. 1998; 68(1):109-17.

11. Hadi H, Stolzfus RJ, Dibley MJ, Moulton LH, West KP, Kjolhede CL, et al. Vitamin A supplementation selectively improves the linear growth of Indonesian preschool children: results from a randomized controlled trial. Am J Clin Nutr. 2000; 71(2):507-13.

12. Mclaren D, Frigg M. Manual de ver y vivir sobre los transtornos por deficiencia de vitamina A (VADD). Washington, D.C: OPAS/OMS; 1999.

13. Roncada MJ, Wilson D, Okani ET, Aminos S. Prevalência de hipovitaminose A em pré-escolares de município da área metropolitana de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública. 1984; 18(3):218-24.

14. Gonçalves-Carvalho CMR, Amaya-Farfan J, Wilke BC, Vencovsky R. Prevalência de hipovitaminose A em crianças da periferia do município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 1995; 11(1):85-96.

15. Ferraz IS, Daneluzzi JC, Vannuchi H. Vitamin A deficiency in children aged 6 to 24 months in São Paulo State, Brazil. Nutr Res. 2000; 20(6): 757-68.

16. Ramalho RA, Anjos LA, Flores H. Valores séricos de vitamina A e teste terapêutico em pré-escolares atendidos em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro, Brasil. Rev Nutr PUCCAMP. 2001;14(1):5-12.

17. Santos MA, Rezende EG, Lamournier JA, Galvão MAM, Bonomo E, Leite RC, et al . Hipovitaminose A em escolares da zona rural de Minas Gerais. Rev Nutr PUCCAMP. 2005; 18(3):331-9.

18. Marinho HA. Prevalência da deficiência de vitamina A em pré-escolares de três capitais da amazônia ocidental brasileira [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo; 2000.

19. Prado MS, Assis AMO, Martins MC, Nazaré MPA, Rezende IFB, Conceição MEP. Hipovitaminose A em crianças de áreas rurais do semiárido baiano. Rev Saúde Pública. 1995; 29(4):295-300.

20. Santos LMP, Assis AMO, Martins MC, Araújo MPN, Morris SS, Barreto ML. Situação nutricional e alimentar de pré-escolares no semi-árido da Bahia (Brasil): II – hipovitaminose A. Rev Saúde Pública. 1996; 30(1):67-74.

21. Martins MC, Santos LMP, Assis AMO. Prevalece of hypovitaminosis A among preschool children from northeastern Brazil, 1998. Rev Saúde Pública. 2004; 38(4):1-6.

22. Paiva AA, Rondó PHC, Gonçalves-Carvalho CMR, Illison VK, Pereira JA, Vaz-de-Lima LRA, et al. Prevalência de deficiência de vitamina A e fatores associados em pré-escolares de Teresina, Piauí, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(9):1979-87.

23. Graebner IT, Saito CH, Souza EMT. Avaliação bioquímica de vitamina A em escolares de uma comunidade rural. J Pediatr. (Rio J.) 2007; 83(3): 247-52.

24. Alencar FH, Castro JS, Yuyama LKO, Marinho HA, Nagahama D. Diagnóstico da realidade nutricional no estado do Amazonas, Brasil. I – Hipovitaminose A. Acta Amaz. 2002; 32(4):613-23.

25. Souza WA, Vilas Boas OMGC. A deficiência de vitamina A no Brasil: um panorama. Rev Panam Salud Publica. 2002; 12(3):173-9.

26. Estimativas da população para 1º de julho de 2008. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). [Citado 24 nov. 2008]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2008/POP2008_DOU.pdf.

27. Turley CP, Brewster MA. Vitamina A. In: Pesce AJ, Kaplan LA. Química Clínica: métodos. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 1990. p. 563 – 602.

28. Jelliffe DB. Evaluación del estado de nutrición de la comunidad (con especial referencia a las encuestas en las regiones en desarrollo). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1968.

29. World Health Organization (WHO). Child Growth Standards. Geneva: WHO, 2006.

30. Fernandes TFS, Diniz AS, Cabral PC, Oliveira RS, Lola MMF, Silva SSM, et al. Hipovitaminose A em pré-escolares de creches públicas do Recife: indicadores bioquímico e dietético Rev Nutr PUCCAMP. 2005; 18(4):471-80.

31. Pereira JA. Concentrações de retinol e de beta-caroteno séricos e perfil nutricional de crianças em Teresina, Piauí, Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(2): 287-96.

32. Ramalho RA, Anjos LA, Flores H. Hipovitaminose A em recém-nascidos em duas maternidades públicas no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 1998; 14(4):821-7.

33. Underwood BA. Maternal vitamin A status and its importance in infancy and early chilhood. Am J Clin Nutr. 1994; 59(2 Suppl):517-24.,

34. Brasil. Ministério da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Data de submissão: 13/09/2009
Data de aprovação: 30/03/2010

TRANSPOSIÇÃO DE FUNÇÃO NA ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

TRANSPOSITION OF FUNCTION IN NURSING: NURSE'S PERCEPTION OF A UNIVERSITY HOSPITAL

TRANSPOSICIÓN DE FUNCIÓN EN ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Marta Motter Magri[1]
Genival Fernandes Freitas[2]

RESUMO
O objeto deste estudo encontra-se inserido no bojo das atividades de auxiliares e técnicos de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP), com base na percepção de enfermeiras chefes e da Educação Continuada da instituição sobre as expectativas desses sujeitos tendo em vista a transposição de função na equipe de enfermagem. A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (LEPE), Lei nº 7.498/86, estabelece as competências do auxiliar e do técnico de enfermagem, e é com base nela que analisamos as atividades desempenhadas pelas duas categorias. Conhecer e compreender as expectativas, projetos e anseios das enfermeiras do mencionado hospital diante da transposição de função constituem o objetivo deste estudo. Foram realizadas entrevistas, as quais foram submetidas ao processo de análise de conteúdo proposto por Bardin. Encontramos três categorias na análise dos discursos que se referem a mudanças na atitude do profissional, nos conhecimentos técnico-científicos e no trabalho em equipe. Destacamos que a pessoa pode se referir positivamente ou negativamente a qualquer uma dessas categorias e que um mesmo sujeito pode fazer referência às três categorias. Na discussão, colocamos as possíveis causas para esses fatos e comparamos com a literatura sobre o assunto.
Palavras-chave: Enfermagem; Legislação; Competência Profissional.

ABSTRACT
The object of this study is inserted in the context of the activities of auxiliary and technical nurses at the University Hospital of the University of São Paulo (HU / USP). It is centered in the perceptions of nurses and heads of that institution's Continuing Education Department on their expectations about staff role changing. The Nurse Practice Acts (NPAs), No. 7498/86 establishes the legal scope of auxiliary and technical nurses. Based on this we analyze the activities performed by the two categories. The aim of this study is to know and to understand the nurses' expectations, desires and projects in respect to role changing. Interviews were conducted and submitted to the process of content analysis proposed by Bardin. We found three categories in the analysis of discourses, which refer to changes in the professional's attitude in technical-scientific knowledge and teamwork. We stress that the person can relate positively or negatively to any of these categories and the same subject can refer to all three categories. Along the study we discussed the possible causes for these facts and compared them with the literature on the subject.
Key words: Nursing; Legislation; Professional Competence.

RESUMEN
El objeto de este estudio se inserta en el centro de las actividades de los auxiliares y técnicos de enfermería del Hospital Escuela de la Universidad de São Paulo (HU-USP). Se basa en la percepción de las enfermeras jefes y de Educación Continua de la institución acerca de las expectativas de los sujetos considerando el cambio de función del personal de enfermería. La Ley de Práctica Profesional de Enfermería (LEPE) N º 7498/86 establece las competencias de los auxiliares y técnicos de enfermería y, en base a dicha ley, se analizan las actividades realizadas por las dos categorías. El objetivo de este estudio es conocer y comprender las expectativas, deseos y proyectos de las enfermeras en el hospital citado frente al cambio de función. Se realizaron entrevistas que se presentaron al proceso de análisis de contenido propuesto por Bardin. En el análisis de los discursos encontramos tres categorías, que se refieren a los cambios en la actitud de los profesionales, en conocimientos técnico-científicos y en el trabajo en equipo. Subrayamos que la persona pueda referirse positivamente o negativamente a cualquiera de estas categorías y que el mismo sujeto puede referirse a las tres categorías. Discutimos las posibles causas de tales hechos y los compararamos a la literatura sobre este asunto.
Palavras clave: Enfermería; Legislación; Competencia Profesional.

[1] Graduada em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Rua Guido Caloi, nº 55, Brooklin. São Paulo-SP. E-mail: marmagri@gmail.com.
[2] Professor Doutor do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Enfermeiro e advogado. Endereço para correspondência – Genival Fernandes Freitas: Rua Cajaíba, nº 1130, Perdizes. São Paulo-SP. E-mail: genivalf@usp.br

INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo encontra-se inserido no bojo das atividades de auxiliares e técnicos de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP), na percepção de enfermeiras chefes e da Educação Continuada da instituição sobre as expectativas desses sujeitos tendo em vista a transposição de função na equipe de enfermagem. Esse assunto é recorrente nas discussões dos profissionais da área, o que poderá implicar a importância que eles atribuem às atividades desempenhadas pela equipe de enfermagem.

Em relação aos auxiliares e técnicos, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (LEPE), Lei nº 7.498/86,[1] prevê as competências que lhes cabem, prevendo a possibilidade de o técnico de enfermagem participar com o enfermeiro nas atividades administrativas, em determinadas áreas ou setores em instituições de saúde, sob supervisão.

Aos técnicos e auxiliares de enfermagem competem as atividades auxiliares de nível médio, cabendo ao técnico, especificamente, apoiar o enfermeiro no planejamento, na programação, na orientação, na supervisão das atividades de assistência de enfermagem e prestar cuidados diretos a pacientes em estado grave, além de outras atribuições que são comuns aos auxiliares de enfermagem, de acordo com o que prescreve o art. 10 da LEPE.[2,3]

Assim, o auxiliar pode preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar tratamentos, especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança; integrar a equipe de saúde; participar de atividades de educação em saúde; executar trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes; e participar de procedimentos pós-morte.[3]

A institucionalização da enfermagem como profissão, desde o século XIX, é caracterizada pela divisão social do trabalho. Em estudo recente sobre a formação do técnico de enfermagem buscou-se compreender as questões relacionadas à criação e à trajetória dos primeiros cursos de formação dessa categoria, constatando-se que

> o poder dentro do campo da Enfermagem teve uma distribuição diluída entre a elite intelectual, forjada principalmente no modelo anglo-americano, que buscava a laicização da Enfermagem, e por religiosas de influência católica. Contudo, essa luta não coibiu a articulação em torno de um objetivo comum, que foi impedir o curso de enfermagem de cair do nível universitário para o nível médio ou técnico.[4,5]

Acrescente-se, ainda, que

> a criação do curso técnico de enfermagem surge no bojo das transformações da legislação do ensino como fator estratégico impeditivo para esse rebaixamento [...]. Quando se observa a legislação do exercício profissional, fica claro que o técnico só foi reconhecido quando foi possível mantê-lo sob o controle absoluto do enfermeiro.[5]

Por outro lado, a LEPE estabelece as incumbências privativas do enfermeiro. Embora essa lei determine quem é e quais são as atribuições de cada categoria, na prática profissional nem sempre o entendimento a respeito dessas atribuições é de fácil compreensão. As práticas de enfermagem são mais dinâmicas do que a própria legislação do exercício. Assim, na prática profissional, há atividades que podem não estar contempladas na Lei do Exercício, exigindo uma regulamentação por parte do Conselho de classe responsável pela fiscalização das atividades dos profissionais de enfermagem.

A organização do trabalho pode ser entendida como um processo que envolve o conjunto de atividades desenvolvidas pelos trabalhadores incluindo as relações de trabalho e as relações hierárquicas. O trabalho ocorre em determinada estrutura organizacional, sendo influenciado pelo modo de gestão e pela cultura institucional, bem como pelas macropolíticas vigentes na sociedade. Há que se pensar a totalidade que compõe esse contexto e sua inserção social sob um modo de produção localizado historicamente.[6]

O trabalho da enfermagem é, hoje, majoritariamente coletivo e desenvolvido sob regras institucionais. É parte do trabalho coletivo em saúde no qual os trabalhadores de enfermagem estabelecem relações com a estrutura institucional, com outros profissionais e com os usuários desses serviços, buscando atender às necessidades dessa clientela.[6]

Como elemento do processo de trabalho, o agente é apreendido nas relações entre objeto de intervenção, instrumentos e atividades, bem como no processo de divisão do trabalho. Por meio da execução de atividades próprias de sua área profissional, cada agente opera a transformação de um objeto em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele trabalho específico.[7]

Quanto à divisão técnica do trabalho, deve-se assinalar que, por um lado, introduz o fracionamento de um mesmo processo de trabalho originário do qual outros trabalhos parcelares derivam. Por outro lado, são introduzidos os aspectos de complementaridade e de interdependência entre os trabalhos especializados atinentes a uma mesma área de produção. Há que se considerar, simultaneamente, as dimensões técnica e social da divisão do trabalho, uma vez que a divisão técnica reproduz nela as relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos.[7]

Existem impactos da profissionalização na qualidade dos serviços de saúde, tendo esta três interfaces: a qualificação técnica do trabalhador, o contexto de trabalho em que atuam e os indicadores de qualidade de assistência de enfermagem.[8]

Os objetivos com este estudo são conhecer e compreender as expectativas, projetos e anseios dos enfermeiros de um hospital universitário diante da transposição de função na equipe de enfermagem envolvendo auxiliares e técnicos.

MATERIAL E MÉTODO

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador procura compreender e descrever a dinâmica das relações sociais, trabalhando com a vivência, a experiência e a cotidianidade. Para a consecução do estudo, foram observados os preceitos da Resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos participaram espontaneamente, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.[9]

A fim de garantir o anonimato dos sujeitos, optamos por utilizar a abreviatura E1, E2 e assim, sucessivamente, para designar Enfermeiro 1, Enfermeiro 2, etc.

Os participantes deste estudo foram enfermeiros do serviço de educação continuada e os chefes de seção, que vivenciaram esse fenômeno há mais de dois anos no local escolhido para a realização do estudo. A escolha desses sujeitos justifica-se pelo fato de eles possuírem vasta experiência nas suas respectivas áreas de atuação, o que pressupõe ser um elemento facilitador para o reconhecimento e compreensão das múltiplas atividades dos auxiliares e técnicos de enfermagem e a diferenciação das atividades de uma categoria e de outra.

As questões norteadoras das entrevistas foram: O que o auxiliar de enfermagem (AE) faz? O que o AE faz e não poderia fazer? O que o AE não faz e poderia fazer? O que o técnico de enfermagem (TE) faz? O que o TE faz e não poderia fazer? O que o TE não faz e poderia fazer? Você possui algum tipo de expectativa em relação à transposição de função do auxiliar para o técnico de enfermagem? (Comente qual ou quais).

Optamos pela análise de conteúdo proposta por Bardin,[10] que entende que tal análise representa um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis e em constante aperfeiçoamento, aplicando-se a discursos extremamente diversificados. Assim, os dados foram organizados para a análise, percorrendo-se três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos conteúdos. Na fase da interpretação ocorre a análise de conteúdo com a discussão das categorias que foram construídas, fazendo-se uma correlação dos temas com o referencial teórico existente sobre o assunto, transformando-se esses conteúdos em núcleos significativos e válidos. Após essas etapas, fizemos a categorização e o agrupamento das percepções que foram desveladas nas falas dos enfermeiros participantes, de forma a interpretá-las, com base nos significados que os sujeitos atribuíram às vivências no mundo da sua cotidianidade.[10,11]

RESULTADOS

Na transposição de função da categoria de auxiliar para técnico de enfermagem, alguns enfermeiros perceberam mudanças (ou não) relativas à atitude, ao trabalho em equipe e a conhecimentos técnico-científicos. No que tange a essas categorias, destacamos fragmentos de discursos alusivos aos depoimentos:

1. mudanças (ou não) na atitude do profissional auxiliar de enfermagem na transposição de função para o nível técnico;
2. conhecimentos técnico-científicos;
3. trabalho em equipe.

No discurso do primeiro sujeito, este não percebe mudanças nas atitudes dos profissionais que fizeram a transposição de auxiliar para técnico. Esse discurso estaria articulado com a *categoria 1*:

> *Nós tivemos a formação destes auxiliares que estavam aqui no HU para técnicos. Os próprios auxiliares faziam o curso para virarem técnicos, e a grande expectativa era de que eles mudassem a postura, fossem mais críticos e fizessem a diferença no dia a dia. Entretanto, o que a gente vê é que não. [...] O funcionário é cobrado para melhorar, e isso não acaba acontecendo.* (E1)

Na fala do segundo sujeito, observamos que ele percebe mudança na atitude, porém não a atribui exclusivamente à conclusão do curso técnico, mas à realização de cursos de aprimoramento e/ou atualização pelos profissionais. Desse modo, desvela-se a significação referente à *categoria 1*:

> *Os TEs demonstram um pouco mais de responsabilidade* (mas) *não é só o curso de técnico que faz com que eles melhorem na sua atuação, e, sim, os cursos de aprimoramento, aperfeiçoamento que a gente está sempre encaminhando. [...]. E aí, sim, percebemos uma melhora no desempenho, uma responsabilidade maior.* (E8)

Em outro discurso referente à *categoria 1*, o sujeito menciona uma articulação entre o atitudinal e a formação para o nível de graduação, conforme retrata o fragmento da seguinte fala:

> *As auxiliares que compõem o quadro de funcionários do setor, elas não são técnicas porque já fizeram faculdade. [...]. Então, a postura que elas têm já é mais afinada por já terem feito a graduação, embora uma delas não seja para a enfermagem.* (E10)

No discurso do terceiro sujeito podemos observar que há uma referência ao aprimoramento dos conhecimentos técnico-científicos, criticando, também, o enfoque que esses técnicos dão a esses conhecimentos em detrimento de outras áreas, como a administrativa. A significação presente na fala seguinte retrata esse panorama e se encaixa na *categoria 2*:

> *Na verdade o que eles buscam no curso técnico é melhorar o conhecimento voltado para a assistência; eles não buscam melhorar o conhecimento em outras áreas; eles querem melhorar como prestadores de assistência direta ao paciente. Os auxiliares que viraram técnicos têm embasamento cientifico melhor, conhecimento melhor sobre o que está fazendo, isto é evidente [...].* (E9)

Faz-se referência à mudança de atitude, uma vez que há aumento dos conhecimentos técnico-científicos e até mesmo no desempenho do trabalho na equipe multiprofissional. Portanto, este discurso é pertinente às *categorias 1, 2 e 3*:

> *Hoje, nós trabalhamos com uma minoria de auxiliares e uma maioria de técnicos, [...] então a maior parte deles já fez o curso de técnicos e a outra metade em cursos de graduação. [...]. O que eu noto é que quem fez o curso técnico tem um embasamento teórico maior que o auxiliar; eles questionam muito mais e não fazem o procedimento por fazer. Eles argumentam melhor com a equipe médica. [...]. O TE tem um embasamento e bagagem teórica, traz uma noção administrativa, sai com uma noção do que é administrar. O AE é muito mais só o procedimento, só o assistir, o fazer e o realizar; o TE já tem a noção do argumentar e do gerenciar.* (E12)

O discurso seguinte ressalta a mudança nas atitudes dos auxiliares que fizeram o curso técnico, encaixando-se também na *categoria 1* proposta:

> *Com relação à mudança de atitude ao fazer o curso técnico, a maioria dos TE já eram bons profissionais como A; então, há uma mudança muito discreta de atitude após o curso*. (E13)

Percebe-se que a *categoria 1*, referente às *Mudanças (ou não) na atitude do profissional auxiliar de enfermagem na transposição de função para o nível técnico,* tem maior enfoque nos discursos, o que nos induz a pensar sobre a possibilidade de que esses sujeitos detenham maior expectativa quanto às mudanças atitudinais; talvez porque os profissionais auxiliares/técnicos já tenham desenvolvido certo domínio de habilidades técnicas no cenário deste estudo e também pelo fato de o Serviço de Apoio Educacional na instituição estar contribuindo, eficazmente, em reciclagem e aprimoramento constantes dos profissionais de enfermagem. Tais hipóteses poderão ser objeto de futuras investigações.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Uma situação peculiar ao HU/USP refere-se à existência de faixa salarial similar tanto para auxiliares quanto para técnicos de enfermagem, considerando-se a política de recursos humanos do Estado de São Paulo, que não faz diferenciação salarial no nível médio. Assim, o técnico exerce a função (ou pode exercê-la), porém não há salário diferente do auxiliar de enfermagem. Tal situação poderá estar repercutindo no cotidiano da práxis profissional, pois um dos sujeitos participantes do estudo menciona o desapontamento por parte de auxiliares de enfermagem em face da transposição de função ao nível técnico, sem a correspondente valoração salarial.

Alguns enfermeiros do HU/USP, participantes desta investigação, não perceberam mudanças significativas na atitude dos auxiliares de enfermagem promovidos ao nível técnico de enfermagem, tratando-se de postura crítica em face do processo de trabalho. Tal achado contraria parte dos resultados de pesquisa empreendida por Berusa, Zanin, Escuder (2004), onde foi pontuado que 56,6% dos alunos do curso técnico de enfermagem do Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE), do Hospital Ipiranga, no município de São Paulo, relataram que seus supervisores notaram mudanças no conhecimento técnico, qualidade do trabalho e desempenho: agilidade, envolvimento com o trabalho, atenção, contato com os pacientes, familiares e colegas.

Outros enfermeiros ressaltaram que alguns auxiliares de enfermagem do HU/USP, promovidos à função de técnicos de enfermagem, possuíam uma atitude profissional compatível anterior à transposição e com isso não haviam percebido mudanças significativas na forma de atuarem, profissionalmente – por exemplo, na questão relativa à atitude mais crítica em face dos problemas da práxis assistencial e/ou gerencial.

É importante perceber que a competência do *saber fazer* faz parte da formação e da atuação dos profissionais de enfermagem, não devendo se sobrepor à competência do *saber ser*, ou seja, do saber posicionar-se, referente aos valores e à ética do relacionamento interpessoal. Assim, o estudo revelou expectativas dos enfermeiros no que tange a mudanças atitudinais nos auxiliares transpostos à função de técnicos de enfermagem, porém é perceptível que tal expectativa não se limita às mudanças no comportamento ou atitudes, requerendo melhorias no tocante à organização do trabalho, divisão de tarefas, tempo, ritmo do trabalho e outros fatores associados à realização da tarefa em si, além da autonomia e participação nas decisões como fatores ligados à organização do trabalho.

Cabe pontuar, ainda, que a organização do trabalho, ao preconizar a ordem, a disciplina e o controle, pode suscitar certo cerceamento de uma participação mais ativa e criativa dos trabalhadores nos processos decisórios, mesmo quando isso diz respeito ao desenvolvimento de procedimentos técnicos.[6]

Em suma, alguns sujeitos participantes deste estudo enfatizaram a percepção sobre mudanças do ponto de vista técnico-científico em detrimento das atitudinais. Houve, portanto, mais alterações na primeira dimensão no tocante à atuação cotidiana dos profissionais de enfermagem. Tais sujeitos revelaram, ainda, que esperam melhoria da postura em relação ao trabalho em equipe, relações interpessoais e a comunicação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. COREN-SP; 2001.

2. Freitas GF. Responsabilidade ético-legal do enfermeiro. In: Oguisso T, organizador. Trajetória histórica da legislação do exercício da Enfermagem brasileira. São Paulo: Manole; 2007.

3. Brasil. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. In: Principais legislações para o exercício da enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN-SP; 2007-2008.

4. Caverni LMR. Curso Técnico de Enfermagem: uma trajetória histórica e legal– 1948 a 1973 [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

5. Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem. Rev Formação. 2003; 07: 73- 88.

6. Pires D, Gelbcke FL, Matos E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver nos trabalhadores de nível médio. Rev Trab Educ Saúde. 2004; 2 (2): 311–25.

7. Peduzzi M. A equipe multiprofissional em saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001; 35 (1): 103-9.

8. Peduzzi M, Anselmi ML, Gaidzinski RR, Molesni JO. Característica do contexto de trabalho em enfermagem. Rev Formação. 2003; 07: 5-22.

9. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2001.

10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

11. Marcus MT, Lierh PR. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

12. Berusa AAS, Zanin ML, Escuder MML. Quem é o aluno PROFAE? Rev Eletrônica Enferm. 2004. [Citado 2009 fev. 06]. Disponível em: www.fen.ufg.br.

Data de submissão: 2/3/2009
Data de aprovação: 11/6/2010

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À LUZ DO MODO PSICOSSOCIAL

THE PERFORMANCE OF THE NURSE IN THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS UNDER A PSYCHOSOCIAL APPROACH

EL FUNCIONAMIENTO DE LA ENFERMERA EN LOS CENTROS DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA LUZ DE LA MANERA PSICOSOCIAL

Luciane Prado Kantorski[1]
Álvaro Moreira Hypolito[2]
Janaína Quinzen Willrich[3]
Maria Carolina Pinheiro Meirelles[4]

RESUMO

Neste estudo qualitativo do tipo descritivo e analítico, trata-se da atuação do enfermeiro em um dia típico de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e sua relação com o modo psicossocial. O instrumento de pesquisa utilizado foi a entrevista estruturada, realizada com 15 enfermeiros dos CAPSs I, II e CAPS AD, pertencentes à área de abrangência da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS). Os dados obtidos referem-se às atividades realizadas e às ações desenvolvidas pelo enfermeiro no cotidiano do CAPS, as quais foram analisadas tendo como referência o modo psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica. As atividades foram divididas em dois tópicos: *Meios de trabalho do enfermeiro ressignificados no modo psicossocial* – no qual foram incluídas as atividades de administração e supervisão da medicação, cuidado com a higiene pessoal, atividades burocráticas (laudos, receitas, atestados), treinamento do pessoal da enfermagem, observação dos usuários não inseridos em atividades; e *Meios de trabalho do enfermeiro construídos no modo psicossocial* – que compreende as atividades de acolhimento, atenção individualizada, oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, assembleias, reunião de equipe, reuniões de coordenadores dos Serviços de Saúde Mental, visitas domiciliares, acompanhamento em consultas e participação em atividade de lazer/socialização (festas, passeios e jogos).

Palavras-chave: Psiquiatria; Enfermagem; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

This descriptive and analytical qualitative study examines the nurses' performance in a typical work day in the Psychosocial Care Centers (in Portuguese CAPS) and its relationship with the psychosocial model. The research instrument used was structured interviews conducted on 15 nurses working on the area covered by the Third Regional Health Care Department of the state of Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS). The data collected refer to activities conducted by the Centre nurse in a psychiatric reform context and analyzed through a psychosocial method. The activities were divided into two themes: *nursing work environment reassigned by a psychosocial approach*– this topic included all activities related to the supervision and administering of drugs, personal hygiene care, administrative actions (reports, prescriptions, certificates), nursing staff training, observation of users not included in activities; – and *nursing work environment based on psychosocial approach* – this topic comprises patients' reception, individualized attention, therapeutic groups and workshops, assemblies, staff meetings, meetings with the coordinators of the mental health services, home visiting, patients' escorting to doctor's appointment, and participation in social events (parties, leisure walks and games).

Key words: Psychiatric Reform; Psychosocial Approach; Nursing.

RESUMEN

Estudio analítico descriptivo que busca analizar el desempeño de enfermeros en un típico día laboral en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y su relación con el modelo psicosocial. El instrumento de investigación fue la entrevista estructurada a quince enfermeros de los CAPS I, II y CAPS AD del área de alcance de la Tercera Coordinación Regional de Salud del Estado de Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS). Los datos recogidos se refieren a las actividades realizadas y a las acciones de los enfermeros en el cotidiano de los CAPS. Estos datos se analizaron según el modo psicosocial dentro del contexto de la reforma psiquiátrica. Las actividades incluyen dos temas: *Medios de trabajo del enfermero resignificados a partir del enfoque psicosocial*, (tareas administrativas y control de la medicación, atención a la higiene personal, tareas burocráticas -laudos, prescripciones médicas, certificados - capacitación del personal de enfermería, observación de los usuarios no insertados en actividades y *Medios de trabajo del enfermero construidos a partir del enfoque psicosocial* (tareas de acogida, atención individualizada, talleres y grupos terapéuticos, asambleas, reunión de equipos, reunión de coordinadores de los Servicios de Salud Mental, visitas domiciliarias, seguimiento de consultas y participación en actividades de ocio/socialización -fiestas, paseos y juegos).

Palabras clave: Reforma Psiquiátrica; Modelo Psicosocial; Enfermería.

[1] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstétrica da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).
[2] Pedagogo. Doutor em *Curriculum and Instruction*. Professor adjunto da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).
[3] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).
[4] Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Coordenadora de Saúde Mental/3ª CRS/SES/RS. Endereço para correspondência – Luciane Prado Kantorski: Rua Victor Valpírio, nº 289, Bairro: Três Vendas, Pelotas/RS. Tel: (53) 32837244 ou 99832430. CEP: 96020-240. E-mail: kantorski@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A organização do movimento de Reforma Psiquiátrica teve origem no final da década de 1970 com a organização dos Trabalhadores de Saúde Mental, que passaram a denunciar os maus-tratos e a violência com que eram tratados os doentes, a falta de recursos e as más condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos.[1] Esse movimento, de caráter autenticamente democrático e social, defende a mudança de hábito, a mudança cultural, a luta por tecnologias e por uma nova ética na assistência ao doente mental. O movimento mudou a concepção da doença mental, rompendo com o estereótipo do doente mental construído pela institucionalização, e colocou em cena um novo olhar referente à psiquiatria: o de saúde mental.[2]

Nesse processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, muitos desafios foram e até hoje são enfrentados, considerando o movimento contrarreforma de adversários poderosos, como proprietários de hospitais psiquiátricos privados e entidades médicas conservadoras, a compreensão cultural das famílias de que o doente mental só pode ser cuidado em hospitais psiquiátricos e a formação de trabalhadores de saúde mental voltada para o desenvolvimento de suas atividades, em asilos ou em hospitais psiquiátricos.

No Rio Grande do Sul, o Movimento da Luta Antimanicomial ganhou força por meio do *Fórum Gaúcho de Saúde Mental*, formado por trabalhadores de saúde, familiares e pessoas portadoras de sofrimento psíquico que lutaram pela reversão do modelo marcado pela atenção em hospitais psiquiátricos, que resultou na Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992, que dispõe sobre a reforma psiquiátrica no Estado.[3] Desde 1992, muitas lutas continuam sendo travadas nesse Estado, com o intuito de manter uma Política de Saúde Mental como política pública, integral e defensora da cidadania, visto que esta é constantemente ameaçada por projetos de lei que visam retroceder nas conquistas da legislação vigente.

Nesse sentido, são relevantes as mudanças instituídas na região da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (3ª CRS/SES/RS), situada em Pelotas. Atualmente, há uma ampla rede de serviços de atenção integral em saúde mental, os quais vão desde oficinas e ações desenvolvidas na atenção básica, até a existência de 17 CAPSs distribuídos entre os 10 municípios que possuem mais de 20 mil habitantes, com uma das maiores coberturas populacionais de CAPSs no Brasil, chegando a um CAPS para cada cerca de 50 mil habitantes, além, do gradativo aumento dos leitos em hospitais gerais.

Entretanto, reconhecemos a tradição hospitalocêntrica de nossa região, que já teve três hospitais psiquiátricos, somando 500 leitos e uma prática de formação profissional fortemente voltada para esse modelo. Talvez por isso ainda hoje coexistam com os serviços abertos de saúde mental dois hospitais psiquiátricos com 260 leitos, sendo esse, também, um espaço de atuação dos profissionais enfermeiros.

A enfermagem teve papel importante na organização e na vigilância interna do espaço asilar/hospitalar, assim como na execução das práticas de coerção e violência características desse modelo. Contudo, o momento atual do trabalho de enfermagem em saúde mental caracteriza-se pela transição de uma prática de cuidado hospitalar que visava à contenção e à correção do comportamento anormal dos "doentes mentais" para a incorporação de princípios éticos e sociais buscando, mediante a prática interdisciplinar, responder às subjetividades dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações, o que torna esse período crítico para a profissão e favorável ao conhecimento e à análise do processo de trabalho nessa área.[4]

Nesse sentido, o objetivo é analisar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros no seu cotidiano de atuação em CAPSs, especificamente com relação aos meios de trabalho, com base nos princípios do modo psicossocial.

METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo e analítico, no qual se utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista estruturada, realizada com os 15 enfermeiros de CAPS I, II e CAPS álcool e drogas (no total de 13 serviços) que fazem parte da área de abrangência da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS). O projeto, intitulado *Saberes e práticas de cuidado em saúde mental utilizados nos serviços de atenção diária em saúde mental: resgatando a especificidade do trabalho do enfermeiro*, foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, e os sujeitos do estudo concordaram em participar mediante assinatura do consentimento livre e esclarecido.

A análise das entrevistas dos enfermeiros foi realizada considerando suas respostas sobre as atividades desenvolvidas num dia típico no CAPS, relacionando-as com o parâmetro de concepção dos "meios" de trabalho, segundo o Modo Psicossocial designado por Costa-Rosa.[5] Além disso, foram observados os relatos dos enfermeiros sobre suas atividades com base no entendimento do processo de trabalho sob a perspectiva marxista de que o homem, ao produzir a própria existência por meio do trabalho, constitui formas de sociabilidade, modos de pensar e intervir no processo saúde-doença e necessidades sociais para sua própria reprodução como ser humano.[6]

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As mudanças instituídas no campo da saúde mental, originadas dos movimentos de Reforma Psiquiátrica, visam à reintegração social do indivíduo por intermédio de políticas de assistência psicossocial que garantam e promovam a cidadania do sujeito em sofrimento psíquico. No bojo dessas transformações, foi construído o modo psicossocial que se constitui como um modelo de assistência que se contrapõe ao modelo manicomial.

Um dos pontos mais importantes do Modo Psicossocial diz respeito à concepção de objeto e dos meios de

trabalho. Quanto ao objeto, o Modo Psicossocial considera o indivíduo em seus aspectos político, biológico, psicológico, social e cultural, bem como participante principal do tratamento, com ênfase na sua pertinência em um grupo familiar e social, uma vez que a loucura é considerada um fenômeno social, superando o modo asilar que centrava a doença como objeto de trabalho.

Quanto aos meios de trabalho, é característico da equipe interprofissional trabalhar mediante a implicação subjetiva do sujeito, buscando sua reinserção social e a recuperação da cidadania. Para tal, utiliza psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural, como cooperativas de trabalho, além da medicação.[5]

Nesse contexto de ressignificação dos meios de trabalho existentes e construção de novos meios de trabalho, incluindo atividades que deem conta da complexidade desse novo objeto, a atuação do enfermeiro no modo psicossocial compreende a criação de espaços que promovam a reabilitação biopsicossociocultural e a política do indivíduo em sofrimento psíquico.

Ao analisarmos as entrevistas, encontramos diversas atividades desenvolvidas por enfermeiros em seu cotidiano de trabalho no CAPS. Essas atividades foram divididas nos tópicos: *meios de trabalho do enfermeiro ressignificados no modo psicossocial* – no qual foram incluídas as atividades de administração e supervisão da medicação, cuidado com a higiene pessoal, atividades burocráticas (laudos, receitas, atestados), treinamento do pessoal da enfermagem, observação dos usuários não inseridos em atividades; e *meios de trabalho do enfermeiro construídos no modo psicossocial* – que compreende as atividades de acolhimento, atenção individualizada (usuário e familiar), participação e coordenação de oficinas terapêuticas, participação e coordenação de grupos terapêuticos e participação em assembleias; participação na reunião de equipe e em reuniões de coordenadores dos Serviços de Saúde Mental (muitos enfermeiros entrevistados ocupam esse cargo no serviço); visitas domiciliares; acompanhamento em consultas; e participação em atividade de lazer/socialização (festas, passeios e jogos).

Meios de trabalho do enfermeiro ressignificados no modo psicossocial

Para se contrapor ao modelo manicomial, em que há o isolamento social dos usuários, surge um novo paradigma de cuidado, pautado pela atenção psicossocial, no qual a inclusão e a reabilitação são os eixos centrais. Nesse contexto, os enfermeiros desempenham atividades de assistência individuais e coletivas com intervenções diretas e indiretas. Muitas dessas atividades já faziam parte do processo de trabalho de enfermagem no modo manicomial e estão sendo ressignificadas nesse novo modo, com o intuito de responder à complexidade do adoecimento psíquico.

Nessa perspectiva, da inclusão e reabilitação, uma atividade que consideramos importante ressignificar é a medicação, considerada pelo modo asilar como o meio básico para o tratamento.[5] Obviamente que a atenção psicossocial implica novas práticas, que vão muito além da medicação. Entretanto, a medicação é necessária para a diminuição dos sintomas tornando o indivíduo mais "inteiro" para se inserir nas novas atividades propostas. Nesse sentido, a finalidade do uso da medicação é muito diferente da finalidade do modo asilar que, por dar ênfase na determinação orgânica da doença, utiliza a medicação muitas vezes somente para a supressão dos sintomas. No modo psicossocial, usa-se a medicação para auxiliar o sujeito a retomar ou reconstruir seu projeto de vida, participar das atividades que desenvolvam suas habilidades, sua autonomia e promovam sua reinserção na sociedade.

O cuidado com a medicação torna-se uma atividade necessária e importante para uma abordagem terapêutica e psicossocial. Percebemos nas entrevistas que as atividades de administração e supervisão (recebimento, fornecimento e controle) da medicação são constantes no cotidiano dos enfermeiros dos serviços substitutivos.

> *Além de o enfermeiro fazer toda essa parte de entrega da medicação, que vem da Secretaria da Saúde, entrega para o paciente, confere a medicação. [...] pacientes que usam medicação injetável de depósito também é feito com a gente.* (E2)

> *Quem administra é o auxiliar, mas em acompanhamento de dosagem, vê se eles estão administrando, se está sendo orientado corretamente [...]. Tanto é que houve a necessidade da gente fazer uma prescrição de enfermagem pela quantidade de pessoas que estão tomando a medicação com a gente aqui no CAPS, e que é um cuidado.* (E3)

> *A gente tem as medicações; se precisar ser feita alguma medicação de urgência, se tem alguma médica aqui, se tem algum outro técnico, outro paciente que tenha vindo e precisa de administração de alguma medicação, isso tudo é feito pelo enfermeiro ou pelo técnico de enfermagem.* (E13)

> *Ver se está sendo medicado e se tem a medicação ou não, se essa pessoa tem mais urgência ou não em ser atendida, todo esse manejo. Parte do dia a dia. Isso é o que eu faço.* (E15)

Com base nos depoimentos acima, percebemos que o enfermeiro é o profissional que assumiu a responsabilidade das ações referentes à medicação nos serviços substitutivos. Essa é uma herança do modo manicomial ainda necessária na prática da atenção psicossocial e, em virtude disso, necessita ser ressignificada pelo enfermeiro para que a sua utilização esteja em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Outra prática do enfermeiro nos serviços substitutivos, mas que se constituiu juntamente com a psiquiatria clássica (manicomial), é a que se refere às atividades burocráticas – laudos, receitas, atestados, encaminhamentos,

agendamentos de consultas. A enfermagem teve papel importante no conhecimento e na organização interna do espaço asilar/hospitalar e sua ação nesse contexto se concretizou prevalentemente no campo administrativo de forma burocrática e baseada no modelo biológico.[7]

No entanto, no campo psicossocial, as atividades burocráticas estão sendo ressignificadas e seus objetivos estão voltados para as necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico, visto como central no tratamento. Nos relatos abaixo, podemos observar que o enfermeiro muitas vezes é reconhecido pelo usuário como o profissional que faz a inter-relação entre as necessidades do usuário e o médico. Talvez a própria organização do serviço coloque o enfermeiro como responsável por organizar o funcionamento das consultas psiquiátricas e psicológicas.

A função do enfermeiro no campo psiquiátrico resumia-se ao fazer burocrático e administrativo, sob o controle da conduta médica, com vista a controlar o tempo, o espaço e a ordem institucional. Já no campo psicossocial, o projeto de intervenção traz a necessidade de rompimento da organização médica do serviço e respeito pelo planejamento em equipe. Nesse sentido, os enfermeiros têm mostrado atitudes de integração com a equipe e de respeito às necessidades individuais e coletivas dos usuários, buscando contribuir na organização do serviço para que tais necessidades sejam supridas.[7] Assim, consideramos que o conhecimento organizacional é um dos pontos fortes do trabalho dos enfermeiros nos serviços substitutivos.

> *Eu reagendei uma avaliação psiquiátrica porque o médico do posto queria. Às vezes, a gente faz esse gancho, encaminha o paciente para o posto, e aí o clínico do posto, de seis em seis meses, encaminha o paciente para cá para uma nova avaliação. [...]. Outro exemplo é uma paciente da oficina que me pediu receita e atestado, então eu tive que conversar com a doutora, pedi essas coisas e já deixei entregue pra ela. [...]. Cuido se eles têm receita, se têm medicação, se precisam de atestado, se foi marcada nova avaliação psiquiátrica pra eles, se eles estão tendo atendimento psicológico.* (E2)

> *Muitas vezes a gente faz, a gente identifica lesões e faz encaminhamentos, por exemplo, para dentista, para o clínico, para fazer exame, daí a gente acompanha o paciente às vezes, quando não tem família junto, a gente acompanha no médico. Por exemplo, uma usuária que estava internada no hospital psiquiátrico e a gente precisava de uma avaliação do neurologista, fomos lá pegamos ela, levamos no neurologista conversamos com ele, ele associou medicações. [...]. Quando eu encaminho para qualquer lugar, eu tenho que sentar com a pessoa e conversar; não é o só encaminhar, não é só dar um papel, é sentar e orientar, e muitas vezes tem que chamar o familiar.* (E4)

> *Nós temos os laudos também que têm que ser feitos porque muitos estão afastados, estão no INSS, então tem que fazer laudos. Passam pelo psiquiatra, o psiquiatra passa para você de novo, bota lá o que está acompanhando, como que ele está se mantendo.* (E8)

> *Ele está com problema oftálmico, ele está com problema clínico e você tem que correr e ligar pro posto, marcar consulta... Você tem que ir até o médico com ela...* (E11)

> *No final de tarde é onde a gente pega a papelada, como a gente diz, aí eu vou fazer as evoluções. Algum paciente novo que comecei a fazer os primeiros dados, fazer história, então das 5h30 até as 6h30 é o horário que eu fico disponível para fazer a parte burocrática, mesmo do CAPS, que é evoluir, fazer os prontuários essas coisas todas. Faço preenchimento de APAC também.* (E14)

Percebemos, nas falas, que os enfermeiros possuem um olhar ampliado para as necessidades dos usuários, pois, além de cuidar dos aspectos psíquicos, também atentam para os aspectos físicos e as dificuldades familiares, sociais e econômicas, superando, assim, o modo asilar, que considera como auxiliares ou secundárias as questões que vão além do estritamente psiquiátrico.[5]

No cotidiano de trabalho dos enfermeiros entrevistados, encontramos as atividades de cuidado com a higiene pessoal – aspecto físico dos usuários – como constante, proporcionando um novo direcionamento para essa prática, diferente do modo manicomial, no sentido de melhorar a autoestima do indivíduo em sofrimento psíquico e auxiliar na retomada de sua autonomia para a realização de seu próprio cuidado e de atividades da vida diária, como alimentação, locomoção, comunicação, tarefas domésticas e higiene pessoal.[8] Consideramos o cuidado com o aspecto físico um fator importante para construir uma nova imagem social do sujeito em sofrimento psíquico, superando a imagem construída pela psiquiatria tradicional.

> *Eu faço toda a parte assim de cuidados, supervisiono em casos de pediculose, de escabiose; então eu faço o exame físico neles constante.* (E8)

> *Ajudo nos cuidados mais assistenciais, como encaminhar para o banho, ver o que ta ocorrendo, se aquele paciente não está sendo cuidado, porque às vezes ele vem com pediculose, escabiose.* (E11)

> *Participo de todas as atividades, inclusive dos banhos... Às vezes, tinha uma paciente para cortar as unhas, e aí eu sentei na terça-feira à tarde, que é o horário que eu fico mais livre pra cortar as unhas da paciente. E elas gostam bastante, porque aí todo mundo participa.* (E14)

Uma atividade que faz parte das funções do enfermeiro não somente no campo da saúde mental, e que encontramos nos CAPSs, é a supervisão e o treinamento do pessoal da enfermagem. Historicamente, faz parte das funções do enfermeiro coordenar e organizar o trabalho da equipe de enfermagem. No entanto, percebemos, nas falas, que os enfermeiros estão ressignificando sua relação com os demais profissionais de enfermagem, buscando romper com a relação de poder e tutela que exercia no modo asilar. Ao estabelecer uma relação mais horizontal, receptiva e de orientação, os enfermeiros estão construindo possibilidades para que os profissionais da equipe de enfermagem se envolvam

nas diretrizes do trabalho psicossocial e estejam aptos a oferecer um cuidado de enfermagem integral.

> *Estrutura do trabalho; estruturar o trabalho da enfermagem. Agora a gente está recebendo o treinamento de pessoal, está recebendo uma auxiliar que é nova, então você tem que ter um tempo ainda para explicar as coisas para esse profissional que está chegando, ser receptiva com esse profissional, trazendo bibliografias, coisas pra ela ler, sobre o atendimento.* (E4)

> *Eu sou responsável também, muitas vezes, por administrar medicação nos pacientes, supervisionar essa administração. Eu tenho três auxiliares de enfermagem, então isso é tarefa específica minha enquanto enfermeiro supervisionar como é que é o funcionamento, como é que eles tão trabalhando [...]; a orientação para os usuários com relação ao tratamento deles, como que é para toma medicação.* (E5)

Isso vai ao encontro de um estudo sobre o trabalho do enfermeiro em saúde mental, no qual se percebe que existe uma demanda natural do enfermeiro pela equipe de enfermagem, sendo uma de suas funções instrumentalizá-los para assistir de forma mais adequada os usuários e em consonância com os princípios da reforma psiquiátrica e os acordados pela equipe.[9]

Uma atividade que integra a enfermagem desde seus primórdios é a vigilância. O modelo da vigilância amplamente discutido por Foucault[10] pressupunha uma organização do tempo e do espaço, de forma disciplinar e normalizadora, sendo operacionalizado no espaço asilar em grande parte pelos profissionais da enfermagem. Essa função que a enfermagem assumiu ao longo da história também possibilitou que a observação fosse aprimorada e assumida como um grande potencial dessa profissão. O enfermeiro, ao entrar em contato com o usuário, tende a observar e considerar, além de seus sintomas psíquicos, a relação familiar, as condições de higiene, alimentares, econômicas, de habitação, relacionais e de ambiência, se há ou não condições de agravo à saúde de modo geral, doenças associadas, dentre outros. Sua formação social e historicamente construída aperfeiçoou esse atributo, utilizado no seu cotidiano de trabalho no serviço:

> *Fico ali na recepção vendo algumas coisas, como o andamento do serviço. Faço uma caminhada pelo CAPS para ver como é que estão as coisas, como é que vão os usuários, quem que está bem, quem não está bem.* (E5)

> *Todas as atividades de enfermagem e psiquiatria a gente desenvolve através de observação... Então de enfermagem basicamente é a observação. [...] Acompanho qualquer outra atividade, para não ficar aquilo 'eu sou o enfermeiro e não faço'. Se eles tiverem lixando, vou lixar com eles... Para pegar confiança. Também almoço junto com eles; têm que ficar no mínimo dois técnicos. Daí a gente almoça, depois a gente se diverte, joga dama, dominó, enfim...* (E7)

> *Eu fico no almoço, porque a gente serve almoço e sempre tem que ficar um técnico responsável no almoço. Eu almoço com eles, vejo o que está acontecendo, se têm alguma dificuldade, então já tiro uma temperatura, já vejo como vai ser a minha tarde.* (E11)

Percebemos que o enfermeiro, por se envolver nas diversas atividades oferecidas no serviço, é um profissional que possui uma visão sob uma perspectiva mais integral do indivíduo e do funcionamento da instituição. Ele consegue olhar para além da dimensão psicológica do sujeito, enxergando essa dimensão inserida num corpo físico e social. Com relação à instituição o enfermeiro, além de organizar seu funcionamento possui facilidade em se envolver nas mais variadas atividades, mesmo as consideradas triviais, pois o que busca é o "encontro" o "estar com o usuário", e, no processo de reabilitação, essa abertura ao que o usuário está solicitando naquele momento e o respeito à expressão de sua subjetividade é que potencializam o cuidado e o vínculo.

Assim, com sua autonomia profissional o enfermeiro está buscando romper com as práticas psiquiátricas dominantes e contribuir com a consolidação do modo psicossocial, pois, além de ressignificar sua função, também está criando possibilidades para a construção de novas práticas e, por conseguinte, para a construção de uma nova identidade para a profissão de enfermagem, como veremos a seguir.

Meios de trabalho do enfermeiro construídos no modo psicossocial

O modo psicossocial é contraditório ao modo asilar em seus parâmetros basilares, pois suas práticas se encaminham para sentidos opostos. Ao considerar os fatores políticos, biopsicossocioculturais como determinantes, o modo psicossocial coloca o sujeito no centro do tratamento. Isso exige que o profissional saiba escutar e acolher as necessidades e subjetividades que surgem no cotidiano dos serviços. A escuta e a acolhida constituem um dos pilares da atenção psicossocial, compreendidas em uma relação que se baseia no vínculo, no resgate da singularidade, buscando auxiliar o usuário a posicionar-se subjetivamente e a resgatar sua vida cotidiana, na qual seus conflitos, sonhos e desejos possam ser trabalhados de modo a produzir a reabilitação.[11]

Nesse contexto, o acolhimento aparece como uma das principais atividades desenvolvidas pelos enfermeiros. Nas falas, percebemos que é rotina de alguns serviços designar um técnico para o acolhimento, que fica responsável por atender os sujeitos que chegam pela primeira vez e ainda é referência para os usuários e seus familiares, no caso de necessitarem de atendimento individual:

> *O paciente chega, está alcoolizado ou drogado, e ele entra e passa pelo acolhimento. Então ele é encaminhado para o tratamento intensivo pra fazer a desintoxicação.* (E1)

> *Se tem acolhimento naquele dia, eu acolho tanto pacientes novos como algum paciente que precise de algum acolhimento naquele momento... Não deixa de ser uma forma de acolhimento o atendimento individual que acontece.* (E5)

> *Faço acolhimento não somente do paciente de fora que vem pro CAPS, com a requisição do médico do posto, para o serviço, como também o dos pacientes do serviço. Então, os nossos pacientes sabem qual é o técnico acolhedor do dia. Se o paciente que está dentro do serviço desenvolvendo alguma atividade se sente mal, ou está deprimido, ansioso, ele vai procurar sempre o técnico acolhedor, que é quem vai buscar orientá-lo, para solução do seu problema. Acolhe também o paciente que está no serviço ou o seu familiar.* (E6)

> *O acolhimento é feito por mim. Nesse acolhimento, eu ouço a história do paciente, falo do serviço, apresento o serviço, falo da finalidade do serviço, enfim, explico tudo sobre o funcionamento, dou as orientações conforme os sintomas que o paciente apresenta e marco uma consulta ou para o médico, ou para psicóloga, depende do caso.* (E10)

Assim, percebemos que no modo de atenção psicossocial há uma mudança nos papéis desenvolvidos por cada categoria profissional. O atendimento individual, que no modelo psiquiátrico tradicional era uma atividade desenvolvida estritamente por psiquiatras e psicólogos, passa agora a ser realizado por outros profissionais, dentre eles o enfermeiro. Nos depoimentos, observamos que também os enfermeiros assumiram a responsabilidade pela escuta terapêutica, comprometendo-se com o cuidado integral, e com isso conquistaram um novo espaço de atuação no serviço.

A instauração de novas práticas em saúde mental requer equipes articuladas, integradas e com alto grau de colaboração.[12] Na equipe interdisciplinar, deve haver reciprocidade, enriquecimento mútuo, horizontalização nas relações, universalização de princípios e concepções para gerar uma aprendizagem mútua e promover a construção de um novo conhecimento que todos os membros da equipe possam compartilhar.[13]

Outra atividade realizada por enfermeiros nesse novo modelo é a visita domiciliar. As visitas domiciliares constituem um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e sua família. Por meio desse recurso, pode-se entender a dinâmica familiar, verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário e auxiliar a reintegração do usuário no domicílio. Nos depoimentos a seguir, podemos perceber a tentativa dos enfermeiros de inserir a família no contexto do cuidado, conhecer a realidade vivenciada pelo usuário e estabelecer vínculos. A visita domiciliar pode ser um recurso muito enriquecedor e útil para atingir tais propósitos.

> *Sempre tentando interagir junto com a família, porque geralmente quando a gente vai na visita domiciliar ou quando a gente vai buscar a pessoa em casa, ou quando a gente vai levar, a gente já explica direitinho da medicação, qual é o funcionamento dela, por que tem que tomar.* (E4)

> *Visitas domiciliares, acompanhadas por um psicólogo ou até algumas vezes eu e um auxiliar de enfermagem fazemos o acompanhamento, administramos a medicação para paciente em casa em algumas situações que eles não têm como vir ao CAPS.* (E5)

> *Nas visitas se fazem aconselhamentos, todo manejo verbal quando necessário [...], orientações educativas, de saúde, tanto para os pacientes quanto para os familiares.* (E6)

Por meio das visitas domiciliares, a enfermagem tem a possibilidade de interagir com o usuário em seu ambiente familiar, orientando e oferecendo suporte para a família deste, contribuindo, assim, para que ambos possam conquistar condições de viver, trabalhar e produzir, convivendo com o transtorno mental de forma mais positiva.[14]

Para o trabalho proposto na concepção psicossocial de reabilitação e reinserção social são necessários instrumentos que proporcionem a escuta e a valorização do sujeito que sofre mentalmente.[4] Nesse contexto, uma atividade que se caracteriza como espaço de escuta e valorização das subjetividades refere-se aos grupos terapêuticos. O grupo permite um processo de identificação, no qual os membros podem ver no outro o reflexo da própria realidade, pois o ato de ouvir o relato do outro pressupõe a disponibilidade para acolher o sofrimento e a angústia do próximo e procurar pontos de contato e vivências semelhantes em suas narrativas.[15]

Por meio das entrevistas, percebemos que uma atividade desenvolvida com frequência pelos enfermeiros é a participação em grupos terapêuticos. Cada serviço constrói suas atividades de acordo com a necessidade apresentada no contexto. Assim, foram apontados diversos tipos de grupos que são desenvolvidos pelos enfermeiros (grupo de familiares, medicação, conversação, de dependência química). Entretanto, o envolvimento maior dos enfermeiros é com o grupo de medicação:

> *A gente fez uma parte de observações, quem é o paciente, é semanal essa prescrição, então o que esse paciente vai fazer uso, se ele está aceitando bem a medicação, se ele não está aceitando, como é que ele está naqueles dia são os comentários da semana, que é para o psiquiatra nas terças-feiras, e a gente junto (grupo de medicação), ah, ver de que forma que a gente vai abordar essa medicação nele.* (E4)

> *Eu tenho grupo de medicação, então aí eu acompanho o doutor, especificamente, no grupo. Aquele grupo às vezes tem duração de mais ou menos umas duas horas e a gente fica, então, todo o tempo. Eu coordeno esse grupo, faço intervenções todas às vezes que for necessário, oriento esses pacientes no final do grupo. A gente sempre senta e ainda tenta discutir algumas situações que vieram no grupo, avalia como é que foi aquele, aquele funcionamento do grupo.* (E5)

Outra atividade que os enfermeiros desenvolvem no cotidiano dos serviços, segundo as entrevistas, é a coordenação e a participação nas oficinas terapêuticas.

Surgiram as seguintes modalidades de oficinas: marcenaria, música, artes e cuidados pessoais (higiene). Sendo esta última oficina aquela com a qual mais o profissional enfermeiro se envolve:

> *Eu tenho a oficina de costura, que é um grupo que eu trabalho com as usuárias [...]. Ajudo eles a iniciar as atividades.* (E11)

> *A* (oficina) *de higiene, cuidados pessoais é pela qual fiquei responsável [...]. A gente chama oficina de beleza ou cuidado, ou higiene; cada hora a gente dá um termo. Então, no dia da oficina, a gente tem fixas duas pessoas que tomam banho aqui e outros a gente faz cuidado das unhas, orientações diversas e tal. Então, é muito engraçado, porque antes muitos vinham cheirando a xixi e não queriam tomar banho, a gente conversa, conversa, e agora já vem para tomar o banho aqui, trazendo a roupa de casa, limpa pra botar.* (E12)

> *Ver o paciente como um todo nas oficinas, observando se há algum distúrbio, se ele está participando, aquela coisa toda.* (E13)

Segundo o Ministério da Saúde, as oficinas são caracterizadas como "[...] atividades grupais de socialização, expressão e inserção social, cujo objetivo é proporcionar maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania."[16]

As oficinas propiciam ao usuário participar de uma atividade criativa/laborativa, compartilhar com os demais seus sofrimentos, além de ser um espaço que propicia o treino da socialização. Essas oficinas proporcionam envolvimento do usuário em tarefas que trabalham suas limitações motoras e também suas habilidades, bem como os colocam diante de algo que podem construir. [17]

Pelo fato de muitos enfermeiros entrevistados ocuparem o cargo de coordenador do serviço, a participação em reuniões de coordenadores dos Serviços de Saúde Mental foi uma atividade bastante citada como uma das funções dos enfermeiros nesse novo modo de atenção. Com essas mudanças no trabalho de gestão, percebemos que o enfermeiro está se distanciando da posição de submissão ao saber médico, posição ocupada no modelo manicomial, e assumindo a responsabilidade de participar dos processos decisórios de gestão local.

Essa função abre possibilidades para novas práticas de gestão, mais participativas, mais democráticas. A gestão do trabalho pode ser reorganizada, ressignificada, democratizada, e a nova função de coordenação do serviço pode acrescentar aos enfermeiros mais controle sobre o próprio trabalho, por meio de práticas mais solidárias. Entretanto, a tensão entre um modelo ou outro pode ser constante e precisa ser permanentemente questionada e repensada, para que a gestão do serviço não caia na lógica gerencialista, baseada na produtividade, na eficácia e na eficiência, bastante frequente na administração pública e conhecida como novo gerencialismo.[18] As responsabilidades assumidas nessa função estão descritas nas seguintes passagens:

> *Como eu coordeno o serviço, então, em função disso eu tenho até às vezes muita atividade burocrática, tanto dentro do CAPS como nas reuniões fora do CAPS, que isso que envolve a parte da minha coordenação em função do cargo de coordenadora... Me envolvo resolvendo coisa administrativa, com relação a alimentação dos pacientes, orientando a merendeira, vendo se tem alguma coisa pra consertar, tudo que envolve o funcionamento do CAPS.* (E5)

> *Como coordenadora do serviço, eu participo de uma reunião na Secretaria de Saúde com todos os coordenadores e com o coordenador-geral da saúde mental e se discute realmente como é que está andando os serviços, a problemática, tenta fazer soluções, mas, enfim, discute-se se deve colocar na mesa exatamente as necessidades de cada serviço CAPS.* (E9)

> *Como eu estou na coordenação agora, há muita coisa pra resolver internamente, na parte administrativa, burocrática [...]. Fora a reunião que fora do serviço [...]. Eu corro pra um lado, corro pra outro, porque daqui a pouco eu estou na enfermagem resolvendo um problema lá, estou na cozinha resolvendo um problema com as gurias da cozinha ou estou na recepção vendo o que está ocorrendo na recepção. são vários setores que funcionam e você tem que estar fiscalizando ou então até pessoas te solicitam 'ah você liga pra vê tal coisa na secretaria', então tudo passa por mim.* (E11)

Os processos de mudanças das práticas assistenciais devem ser direcionados para a equidade e a gestão participativa. Esses processos devem ser efetivados num espaço operativo, no qual se estabeleçam relações de proximidade entre as instituições de saúde e entre os grupos sociais. Nesse sentido, as reuniões dos coordenadores e a reunião do conselho gestor – outra atividade citada pelos enfermeiros – configuram-se como uma estratégia eficaz na construção de novos caminhos para a efetivação da reforma psiquiátrica.

> *A gente tem no CAPS um conselho gestor, já tem mais ou menos um ano e meio de funcionamento, então eu também coordeno a reunião desse conselho gestor, então ele acontece uma vez no mês. Eu estou junto com os usuários, tem representantes dos usuários familiares e técnicos, então eu coordeno essa reunião também.* (E5)

Assim, percebemos que os enfermeiros estão auxiliando na construção de espaços nos quais os usuários e seus familiares possam expressar suas subjetividades e participar dos processos decisórios. Isso vai ao encontro do que apregoa a atenção psicossocial, que[13-11] busca a reconstituição do sujeito em sofrimento psíquico, portanto o indivíduo participa de seu tratamento. O objetivo não é a remissão total da sintomatologia, ou seja, a cura; o que se procura efetivar é a produção de vida nas pessoas e a diminuição do sofrimento psíquico. Assim, o sujeito, além de ser o agente dos conflitos, passa a se reconhecer no processo, reposicionando-se subjetivamente e buscando possibilidades de mudanças para sua reinserção social, e não mera adaptação social.

A assembleia é outro recurso terapêutico utilizado nos serviços substitutivos que possibilita aos usuários e familiares melhores níveis de cidadania, autonomia e contratualidade social, incentivando-os a participar de trocas sociais. A assembleia é um momento para encontro e o confronto, no qual as pessoas tenham a possibilidade de decidir pessoalmente, sem estarem sujeitas a uma organização que lhes confere o status de sujeitos sem direitos.[19] Nos relatos, podemos apreender que os enfermeiros participam e reconhecem a importância da presença e da participação de todos os atores sociais do serviço (usuários, profissionais e familiares);

> *Maior concentração de usuários, porque é o dia que acontece a nossa assembleia. Nessa assembleia participam todos os usuários que estão presentes no CAPS, todos os técnicos presentes [...]. A gente faz uma ata, geralmente um usuário faz a ata, a gente levanta a pauta. Como sou coordenadora, faço a pauta da área administrativa, de eventos, de atividades, passo as informações para os usuários. A gente coloca nessa pauta para repassar item por item; os usuários também colocam na pauta assuntos que eles querem discutir.* (E5)

> *Também faço a assembleia dos usuários, dos intensivos, assim todas as semanas; na realidade a equipe toda deveria participar sempre; eu sempre participo.* (E14)

Para que um serviço tenha possibilidade de produzir a subjetividade dos sujeitos, necessita ser construído com base no conhecimento, na cultura, na dinâmica social e de práticas que excedam a teoria, uma vez que as teorias ainda não dão conta da complexidade das práticas.[20] Nesse sentido, o cenário terapêutico se expande para permitir múltiplas narrativas, relações e pontos de contato em que seja possível pensar os diferentes níveis de complexidade envolvidos no processo de reabilitação psicossocial.

Nesse contexto, as iniciativas de lazer e sociabilidade, como festas, passeios e jogos, se configuram como uma estratégia que promove um envolvimento de aspectos afetivos, sociais e comunitários, que são fundamentais para a superação da doença.

> *Eu acompanho os pacientes nas atividades que eles fazem fora do CAPS... acompanho os pacientes em todos os passeios que eles fazem.* (E6)

> *Se tem alguma festa, porque às vezes tem festinha, então a gente vai e participa com eles. Todas as atividades que a gente tem, como o carnaval – a gente faz o carnaval aqui dentro –, então a gente se fantasia junto com eles, ou se tiver que ir na comunidade que tem uma festa num outro CAPS, a gente vai nessa outra festa.* (E13)

A realização de festas consegue liberar as instituições de algumas regras que não se justificam mais, e os sujeitos ganham mais liberdade e movimento para questionar normas cristalizadas. Para os usuários, a festa pode significar um valioso instrumento de ruptura, no sentido de reordenar as coisas internas e externas, mediante a exploração de formas diversas de se relacionar com as pessoas.[20]

CONCLUSÃO

Embora reconheçamos que na mudança de paradigma – asilar para o psicossocial – surjam dificuldades e limites para a organização de um cuidado que respeite a subjetividade dos sujeitos e corresponda às suas necessidades, consideramos que a Reforma Psiquiátrica e o modo psicossocial trouxeram a possibilidade de os enfermeiros redimensionarem sua função mediante a ressignificação de atividades já desempenhadas no modo asilar e da organização de novas atividades, contribuindo para a especificidade da prática do enfermeiro no contexto dos serviços substitutivos.

Assim, na análise do trabalho que os enfermeiros estão desenvolvendo, podemos perceber que o olhar desses profissionais está se ampliando no sentido de compreender os fatores individuais e coletivos e suas inter-relações com as questões sociais, políticas, econômicas, culturais, éticas e biológicas, visando à possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos em sofrimento psíquico e a de seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira FB. Construindo saberes e práticas em saúde mental. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária; 2002.

2. Amarante P, organizador. Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

3. Dias M. Saúde Mental: é possível uma política, coletiva, integral e de cidadania. Divulgação em Saúde para Debate. 2001 dez; 23:86-95.

4. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. Rev Latinoam Enferm. 2003 jun; 11(3):330-40.

5. Costa-Rosa A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p.141-68.

6. Kantorski LP. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas reflexões preliminares. Rev Latinoam Enferm. 1997; 5(2):5-15.

7. Silva ALA, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(3):441-9.

8. Mostazo RR, Kirschbaum DIR. Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. Rev Latinoam Enferm. 2003 dez; 11(6):786-91.

9. Silveira MR, Alves M. O enfermeiro na equipe de saúde mental – o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. Rev Latinoam Enferm. 2003; 11(5):645-51.

10. Foucault M. Vigiar e Punir: história da violência nas prisões. Petrópolis: Ed. Vozes; 1991.

11. Zerbetto SR, Pereira MAO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(1):112-7.

12. Paschoal AFFM. Reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade e papéis profissionais. In: Telles Filho PCP, Cobbo AFF, organizadores. A Enfermagem na atualidade: ensino, pesquisa e extensão. Porto Ferreira: Editora Gráfica São Paulo; 2003. p.199-209.

13. Kirschbaum DIR, Paula FKC. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas-SP. Rev Latinoam Enferm. 2001; 9(5):77-82.

14. Reinaldo MAS, Rocha RM. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: ideias para hoje e amanhã. Rev Eletrônica Enferm. 2002; 4(2):36-41. [Citado 2009 jan. 13]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br

15. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2001.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5ª ed. Brasília: MS; 2004.

17. Kantorski LP, Machado AT, Oliveira CA. Centro de Atenção Psicossocial: reinventando o cuidado em saúde mental. Texto & Contexto Enferm. 2000; 9(1):233-43.

18. Hypolito AM. Estado Gerencial, Reestruturação Educativa e Gestão da Educação. RBPAE. 24(1):63-78.

19. Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

20. Melman J. Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica. In: Fernandes MI. A, Scarcelli IR, Costa ES, organizadores. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1999. p.171-86.

Data de Submissão: 2/3/2009
Data de Aprovação: 2/8/2010

CUIDADOS REQUERIDOS POR USUÁRIOS DE *CRACK* INTERNADOS EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

CARE REQUIRED FOR USERS OF INTERNAL CRACK IN AN INSTITUTION HOSPITAL

CUIDADOS NECESARIOS PARA USUARIOS DE CRACK DEL INTERIOR DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALAR

Dime Everton Feijó Magalhães[1]
Mara Regina Santos da Silva[2]

RESUMO

Estudo centrado no problema da dependência ao *crack*, cujo objetivo é conhecer as práticas de cuidado que, segundo o ponto de vista das pessoas dependentes, são importantes para sua recuperação. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido com sete usuários de *crack*, em regime de internação em um hospital psiquiátrico da região sul do Estado do Rio Grande do Sul. Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, realizada em janeiro de 2008, na própria instituição, enquanto os participantes estavam internados. Os resultados apontam como necessidades prioritárias, no processo de recuperação, a existência de uma relação mais humana com os profissionais de saúde, o apoio da família e o aproveitamento produtivo do tempo livre durante a internação. Apontam, também, algumas razões que determinam a busca de ajuda profissional e as expectativas em relação à internação hospitalar.

Palavras chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Cocaína; Crack; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Study focused on the problem of crack addiction whose goal is to discern the health care practices that, according to drug dependents, contribute to their recovery. This is a qualitative, descriptive and exploratory study developed with seven crack users hospitalized in a psychiatric hospital, at the southern of the state of Rio Grande do Sul. The data was collected through semi-structured interviews, held in January 2008, in the institution itself, during the participants stay hospital. The results demonstrate the priority need for a more humane relationship with health professionals, for the family support and for the productive use of free time during hospitalization. The study reveals also some of the reasons that determine the search for professional help and the expectations in relation to the hospitalization process.

Keywords: Substance-Related Disorders; Crack; Cocaine; Nursing care.

RESUMEN

Estudio centrado en el problema de la adicción al *crack* realizado con el objeto de conocer las prácticas de cuidado que, según el punto de vista de las personas dependientes, son importantes para la su recuperación. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo exploratorio llevado a cabo con siete usuarios de *crack* internados en un hospital psiquiátrico el la región sur del Estado de Río Grande do Sur. La recogida de datos se realizó en el hospital, con los pacientes internados, en enero de 2008, en entrevistas semiestructuradas. Los resultados apuntan como necesidades prioritarias en el proceso de recuperación la relación más humana con los profesionales de salud, el apoyo de la familia y el aprovechamiento productivo del tiempo libre durante la internación. Apuntan, también, algunas de las razones que determinan la búsqueda de ayuda profesional y las expectativas en cuanto a la internación hospitalaria.

Palabras clave: Trastornos Relacionados con Sustancias; Cocaína; Crack; Atención de Enfermería.

[1] Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG.
[2] Enfermeira. Docente da Escola de Enfermagem da FURG. Doutora em Enfermagem.
Endereço para correspondência – Mara Regina Santos da Silva: Rua Frederico Carlos de Andrade, 750 – Cassino-Rio Grande/RS. CEP: 96208-050.
E-mail: marare@brturbo.com.br

INTRODUÇÃO

Nenhuma droga, atualmente, tem chamado tanta a atenção como o *crack*, dada sua crescente e indiscriminada disseminação entre a população Somente na instituição hospitalar em que este estudo foi desenvolvido, dos 18 leitos disponibilizados para tratamento de dependentes químicos, observou-se que, em um único dia, 12 deles estavam ocupados por pacientes com histórico de envolvimento com *crack*. Essa observação restringe-se a uma única unidade de internação que presta assistência aos usuários do sexo masculino. Se considerarmos as demais unidades existentes na instituição, incluindo a ala feminina e o setor de convênios, o número de dependentes de *crack* de ambos os sexos aumenta, embora o percentual possa baixar, já que nessas unidades também internam portadores de outros diagnósticos, como esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão.

Dentre as razões que explicam o "sucesso" dessa droga entre os usuários, pode-se destacar seu baixo custo, o que a torna acessível a todas as classes sociais. Uma pedra pequena de *crack* custa, em média, 5 reais na região onde os dados foram coletados, enquanto 0,5 g de cocaína, quantidade suficiente para proporcionar sensação semelhante, custa em torno de 10 reais. Entretanto, mesmo tendo um preço relativamente baixo, ele se torna alto, em médio prazo, dada a quantidade de droga necessária para suprir as carências dos usuários em relação à droga.

Outros fatores que podem explicar a popularização do *crack* incluem: sua potência até seis vezes maior do que a cocaína; a rapidez com que surgem os primeiros efeitos estimulantes, em geral, de 10 a 15 segundos; e a rapidez com que se instala a dependência. Além desses, é preciso considerar que o *crack* representa uma fonte de renda produtiva para os traficantes e para os fornecedores, uma vez que após os primeiros contatos com a droga torna-se difícil para o usuário evitá-la, o que assegura a manutenção do "cliente".[1]

As complicações decorrentes do uso do *crack* comprometem diversas dimensões da vida dos usuários e das pessoas que com eles convivem. Do ponto de vista orgânico, atinge funções vitais – por exemplo, a função pulmonar, com redução da capacidade de expiração; o sistema cardiovascular, com reações hipertensivas e taquicardia, podendo chegar à parada cardíaca por fibrilação ventricular; o sistema neurológico, com a probabilidade de convulsões e acidente vascular cerebral hemorrágico; e outras complicações associadas às comorbidades psiquiátricas, como síndrome do pânico e depressão severa,[2,3] dentre outras.

A repercussão da droga transcende os malefícios de ordem individual e orgânica e afeta, também, o contexto familiar, de forma que a pessoa dependente do *crack* não se torna a única vítima da droga. Dado o caráter incontrolável do consumo, essa pessoa passa a gastar o dinheiro não apenas dela, mas também aquele destinado ao sustento da família, uma vez que vende suas roupas, eletrodomésticos, aparelhos eletrônicos, o carro... enfim, pode chegar a vender a própria casa para conseguir dinheiro para obter o *crack*.

Do ponto de vista social, a vida da pessoa dependente de *crack* tende a ruir de forma muito mais rápida do que geralmente acontece com qualquer outra droga. Nos primeiros contatos com o *crack*, o usuário goza de uma inigualável sensação de prazer, fantasiando um mundo sem limites e sem problemas. Sua rede social amplia-se, surgem novos parceiros e aumenta sua popularidade entre os colegas. Em pouco tempo, porém, a situação inverte-se, surgindo uma sensação de vazio, angústia e desespero, acompanhada do aumento do consumo da droga para tentar superar esses sentimentos e continuar usufruindo o prazer que obtinha inicialmente.

Contribui para agravar a situação social da dependência ao *crack* o fato de esse problema acontecer entre pessoas de qualquer idade, sexo, ou etnia, o que justifica a preocupação dos profissionais da saúde e da população em geral, já que o consumo dessa droga está comumente associado à criminalidade. Furtos e assaltos são comuns entre os usuários, dada a necessidade de uma fonte de renda para conseguir o *crack*.

O impacto devastador que esse conjunto de complicações tem sobre a vida das pessoas contribui, pelo menos em parte, para evidenciar a necessidade de instituir medidas que possam interromper a trajetória que leva à dependência. Diferentemente do que ocorre com a maioria das pessoas que se envolvem com outras drogas em que os familiares procuram ajuda profissional, no caso do *crack* são geralmente os próprios usuários que buscam ajuda nos serviços de saúde.

As opções de tratamento existentes na região onde este estudo foi realizado incluem clínicas de reabilitação, instituições hospitalares, Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e serviços comunitários. Esse conjunto constitui uma rede de serviços que atua em diferentes níveis de atenção e, teoricamente, estaria em condições de enfrentar os problemas relacionados à dependência química. Entretanto, trata-se de uma rede que não está conseguindo resultados satisfatórios, em termos de prevenção e reabilitação, visto que o número de usuários cresce a cada dia de maneira assustadora.

Embora haja grupos específicos de profissionais atuando para auxiliar os usuários do *crack* a se desvincularem da droga, um aspecto que contribui de forma negativa para que as ações realizadas não respondam satisfatoriamente é o desconhecimento de muitos trabalhadores da área da saúde mental sobre as formas efetivas de enfrentamento desse grave problema. Em geral, esses trabalhadores têm conhecimento dos efeitos do *crack* sobre o organismo, suas consequências familiares e sociais, no entanto poucos conhecem o tipo de ajuda de que essas pessoas necessitam para conseguir interromper o processo de dependência e ajudar os usuários a reconstruir a vida sem a droga. Da mesma forma, não está claro o papel das instituições hospitalares nesse tipo de dependência. Não se sabe até que ponto os hospitais podem realmente responder às necessidades das diferentes etapas

do processo de recuperação, ou se as intervenções realizadas nesse tipo de instituição são efetivas apenas no período de desintoxicação.

Com base nessas considerações, o objetivo com este estudo é conhecer as práticas de cuidado que, segundo o ponto de vista das pessoas dependentes de *crack*, são importantes no processo de reaprender a viver sem a droga; ou seja: a) conhecer as necessidades prioritárias envolvidas nesse processo de reaprendizagem; b) identificar as razões que determinam a busca de atendimento em um serviço especializado; c) conhecer as expectativas do dependente de *crack* quanto às práticas de cuidado dos profissionais no momento em que procura um serviço de saúde, particularmente os cuidados de enfermagem;

METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido com um grupo de sete usuários de *crack* internados em uma instituição hospitalar especializada em tratamento psiquiátrico. Todos são do sexo masculino, brancos, com idade entre 18 e 33 anos; seis são solteiros e um é casado; três têm o ensino médio incompleto; dois, o ensino fundamental incompleto; e dois são analfabetos. A renda familiar desses participantes variou entre R$ 500,00 e 2.000,00 e o tempo de uso do *crack* oscilou entre oito meses e oito anos. Para preservar-lhes o anonimato e a identidade, eles são identificados neste estudo pelos seguintes nomes fictícios: João, José, Marcos, Carlos, Antônio, Roberto e Pedro.

Foram considerados como critérios para a inclusão no estudo: ser portador de diagnóstico médico de transtorno relacionado a substâncias, de acordo com o DSM-IV-TR,[4] especificamente aqueles relacionados ao consumo de *crack*; estar na condição de internação voluntária (nomenclatura utilizada pela instituição para caracterizar as situações em que o usuário chega ao hospital por iniciativa própria); estar internado há, pelo menos, quinze dias, para assegurar a familiarização com a instituição; concordar em participar da pesquisa (mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Foram excluídos do estudo usuários de *crack* portadores de patologias como transtorno bipolar, esquizofrenia, ou quaisquer outras condições que pudessem interferir nos resultados da pesquisa ou no tratamento do paciente.

O local escolhido para recrutar os participantes deste estudo foi um hospital especializado em atendimento psiquiátrico, de caráter filantrópico, localizado no extremo sul do Brasil. Esse hospital possui cem leitos, distribuídos em quatro unidades: setor de convênios (com pacientes de ambos os sexos e portadores de diversos diagnósticos); setor de dependência química (onde se encontravam os participantes deste estudo, somente com pacientes do sexo masculino, portadores de transtorno relacionado a substâncias); setor destinado a outros diagnósticos como esquizofrenia e transtorno do humor, também apenas para clientes do sexo masculino; e o setor feminino, que recebe pacientes portadoras de diversos diagnósticos. Dentre as opções de tratamento para dependentes de *crack* existentes na região, esse local foi escolhido por ser considerado referência em dependência química, recebendo clientes de diversas localidades do Rio Grande do Sul.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, realizada individualmente com os usuários no período de janeiro de 2008. Inicialmente, o foco da entrevista estava voltado para a obtenção de informações gerais que permitissem caracterizar os participantes (sexo, idade, renda familiar, estado civil, dentre outros). Em seguida, foram investigados os motivos que levaram os participantes a procurar um serviço de saúde especializado, suas expectativas em termos de tratamento, no momento da internação, e o tipo de cuidado que buscavam.

O projeto recebeu uma certificação ética tendo sido registrado sob o nº 037/2007. Todas as recomendações da Resolução nº 196/96 que regem a pesquisa com seres humanos foram respeitados ao longo do desenvolvimento deste estudo. Estão sendo divulgadas somente as informações dos participantes que estiveram de acordo com tal procedimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Necessidades prioritárias segundo as pessoas dependentes de *crack*

Os resultados deste estudo mostram que, apesar do impacto devastador que o consumo de *crack* produz na vida das pessoas e da característica aparentemente "incontrolável" de sua dependência, os usuários são capazes de identificar com certa facilidade suas necessidades e os cuidados profissionais que julgam relevantes para sua recuperação, mesmo que estes não sejam realizados na instituição onde se encontram internados.

Os sete entrevistados identificaram como necessidade prioritária no processo de recuperação a existência de uma *relação mais humana* com os profissionais que permitisse a livre expressão de seus sentimentos e emoções, por meio da qual pudessem receber afeto, cortesia, atenção e respeito como seres humanos. Quatro sujeitos referiram não ter encontrado na instituição esse tipo de relação com a equipe profissional. Entretanto, três entrevistados relataram que *alguns técnicos de enfermagem ajudaram no sentido de conversar, dar conselhos*. (José, Carlos, Pedro)

Os entrevistados enfatizam a relevância da atenção dos profissionais da saúde para com seus problemas, do ato de conversar, ouvir e discutir, como refere Pedro:

> *Precisava ter mais gente que conversasse conosco, que pegasse um por um e perguntasse como estás te sentindo e que dessem atenção e mostrassem caminhos diferentes*.

Da mesma forma, outro participante ressalta essa importância quando diz:

> *É bom desabafar com alguém, eu sinto falta disso aqui.* (Carlos)

Essas manifestações mostram que as pessoas que participaram deste estudo não recebem os cuidados mais essenciais que se espera de um serviço de saúde, ou seja, o ato de dar atenção. No entanto, todos os profissionais, de qualquer campo de atuação, são alertados, em algum momento de sua formação, quanto à necessidade e a importância de prestar um tipo de assistência que inclua cuidados como ouvir, conhecer as angústias dos pacientes, seus anseios, principalmente em um serviço de saúde mental que requer um ambiente terapêutico aberto à expressão e ao diálogo.

Roberto diz:

> *Quem me ajuda aqui* [no hospital] *não é médico nem psicólogo, é o rapaz da cozinha. Ele conversa comigo sobre Deus, família, essas coisas.*

Considerando que as práticas de cuidado são da responsabilidade de todos os profissionais que participam do tratamento do usuário, é preocupante a constatação de que o paciente encontra somente no copeiro o cuidado que considera indispensável para sua recuperação, embora este trabalhador não tenha recebido formalmente os conhecimentos específicos sobre saúde mental. Isso em uma instituição de saúde que conta com profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, os quais compõem a equipe que, teoricamente, deveria estar preparada e é considerada indispensável para o tratamento de um problema como a dependência química.

A literatura da área de enfermagem em saúde mental refere que o *relacionamento significativo* é função primordial na assistência de enfermagem, pois é por meio dele que o enfermeiro acolhe o paciente e tem a oportunidade de conhecer suas necessidades, seus sentimentos e pensamentos, seus propósitos. Com base nesse conhecimento que adquire, o enfermeiro pode, com mais propriedade, ajudar o paciente a desenvolver a capacidade de gerenciar seus problemas, satisfazer suas próprias necessidades e integrar-se ao processo de recuperação de sua saúde.[5] As falas dos sujeitos entrevistados neste estudo evidenciam que são práticas de cuidados básicos que estão sendo requeridas, ou seja, ações que certamente integram o tipo de relacionamento significativo referido e que possibilitaria aos sujeitos deste estudo criar um "espaço" de trocas com os profissionais, traçar metas e desenvolver estratégias para alcançá-las. Enfim, são cuidados elementares, mas valiosos em um tipo de assistência que visa ajudar os dependentes de *crack* a reconstruir uma trajetória de vida sem a droga.

Outra necessidade apontada por quatro participantes desta pesquisa foi o *apoio da família* como algo que ameniza o isolamento na instituição. A frequência de visita dos familiares foi referida como determinante para o processo de adaptação à instituição e ao confinamento a que são submetidos durante o período em que estão internados. Roberto afirma:

> *Minha mãe é tudo para mim, ainda bem que ela sempre vem nas visitas, faz o tempo aqui dentro passar mais rápido e tudo parecer mais fácil.*

Os participantes moradores de regiões mais distantes, que não recebem visitas de familiares com frequência, demonstram uma maior fragilidade nesse aspecto. Antonio relata:

> *Tinha que haver um jeito de distrair quem não recebe visita. Eu sou de fora, sinto uma saudade imensa da minha mãe e nos dias de visita entro em depressão porque vejo todos saindo para receber seus parentes e eu fico sozinho no pavilhão.*

Dos quatro sujeitos que identificaram o contato com a família como necessidade prioritária na recuperação, três eram procedentes de outras regiões.

A relação com a família nas situações de dependência química, geralmente, é conflituosa, dentre outras razões, pelo comportamento de irritabilidade dentro de casa, pelos constantes furtos de objetos e de dinheiro dos familiares e pelo envolvimento com a polícia. Apesar disso, a família continua sendo o grande referencial de segurança para o usuário de *crack*, prevalecendo os vínculos afetivos. Quando obrigados a se distanciarem dos familiares, como geralmente acontece em uma situação de internação hospitalar, essas pessoas perdem um dos poucos referenciais positivos que lhes restaram, surgindo, assim, mais um obstáculo para o processo de sua recuperação. Esse fator é consideravelmente agravado quando se trata de pessoas que residem em regiões afastadas da instituição escolhida para o tratamento, tornando-se esporádica ou até mesmo inviável a realização de visitas. José reclama:

> *Eu sinto muita falta da minha família e, às vezes, fico muito triste. Minha mãe não vem me ver porque é muito longe e tem que tomar conta da guria, daí fica ruim pra mim.*

A importância da família como contexto de recuperação é um consenso entre autores e profissionais que tratam da dependência química. Entretanto, desde que o *crack* passou a ter prioridade na vida de um de seus membros, a família acumula uma gama de problemas que inclui, além do comprometimento das condições físicas e emocionais, o estigma social que promove sua segregação social, desgastando as relações internamente e fragilizando seus vínculos tanto interna quanto externamente. Assim, é importante que os profissionais tenham clareza de que, para ser capaz de constituir-se em um apoio no tratamento do dependente de *crack*, a família também precisa ser cuidada para que possa modificar a condição de vulnerabilidade em que geralmente se encontra, em decorrência da dependência de um de seus membros.

Como ponto de partida, é preciso considerar que grande parte das famílias sente-se culpada e envergonhada pela situação que enfrenta, pelo fato demorar muito tempo para admitir o problema que está vivenciando e procurar ajuda externa.[6] Apesar disso, a participação dos familiares no tratamento da pessoa dependente é um fator relevante que merece investimento, seja mediante atendimento individual, especialmente com aqueles mais diretamente envolvidos no problema, seja por meio de intervenções no âmbito da comunidade visando promover a integração social da família. Principalmente o encontro de famílias que compartilham da mesma problemática pode ser produtivo, uma vez que se cria um espaço de intercâmbio de experiências, sustentado na solidariedade e ajuda mútua, e no qual as famílias compartilham suas angústias e as informações fundamentais para a melhor compreensão da condição de dependência química.

Ainda, outra necessidade prioritária apontada por três participantes foi *a ocupação produtiva do tempo dentro da instituição*, com atividades que possam ajudá-los a desviar a atenção, mesmo que temporariamente, da droga e da realidade em que estão inseridos. João diz que *esperava um pouco mais de praxiterapia aqui* [no hospital]. *Eu sei o que é uma pessoa enlouquecer por não ter o que fazer.*

É notória a relação entre o excesso de tempo livre, gerado pelo desemprego, pelo êxodo escolar e pelo histórico de dependência química, a qual é evidenciada quando João refere que *a falta de distração era um dos motivos que me levava, lá fora, a usar a droga*. Portanto, a ocupação produtiva do tempo ocioso dentro da instituição hospitalar deve ser uma preocupação dos profissionais, pois, embora a pessoa esteja isolada do seu ambiente externo, o pensamento ocupado persistentemente com a droga representa um obstáculo no processo de aprender a viver sem o *crack*. Além disso, a inércia dentro de uma unidade psiquiátrica é um fator que contribui negativamente para a autoestima e a autoimagem da pessoa, as quais geralmente já estão comprometidas quando se trata de portadores de dependência química. Marcos diz que *teria que ter uma terapia com atividades como desenhos, para eu botar pra fora o que eu sinto de ruim*.

Manter o tempo ocupado com atividades produtivas e prazerosas que possam substituir a droga e reforçar a decisão pessoal de não reincidir no seu consumo foi ressaltado, também, por adolescentes que participaram de outro estudo desenvolvido em 2002, no Rio Grande do Sul,[7] no qual se considera que as atividades são produtivas quando fazem parte de uma proposta de redirecionamento de uma trajetória de vida. Assim, o conjunto de atividades planejadas para pacientes internados em uma instituição psiquiátrica precisa, dentre outras coisas, ter o compromisso de articular o sujeito e seu contexto; promover o encontro entre necessidades e recursos em relação ao momento que estão vivendo; criar condições de bem-estar e autonomia; oportunizar o encontro e o diálogo entre os companheiros, respeitando as diversidades.[8] As atividades são, portanto, uma oportunidade de convivência, de aquisição de novos conhecimentos, novas linguagens e um tempo para repensar os projetos de vida.[8]

No caso deste estudo, a inexistência de uma rotina de atividades na instituição onde os dados foram coletados produz nas pessoas que estão internadas um sentimento desanimador de inércia e tédio, que por sua vez intensifica o desejo de consumir o *crack* em busca de sensações prazerosas.

Somando as queixas referidas, em que os pacientes reivindicam uma relação mais humana com os profissionais, pode-se deduzir que nessa instituição, no período de abrangência deste estudo, tanto a comunicação verbal quanto a não verbal, representada pelas atividades requeridas, constituem fragilidades importantes no serviço.

Razões que determinam a busca de atendimento profissional

O ser humano vivencia no universo dinâmico em que está inserido estados de desequilíbrio gerados de necessidades insatisfeitas.[9] Na intenção de recuperar uma condição mais satisfatória, a pessoa busca a satisfação dessas necessidades, mas nem sempre seus recursos pessoais e familiares são suficientes para suprilas[9]. Então, é a partir desse ponto que se faz necessária a intervenção de pessoas habilitadas. Quando se trata de dependência química, essa busca por auxílio pode não ser uma iniciativa voluntária da própria pessoa, embora essa seja a forma mais efetiva, já que nessas condições o indivíduo torna-se mais cooperativo no seu processo de recuperação.

Neste estudo, evidencia-se que há um considerável distanciamento entre a forma espontânea de procurar um serviço de saúde especializado e a forma passiva de fazê-lo, ou seja, a concordância em aderir a um tratamento, seja por uma decisão da família, seja por qualquer outra razão que não a vontade própria.

A concordância passiva com a internação, verificada neste estudo, foi determinada por necessidades familiares e/ou sociais, como meio de escapar de um ambiente conflituoso e muitas vezes hostil. A pessoa dependente de *crack* aceita aderir ao tratamento como forma de aliviar essa tensão entre os familiares e os amigos. Com isso, encontra-se internada na instituição uma pessoa que decidiu estar lá, mas sem interesse real na sua recuperação, ou seja, que precisa dessa internação por outras razões.

O desinteresse do paciente pela própria recuperação, em geral, é percebido pela equipe profissional, que acaba absorvendo essa indiferença e, gradativamente, é tomada pelo desânimo e pela desesperança quanto ao prognóstico do paciente. Dentre os sete entrevistados, somente três procuraram atendimento na instituição por vontade própria, em busca de auxílio para voltarem a viver sem a droga. Pedro diz:

Não quero mais essa vida pra mim, sempre fui uma pessoa boa, não quero viver preso nessa droga pra sempre.

Os demais respondentes buscaram a instituição por se sentirem pressionados e, sem outra opção, cederam à insistência de terceiros. Nesses casos, deixaram evidente que não tinham o desejo de abdicar do *crack*.

As razões que determinaram a concordância passiva com a internação foram diferentes para cada um dos outros quatro sujeitos. João procurou ajuda na instituição por falta de opção. Dependente do *crack*, já não tinha dinheiro para morar sozinho com a namorada, nem poderia morar com seus pais, pois não tinha coragem de procurá-los depois de decepcioná-los por tantas vezes:

Decidi internar porque o crack *só atrasa a minha vida, estou destruindo tudo que eu tenho, não tenho mais nada dentro de casa e meu pai, nem sei se vai voltar a falar comigo.* (João)

No caso de José, a iniciativa de buscar ajuda não partiu dele, mas de sua mãe. José apenas concordou em se internar, já que se não o fizesse perderia, além da confiança da mãe, sua liberdade, permanecendo sob supervisão contínua dentro da própria casa:

Minha mãe me trouxe pra cá porque não podia mais me deixar sozinho em casa, quando eu ficava, fumava tudo. Me sentia muito mal com isso, um cara velho que precisa de babá. (José)

Roberto buscou ajuda profissional no hospital porque queria a guarda definitiva da filha e, de acordo com a legislação, ele só poderia obtê-la quando conseguisse provar que não era mais dependente de *crack*. Já Carlos, sem esperança de recuperação, procurou ajuda na instituição por causa de problemas clínicos causados pelo consumo excessivo do *crack*. Relata que para ele é uma oportunidade de permanecer um período, mesmo que apenas o de internação, sem consumir a droga:

Eu sei que vou ser um viciado pra sempre, vou ser um dependente para o resto da minha vida, só procurei ajuda porque não conseguia mais dormir. Eu deitava a cabeça no travesseiro e não conseguia dormir pelo arrependimento. O corpo cansa depois de três ou quatro dias sem dormir, só usando, daí eu caía em cansaço e começava a pensar um monte de bobagens. (Carlos)

O sucesso de qualquer tratamento depende da motivação para a mudança e da existência de um contexto de apoio.[10] A motivação para a mudança envolve a conjunção entre consciência do problema e desejo de mudar. Sem atender a essa condição, não é possível iniciar um projeto de mudança. As condições contextuais de apoio incluem a família, o acompanhamento apropriado, grupos e redes de amigos, dentre outros. No processo de recuperação espera-se que a pessoa modifique suas escolhas, mas o desafio maior é substituir a rotina centrada na droga por novos hábitos, novos objetivos, restabelecer o convívio familiar, aprender a administrar as situações de risco para recaídas, ou seja, reaprender a viver sem o *crack*.[7]

Um aspecto importante que deve ser levado em conta é que as pessoas que chegam para tratamento em virtude de pressões familiares ou por iniciativa de outras instâncias podem ser motivados e aderir ao projeto de redefinir sua trajetória de vida, mas para isso é preciso inserir planos e ações concretas que possam sustentar a abstinência, e estes precisam ser definidos com o usuário de *crack* e sua família. Planos assistenciais elaborados unicamente do ponto de vista dos profissionais têm grandes possibilidades de não contemplarem as necessidades dos sujeitos a que se destinam e caminhar para o insucesso.

Expectativas dos dependentes de *crack* em relação às práticas de cuidado

Dos sete entrevistados, quatro declararam que não tinham maiores expectativas quanto ao período em que estariam internados na instituição. Esses quatro pacientes foram os mesmos que referiram em seus relatos ter procurado a instituição por outras razões que não o desejo de livrar-se da dependência. Dois afirmaram que não tinham qualquer expectativa e os outros dois declararam ter as mínimas possíveis, incluindo um curto período de internação e pouca medicação. Carlos diz:

Só não queria ter que ficar chapado de remédios, caindo pelos corredores com tantos comprimidos. Já José afirma: *Acho que daqui mais um dia ou dois já estou indo, vou fechar dez dias aqui e já me sinto legal.*

Os outros três participantes manifestaram que a expectativa era retomar a vida sem o *crack*, independentemente da maneira como os cuidados fossem desenvolvidos pelos profissionais. Pedro relata que

não estava preocupado em como iriam me tratar aqui dentro, eu só esperava que saísse curado, sem risco de recaída.

Existe forte relação entre a expectativa quanto à maneira como seriam cuidados durante a internação e a razão pela qual o sujeito procura o serviço de saúde. Ao buscar ajuda de forma espontânea, a pessoa, inevitavelmente, cria expectativas positivas para o período em que permanecerá internada, pois está acreditando que pode livrar-se da dependência e retomar sua vida sem o *crack*. Por outro lado, aqueles que se internam de forma passiva, em geral, não demonstram grandes anseios, pois o desejo real é de não estarem na instituição, portanto, não planejam seu futuro sem o *crack*.

A preocupação com a motivação dos pacientes para modificarem seu estilo de vida deve estar presente na organização de qualquer serviço que atende pessoas dependentes químicas, já que esta é determinante para a adesão ao tratamento.[10] Especialmente quando o uso da droga está associado às características de vida dos usuários, como é o caso dos sujeitos que participaram

deste estudo, é fundamental um tipo de cuidado que leve em conta os valores que orientam a vida do sujeito, pois estes definem os desejos e as escolhas que as pessoas fazem. É preciso, pois, um tipo de cuidado que possa reorientar o desejo no sentido de viver sem a droga.

O processo de recuperação da dependência de uma droga como o *crack* envolve duas etapas importantes: a abstinência e a manutenção desta. A primeira mobiliza aspectos importantes da dimensão individual da pessoa, ou seja, seu próprio corpo, suas emoções, o enfrentamento com as perdas que acumulou e as responsabilidades negligenciadas. Já a segunda requer profunda revisão do estilo de vida, das condições ambientais, assim como o resgate de vínculos, a reconstrução de relações, a recuperação do trabalho e a ressignificação do cotidiano sem a droga. Assim, para muitas pessoas que se tornaram dependentes do *crack*, viver sem a droga torna-se algo distante e idealizado, pois já fizeram inúmeras tentativas e conhecem bem as dificuldades e o sofrimento que enfrentam por não conseguirem, além de muitos perderem a esperança e a motivação.[11]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio de trabalhar com pessoas dependentes de *crack* tendo por objetivo ajudá-las a recriar uma existência sem droga, conforme orienta a Política de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde,[12] inclui a definição de estratégias, tendo como parâmetro as necessidades e expectativas de cada paciente. Para tanto, é imprescindível o estabelecimento de vínculo entre os usuários e os profissionais e a transformação dos serviços em locais de acolhimento e enfrentamento das situações individuais daqueles que buscam ajuda. Uma questão importante destacada nos resultados deste estudo é a ausência dos elementos essenciais dos cuidados profissionais ao ser humano que se encontra internado na instituição, justamente o vínculo e o acolhimento.

Os relatos dos sujeitos revelam a carência de atenção, afeto, empatia, comunicação, segurança familiar e o sentimento de ser produtivo. Essa lacuna criada pela ausência desses elementos importantes dos cuidados de enfermagem compromete a autoestima e a autorrealização dessas pessoas, com grande repercussão no processo que estão vivenciando. Revelam, também, que, com exceção das necessidades mais elementares, como alimentação, sono e repouso, as demais demonstram comprometimento. Dessa forma, constata-se que existe uma longa distância entre a realidade do sujeito usuário de *crack* internado, suas necessidades e anseios e a forma como os profissionais cuidam, possivelmente privilegiando aspectos medicamentosos e disciplinares dentro da instituição.

Os resultados deste estudo apontam fragilidades no processo de recuperação dos pacientes internados por dependência de *crack*, desde os cuidados mais elementares. No entanto, é preciso destacar que tais aspectos, sozinhos, não garantiriam a resolução desse problema, embora sejam vitais para o ser humano que se encontra sob os cuidados de enfermeiros, médicos, assistentes sociais e psicólogos. Deve-se compreender que a "epidemia" do *crack* tornou-se um problema muito sério na população, em decorrência da velocidade com que se instala e da sua repercussão no mundo atual, por isso requer uma atenção especial e cuidados complexos, muito além das questões abordadas neste estudo.

Cabe, no entanto, questionar por que, diante de uma situação tão devastadora como a dependência ao *crack*, as necessidades expressas por essas pessoas mantêm-se em níveis de aparente simplicidade – por exemplo, de serem ouvidos. É importante salientar que durante a realização das entrevistas houve a preocupação em deixar os sujeitos com o máximo de liberdade para que pudessem se expressar sem restrições, e assim mesmo nenhum dos sete entrevistados ultrapassou esse nível.

Enfim, os resultados deste estudo mostram que, seja qual for o papel desempenhado por uma instituição hospitalar no tratamento da dependência química, se restrito a desintoxicação ou mais do que isso, essa instituição tem a responsabilidade de acolher o sujeito, protegê-lo e assisti-lo, independentemente de curá-lo ou não curá-lo.[11] Com relação aos profissionais, os resultados evidenciam a necessidade de resgatar os saberes essenciais para uma prática que cuida fundamentada no princípio da sincronicidade com as necessidades dos pacientes, considerando que muitos podem, por vezes, não conseguir assumir a decisão de viver sem o *crack*, mas, mesmo assim, essas pessoas têm o direito ao cuidado profissional e de ter minimizados os riscos decorrentes do uso da droga.

Para finalizar, considerando que o conhecimento é construído de forma cumulativa e progressiva, acreditamos que os elementos apontados neste trabalho podem contribuir para estudos futuros, servindo como base para sua continuidade.

REFERÊNCIAS

1. Silva FA. Uso de drogas psicoativas: teorias e métodos para multiplicador prevencionista. Rio Grande: CEMPRE; 2005. 7 p.

2. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas. Cocaína. 2005. [Citado 2007 set. 11]. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/pergresp/coca2.htm#

3. Ferri CP, Laranjeira RR, Silveira DX, Dunn J, Formigoni MLOS. Aumento da procura de tratamento por usuários de *crack* em dois ambulatórios na cidade de são Paulo, nos anos de 1990 a 1993. Rev Assoc Méd Bras. 1997 jan./fev; 43(1) 25-8.

4. Manual de diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais -DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed; 2002.

5. Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. Comunicação em enfermagem. In: Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC, organizadores. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. São Paulo: Manole; 2008.

6. Silva MRS. A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: o papel da sensibilidade materna e do suporte social [tese]. Florianópolis (SC): Programa de pós-graduação em Enfermagem/UFSC; 2003.

7. Rigotto SD, Gomes WB. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. Psicol Teor Pesqui. 2002 jan./abr; 18(1):95-106.

8. Carlo MMRP, Celina CB. Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. 2ª ed. São Paulo: Plexus; 2001.

9. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

10. Ribeiro M, Figlie NB, Laranjeira R. Organização de serviços para a dependência química. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca; 2004. Cap. 30.

11. Queiroz IS. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. Psicol Ciênc Prof. 2001; 21(4):2-15.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Data de submissão: 31/7/2009
Data de aprovação: 2/8/2010

CONSELHOS DE SAÚDE: PERFIL DOS USUÁRIOS E DAS ENTIDADES POR ELES REPRESENTADAS

HEALTH COUNCILS: THE PROFILE OF THE USERS AND OF THE ENTITIES BY THEM REPRESENTED

CONSEJOS DE SALUD: EL PERFIL DE LOS USUARIOS Y DE LAS ENTIDADES POR ELLOS REPRESENTADAS

Bárbara Sgarbi Morgan[1]
Bruna Jacomini Martins[2]
Luciana Inês Fernandes[3]
Márcia dos Santos Pereira[4]
Marisa Antonini Ribeiro Bastos[5]

RESUMO:
O objetivo com este estudo foi descrever o perfil dos usuários que participam de Conselhos de Saúde brasileiros e das entidades por eles representadas. Foi utilizada como estratégia metodológica a revisão integrativa da literatura indexada nas bases de dados do SCIELO, MEDLINE e LILACS. A amostra foi constituída por sete estudos primários, publicados no período de 2002 a 2006. Constatou-se que os conselheiros usuários dos estudos analisados, em sua maioria, são do sexo masculino, têm idade entre 31 a 72 anos e formação de nível superior completo ou incompleto. Entre as entidades representadas pelos usuários, destacam-se as associações de moradores, portadores de deficiências e portadores de patologias. Identifica-se que as entidades de maior expressividade são compostas por pessoas portadoras de alguma patologia ou deficiência, que, por objetivos em comum, se unem em busca de ganhos cíveis que amenizem o fato de "serem" ou "estarem" doentes. Os Conselhos de Saúde dos estudos analisados se concentram na região Sudeste do Brasil. Conclui-se que, apesar das dificuldades, os Conselhos de Saúde, órgãos legitimados pela Constituição brasileira, foram, sem dúvida, uma evolução da democracia brasileira, uma vez que os diversos representantes da sociedade passaram a exercer o controle social sobre a gestão do SUS, podendo, a partir daí, cobrar, exigir e sugerir legalmente, com voz ativa, melhorias dos órgãos de saúde pública. Reflete-se sobre a pertinência da realização de estudos sobre os Conselhos de Saúde nas demais regiões do Brasil, para que se possa traçar o perfil dos usuários conselheiros em todo o País.

Palavras-Chave: Conselhos de Planejamento em Saúde; Conselhos de Saúde; Participação Comunitária.

ABSTRACT
The purpose of this study is to describe the profile of the participants in the Brazilian Health Councils and that of the entities represented by them. The methodological strategy was that of an integrative literature review of the works indexed in databases Scielo, MedLine and Lilacs. The sample was composed by seven primary studies, published from 2002 to 2006. In the analyzed studies, it was verified that the counselor's users were mostly men, aged between 31 to 72 years old, with a college degree or an incomplete college education. Among the entities represented we can highlight the neighborhood's associations, the disabled and the physically ill. It has been identified that the entities with the most expressiveness were the ones integrated by people suffering from a pathology or deficiency that, sharing the same objectives, get together in order to achieve the civil rights that might relieve the state of being temporarily or permanently sick. The Health Councils of the analyzed studies are located in the southeast region of Brazil. Despite the difficulties the Health Councils, legitimized by the Brazilian Constitution, meant undoubtedly advancement to the Brazilian democracy. They allowed the society's agents to exercise social control over the management of the SUS and as a result to demand, and legally suggest improvements to the public health organizations. The study considers the relevance of future research about Health Councils in the other regions of Brazil, so a nationwide profile of counselors may be drawn.

Key words: Health Planning Councils; Health Councils; Community Participation.

[1] Enfermeira do Banco de Sangue do Hospital Biocor. Pós-graduanda em Enfermagem Hospitalar pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora de Saúde Pública da Escola Técnica de Enfermagem Dr. Mário Vandercic. Rua Litargírio nº 116 apto 201, Grajaú, CEP 30430-580, Belo Horizonte-MG. Telefone (31) 8484-8570. E-mail: barbarasgarbi2@yahoo.com.br
[2] Enfermeira da Unidade de Internação do Hospital São Lucas. Pós-graduanda em Administração Hospitalar pela Faculdade São Camilo. Rua Aquidaban, 571, Padre Eustáquio, CEP 30720-420, Belo Horizonte-MG. Telefone (31) 8819-3849. E-mail: brunajacomini_bh@yahoo.com.br
[3] Enfermeira de uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Minas Novas-MG. Avenida Delfim Moreira, 645, Saudade, CEP 39650-000, Minas Novas-MG. Telefone (33) 9139-2132. E-mail: lucianainesfernandes@yahoo.com.br
[4] Doutora. Enfermeira. Professora adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade FUMEC. Presidente da Comissão de Educação Permanente em Enfermagem do HC/UFMG. Rua Cônego Rocha Franco nº 200 Apto. 702, Gutierrez, CEP 30430-000. Belo Horizonte-MG. Telefone (31) 3337-2649. E-mail: marciasp@fcs.fumec.br e marciasp@hc.ufmg.br
[5] Doutora. Enfermeira. Professora adjunta aposentada do Departamento de Enfermagem Básica da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora titular da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade FUMEC. Rua Patagônia nº 500 Apto 101, Sion, CEP 30320-080, Belo Horizonte-MG. Telefone (31)2126-8133. E-mail: mbastos@fcs.fumec.br.
Endereço para correspondência – Rua Patagônia nº 500 Apto 101, Sion, CEP 30320-080, Belo Horizonte-MG.

RESUMEN

El objeto del presente estudio ha sido el de describir el perfil de los usuarios que participan de Consejos de Salud brasileños y de las entidades que representan. Se ha utilizado la estrategia metodológica de revisión integrativo de la literatura indexada en las bases de datos Scielo, MedLine y Lilacs. La muestra ha estado constituida por siete estudios primarios publicados entre 2002 y 2006. Se ha constatado que los consejeros usuarios de dichos estudios eran, sobre todo, varones entre 31 y 72 años con formación de nivel superior completa o incompleta. Entre las entidades representadas por los usuarios se destacan las asociaciones de vecinos portadores de deficiencias físicas o de alguna patología. Se ha identificado que las entidades más expresivas son aquéllas integradas por personas portadoras de alguna patología o deficiencia y que, con propósitos comunes, se unen buscando beneficios civiles que suavicen el "ser" o "estar" enfermo. Los Consejos de Salud de los estudios analizados están concentrados en la región sudeste de Brasil. A pesar de las dificultades se concluye que los Consejos de Salud, organismos legítimos según la Constitución Brasileña, han sido, sin duda, una evolución de la democracia brasileña una vez que los distintos representantes de la sociedad han comenzado a ejercer el control social sobre la gestión del SUS – Sistema Único de Salud - y, entonces, a exigir y sugerir legalmente, con voz activa, mejorías de los órganos de salud pública. Se reflexiona sobre la pertinencia de la realización de estudios sobre los Consejos de Salud en las demás regiones de Brasil para trazar el perfil de los usuarios consejeros en todo el país.

Palabras clave: Consejos de Planificación en Salud; Consejos de Salud; Participación Comunitaria.

INTRODUÇÃO

Dentre muitas conquistas da Constituição brasileira de 1988, também denominada "Constituição Cidadã", encontra-se a universalização do direito à saúde, mediante a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e a participação da comunidade na gestão de políticas públicas.

Não se tem dúvida de que a participação das pessoas na gestão das políticas públicas poderia contribuir substancialmente para mudanças positivas na relação sistema de saúde/usuário. Mas operacionalizar um sistema de saúde universal e humanizado, garantindo uma efetiva participação dos usuários na sua gestão ainda é um grande desafio no cenário da política brasileira.

A participação é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo, não sendo, portanto, somente um instrumento para a solução de problemas, mas, sobretudo, uma necessidade fundamental do ser humano. Atualmente ela aparece associada a vários termos, como democracia, representação, organização, conscientização, cidadania, controle social, dentre outros.[1]

A participação tem sido tema recorrente no discurso político mundial nas últimas décadas.[2] Participação é conquista, é processo, e não concessão. Traduz-se por ser o eixo político das políticas sociais e não pode ser vista como dádiva dos administradores ou governantes temporários, mas, sim, encarada sob a noção da ética da responsabilidade. Se, em nosso país, a conquista legal afirma o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garantir esse direito, o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão o dever ético de participar na tomada de decisões.[3]

Em relação à assistência a saúde da população, a Constituição brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, sendo uma de suas diretrizes a participação da comunidade nas ações dos serviços públicos de saúde.[4]

No entanto, o que se observa é que, apesar de o SUS ter sido criado há duas décadas, a falta de compreensão dos princípios que o norteiam por parte dos usuários dos serviços de saúde tem se constituído em entrave à sua implantação efetiva.[5]

A Lei Orgânica da Saúde que regulamenta o SUS[6] resguarda a atuação dos usuários nos processos de implementação desse sistema nacional de saúde, que é complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual determina que haja representação paritária dos usuários nos Conselhos de Saúde em relação aos demais segmentos.[7]

A regulamentação do princípio constitucional de participação comunitária no SUS levou à criação de um sistema de Conselhos de Saúde em cada esfera do governo. De acordo com a Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os Conselhos de Saúde devem ser compostos por 50% de representantes de entidades de usuários de serviços de saúde, 25% de entidades dos trabalhadores da saúde e 25% de representação de governo e de prestadores de serviços conveniados ao SUS.[8]

Mantendo o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª *Conferência Nacional de Saúde*, a representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde.[9] Assim, a "a participação dos cidadãos na formulação das políticas sociais e no controle social sobre a ação do Estado é uma ação política e um pressuposto do ordenamento democrático".[10:26] Nesse sentido, na atualidade, a expressão "controle social" é utilizada para se referir às diferentes formas de controle que os cidadãos exercem sobre a ação e a organização do Estado e da Administração Pública.[11]

O controle social caracteriza-se pela participação popular em instâncias do aparelho de Estado, órgãos, agências ou serviços públicos responsáveis pelas políticas públicas, tornando-se instrumento necessário e indispensável

para que haja eficácia dos direitos positivados em lei.[12] Os Conselhos de Saúde são considerados os principais órgãos de controle social na definição do sistema e dos serviços de saúde.[13]

A avaliação pelos usuários, permitindo ouvir-lhes a opinião sobre os serviços prestados quanto às suas necessidades e expectativas, é uma das atividades que pode assegurar a qualidade dos serviços de saúde. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento, para repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando aperfeiçoá-la.[14]

As competências legais estabelecidas para os Conselhos de Saúde passam a permitir o exercício da autonomia e da responsabilidade dos principais interessados no sistema de saúde, os usuários, uma vez que podem atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde nas três esferas de governo, inclusive nos aspectos econômico e financeiro.[11]

É atribuição dos Conselhos traçar diretrizes, aprovar os planos de saúde e fiscalizar a movimentação de recursos repassados às Secretarias de Saúde e/ou Fundos de Saúde. Além dessas competências, os Conselhos constituem instrumentos adequados para o direcionamento de reclamações de setores desorganizados da sociedade, de publicização e transparência da política pública. Assim, o controle social na saúde justifica-se por ser a saúde um bem público que não pode ter suas ações e seus parâmetros éticos decididos unilateralmente por interesses econômicos, de grupos ou de categorias profissionais que militam no setor, por mais bem-intencionadas que sejam.[11]

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dos 5.560 municípios brasileiros, 97,6% possuem Conselhos Municipais de Saúde.[15] Entretanto, a população pouco conhece sobre as formas de avaliar as políticas de governo e sobre os Conselhos de Saúde, que são os principais órgãos de controle social do sistema de saúde.[16]

Embora haja vários estudos na literatura nacional sobre as experiências dos Conselhos de Saúde, nenhum deles traz uma visão geral sobre o perfil dos usuários que participam dos Conselhos de Saúde brasileiros e das entidades que representam.

Portanto, essa revisão da literatura tem o objetivo de identificar na produção científica sobre a temática, o perfil dos usuários que participam de Conselhos de Saúde brasileiros e das entidades representadas.

Acredita-se que este estudo, ao sistematizar o conhecimento científico sobre esta temática, poderá contribuir para ampliar o debate e as reflexões entre os profissionais de saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO E MÉTODO DA REVISÃO ADOTADOS

A Medicina Baseada em Evidências (MBE), movimento criado na década de 1990, tem como objetivo organizar as informações mais relevantes, na busca de condutas mais eficientes. O profissional em saúde assume o compromisso de utilizar as evidências científicas da literatura médica para decidir qual a melhor conduta disponível e apropriada a seu paciente, que também participa das decisões e tem acesso às fontes de conhecimento. As melhores evidências são as pesquisas clínicas, que envolvem pacientes com metodologia adequada e avaliação de resultados clinicamente relevantes.[17]

A Prática Baseada em Evidências (PBE) compreende o uso da melhor evidência para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente. É um processo que integra a competência clínica individual com os achados nas pesquisas sistemáticas e nos princípios da epidemiologia clínica.[18]

São cinco os passos para a aplicação da prática em saúde baseada em evidências: transformar a dúvida em uma questão clínica; buscar a melhor evidência para responder a essa dúvida; avaliar a validade, o impacto e a aplicabilidade dessa informação; integrar da evidência com a experiência clínica e as características do paciente; e autoavaliar-se no desempenho dos passos anteriores.[17]

Para a operacionalização dessas etapas, o profissional precisa construir competências relacionadas, principalmente, à capacidade de analisar criticamente o contexto da prática; à habilidade de converter situações-problema em foco investigativo; ao conhecimento sobre metodologia de pesquisa; à capacidade de associar os achados científicos ao seu contexto de prática; à habilidade de implementar mudanças e de avaliá-las continuamente.[18]

A participação do paciente e a utilização da experiência profissional do enfermeiro são essenciais para trilhar a trajetória de uma prática baseada em evidências, pois fornecerão subsídios para a determinação das necessidades e das condutas pautadas pelas melhores evidências científicas.[18]

Tendo em mão a melhor informação científica disponível, espera-se que o enfermeiro decida pela melhor opção e atenda seus pacientes da melhor forma possível, adequando-se à situação clínica.[17]

Métodos sistemáticos e rigorosos de combinação de evidência de pesquisa, portanto, são essenciais para o desenvolvimento do conhecimento científico na área da enfermagem, dentre eles as revisões integrativas, sistemáticas, a metanálise e a metasíntese. Embora tenham algumas características comuns cada um deles tem propósito, planos de amostragem e de analise distintos.[19]

Para a realização deste estudo, optou-se pela revisão integrativa da literatura. Esse tipo de revisão constitui um recurso importante da prática baseada em evidências que tem como característica a inclusão de literatura empírica e teórica, dependendo da questão da pesquisa.[19]

A revisão integrativa da literatura envolve as etapas de identificação do problema de estudo, o levantamento

da literatura, a avaliação crítica dos estudos, a análise dos dados e a redação da revisão.[19]

A população foi constituída por 27 estudos publicados em periódicos indexados nos bancos de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), do Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e da Medical Literature Analysis Library of Medicine Online (MEDLINE), utilizando-se como ferramenta de busca o formulário básico.

Para o levantamento da literatura na base de dados do SCIELO, da LILACS e da MEDLINE foram utilizadas, respectivamente, as seguintes estratégias de busca: Conselhos de Saúde [palavras-chave] e PT [idioma original]; Conselhos de Saúde [descritor de assunto], participação comunitária [descritor de assunto] e português [idioma]; e Conselhos de Planejamento em Saúde [descritor de assunto primário], participação comunitária [descritor de assunto primário] e português [idioma].

Foram excluídos da população os estudos que não disponibilizavam os resumos e que estavam repetidos nas bases de dados. Após a análise crítica da literatura, foram selecionadas sete referências da literatura que atenderam aos critérios de inclusão definidos neste estudo, ou seja, estudos primários, publicados entre 2002 e 2006, realizados exclusivamente em Conselhos de Saúde brasileiros.

Para a caracterização da produção científica que fez parte dessa revisão foram selecionadas variáveis relacionadas ao primeiro autor de cada publicação: profissão, área de atuação, país de origem e qualificação, bem como variáveis relativas às publicações, como fonte, tipo de publicação e delineamento do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise crítica da literatura diante dos critérios de inclusão resultou em uma amostra constituída por quatro artigos e três dissertações: quatro referências obtidas na base de dados LILACS, duas na do SCIELO e uma na da MEDLINE.

Constatou-se que, quanto ao delineamento, seis estudos adotaram abordagens qualitativas e apenas um se tratava de um estudo quantitativo. Os estudos qualitativos permitem o aprofundamento e a abrangência da compreensão do fenômeno, seja de um grupo social, seja de uma organização, de uma instituição, de uma política ou representação.[20] Por outro lado, os estudos que adotam abordagens quantitativas com uma amostra representativa da população-alvo viabilizam a generalização dos resultados. Assim, embora sustentados por pressupostos teórico-metodológicos diferentes, os estudos qualitativos e quantitativos podem ser considerados complementares.

A análise dos dados mostrou que três autores possuem formação na área da Saúde e três na área de Ciências Sociais e Humanas. Não foi possível identificar a área de formação de um deles.[21] Constatou-se que um dos autores atua no setor privado e seis no setor público (áreas de ensino e assistencial); que três autores são mestres e quatro são doutores; e que todos são brasileiros.

Os resultados mostram, assim, que a temática é mais abordada em estudos de autores que atuam nos setores públicos. Essa maior sensibilidade em relação ao tema pode ser justificada seja pelo fato de vivenciarem as dificuldades de consolidação das políticas públicas de saúde, seja pela necessidade e desejo de avaliarem de perto as políticas propostas pelo Estado.

Em relação à área de Saúde, percebe-se que os profissionais se destacam pela análise crítica quanto à atuação do usuário conselheiro e o impacto gerado por essa participação na melhoria do SUS. Considerar o trabalhador do SUS como participante das políticas públicas em saúde, em seus aspectos administrativos, técnicos, políticos e sociais, torna-se fundamental para a construção e a viabilização das mudanças nas práticas de saúde.[5]

Ademais, observa-se que pesquisadores da área de ciências sociais e humanas têm a atenção voltada para debates sobre os direitos constitucionais e o processo de democratização. Os usuários conselheiros exercem uma função política que ultrapassa interesses particulares e se inscreve no âmbito dos direitos de cidadania social das suas comunidades de origem.[22]

Quanto ao perfil dos participantes dos Conselhos de Saúde, apresentado no QUADRO 1, nos estudos identificou-se que o sexo masculino é predominante entre os usuários e que a maioria tem o ensino superior completo ou incompleto.[22,23] Em apenas um estudo foi constatado que a maioria dos usuários conselheiros possui ensino fundamental incompleto, seguido por ensino médio completo e incompleto.[16]

Em relação à faixa etária, em três estudos não se especificou a idade dos usuários analisados [21,24,25] e em um estudo[22] identificou-se que a maioria dos usuários tem idade superior a 46 anos. Em quatro estudos foi identificada que a idade dos usuários conselheiros varia de 31 a 72 anos [16, 22, 23,26] (QUADRO 1).

A alta faixa etária dos usuários identificada nos estudos do perfil do usuário é considerada um fator positivo para a participação, pois no Conselho é necessário tomar decisões sustentadas em dados, fatos, contextos e experiências, que também são adquiridos com a maturidade.[13] A idade avançada é, portanto, indicada como elemento favorável à participação e considerada um fator positivo dos Conselhos.[16]

O alto nível de escolaridade dos usuários é também considerado um fator positivo. As pessoas escolhidas para atuar nos Conselhos de Saúde, em geral, são mais maduras, mais bem capacitadas e fazem parte da cúpula dirigente da organização. Assim, possuem melhor preparo para entender os assuntos tratados e participar com desenvoltura nas reuniões.[2,23] No entanto, esse fator pode indicar que as entidades valorizam apenas

QUADRO 1 – Perfil dos usuários que participam dos Conselhos de Saúde e das entidades por eles representadas

Literatura	Faixa etária	Sexo	Formação	Localização do Conselho de Saúde	Entidades representadas pelos usuários
Labra e Figueiredo (2002)	35 a 54 anos (60%)	Homens (60%) Mulheres (40%)	– Fundamental (20%) – Médio: (35%) – Superior completo e incompleto (43%)	Rio de Janeiro	– Associação de moradores – Associação de portadores de patologias – Associação de portadores de deficiências
Beltrame (2003)	Não citado	Não citado	Não citado	São Paulo	– Associações de portadores de deficiência; de portadores de patologias; de defesa dos direitos do cidadão – Entidades de moradores, religiosas – Representante dos usuários dos Conselhos Gestores de Unidade
Gerschman (2004)	Acima de 46 anos	Maioria homens	– Fundamental (23%) – Médio: (32%) – Superior (45%)	Rio de Janeiro	Não citado
Sousa (2005)	Não citado	Não citado	Não citado	São Paulo	– Usuários do Conselho Gestor de uma Unidade Saúde da Família
Guizardi e Pinheiro (2006)	Não citado	Não citado	Não citado	Espírito Santo	– Entidade religiosa
Stralen *et al* (2006)	31 a 40 (33,3%) 51 a 60 (55,5%) > 60 (11,1%)	Homens (55,5%) Mulheres (44,4%)	– Fundamental (33,3%) – Médio: 11,1%) – Superior completo e incompleto (44,4%) – Pós-graduado (11,1%)	Goiás e Mato Grosso do Sul	– Associações dos portadores de patologias – Associações dos portadores de deficiências – Associação de mulheres – Associação de *gays*, lésbicas, transexuais e bissexuais – Entidades religiosas – Terceira idade
Costa (2006)	38 a 72 anos	Homens (60%) Mulheres (40%)	– Fundamental incompleto (60%) – Médio completo e incompleto (30%) – Pós-graduado (10%)	Minas Gerais	Não citado

a participação de pessoas preparadas, excluindo as camadas menos favorecidas, além de poder sugerir que apenas as pessoas com alta escolaridade conseguem penetrar nos espaços políticos. Questiona-se, assim, se esses usuários são de fato "representativos e legítimos em relação aos anseios dos grupos a que pertencem", uma vez que "o objetivo é que as práticas dos conselhos possam influenciar no empoderamento dos mais excluídos".[2:137]

O alto nível de escolaridade dos usuários pode contribuir para a elitização da classe dos conselheiros, visto que esses representantes costumam ser, geralmente, mais qualificados que a média dos usuários do SUS.[26]

A maioria dos Conselhos de Saúde (85,71%) analisados pelos trabalhos que fizeram parte desta revisão situa-se na região Sudeste, representado pelos seguintes Estados: Rio de Janeiro (28,57%), São Paulo (28,57%), Espírito Santo (14,29%) e Minas Gerais (14,29%). Apenas um dos Conselhos de Saúde dos estudos incluídos na amostra situa-se na região Centro-Oeste (14,29%) do Brasil (QUADRO 1).

Dentre as entidades que os usuários representam, as mais citadas nos estudos foram as associações de moradores portadores de deficiências e portadores de patologias, seguidas por grupos religiosos. Foram citadas, também, as associações de defesa dos direitos do cidadão, do consumidor ou entidades equivalentes; associação de mulheres, *gays*, lésbicas, transexuais, bissexuais e associações da terceira idade (QUADRO 1).

Mais da metade das associações de moradores foi criada ao longo da década de 1980, o que salienta a intensa atividade associativa ocorrida durante o processo de democratização. Já os portadores de patologias, em sua maioria, agruparam-se na década de 1990. Ambos os dados mostram que a criação dos Conselhos de Saúde inseriu uma nova dinâmica organizativa à sociedade civil.[23]

No entanto, "a própria concretização da representação institucional deve ser problematizada". Em um estudo realizado no Estado do Espírito Santo, a participação efetiva nos Conselhos foi questionada pelo próprio representante uma vez que se sentiam isolados e incapazes de "levar as informações da comunidade para o conselho, tampouco a 'ela participar', ou mesmo torná-la ciente de seus processos. A maioria disse sentir-se presença individual, e não institucional, no conselho".[25:804]

Em um estudo qualitativo realizado em Minas Gerais, foram analisadas as representações dos usuários sobre "ser conselheiro". Neste estudo, identificou-se que os representantes se sentiam excluídos e desvalorizados e expressaram o desejo de receber maior atenção do Conselho e maior poder de resolutividade.[16]

No Rio de Janeiro, em uma pesquisa qualitativa identificou-se que muitos usuários conselheiros mostram-se incapazes de gerar projetos coletivos e que a prática do conselho não favorece o controle das ações do Estado. Assim, os representantes dos usuários expressam as "dificuldades existentes para que as atividades dos Conselhos influenciem o processo decisório do governo local, especialmente quando as políticas existentes são contrárias às deliberações do conselho".[22:1670]

Assim, a participação da sociedade ainda parece frágil e pouco consistente, embora numericamente expressiva, demandando a capacitação dos representantes no sentido de torná-los aptos a "ver os erros e de reclamar" e buscar soluções comuns. "Desse modo, é possível atribuir-lhes maneiras de reconhecimento pessoal, como sujeitos participantes, e de elaboração de um espaço, real ou simbólico, para a construção da própria autonomia e a daquelas que representam".[16:77]

Nesse sentido, a viabilidade do controle social torna-se "condicionada à existência de uma democracia participativa e à institucionalização dos canais de participação em conselhos setoriais".[22:1680]

Alem do mais, a representação dos usuários deve ser diversificada, permitindo que diversos tipos de organização apresentem suas demandas e realizem suas avaliações sobre a política de governo. Os representantes serão legítimos, desde que escolhidos e indicados pelos membros do grupo ou entidade da qual fazem parte.[27]

CONCLUSÃO

Os Conselhos de Saúde, órgãos legitimados pela Constituição brasileira, foram, sem dúvida, uma evolução da democracia brasileira, uma vez que os diversos representantes da sociedade passaram a exercer o controle social sobre a gestão do SUS, podendo, a partir daí, cobrar, exigir e sugerir legalmente, e com voz ativa, melhorias dos órgãos de saúde pública.

Entretanto, o exercício do controle social deve ocorrer por meio da função deliberativa, na qual os usuários conselheiros participem dos processos de tomada de decisão. Questiona-se se essa participação tem ocorrido e se, de fato, tem influenciado na consolidação de um SUS humanizado e eficiente ou se apenas ocorre de maneira consultiva, na qual a opinião do usuário nem sempre influencia na decisão final.

Apesar de a Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde traçar diretrizes sobre a composição dos Conselhos de Saúde, da relevância de se conhecer o perfil dos usuários representantes dos Conselhos de Saúde e as entidades que representam, observa-se que ainda há poucos estudos na literatura nacional que tratem desse assunto nas diferentes regiões do Brasil.

Na análise realizada sobre o perfil dos usuários, constatou-se que o conselheiro, em sua maioria, é do sexo masculino, com idade entre 31 a 72 anos e com formação de nível superior completo ou incompleto. Com base nesses dados conclui-se que a representação nos Conselhos de Saúde continua tendo caráter demasiadamente patriarcal, no qual os homens detêm o poder. Em relação à faixa etária notou-se que a população mais jovem não participa dos Conselhos de Saúde. Acredita-se que estes poderiam contribuir com ideias inovadoras capazes de impulsionar mudanças positivas no cenário da saúde.

Quanto ao alto nível de escolaridade encontrado nos estudos, demonstrou-se que há maior valorização do "discurso competente", seja ele pronunciado pelos que detêm autoridade hierárquica, seja pelos que têm um saber instituído, ainda que falem em nome do usuário. Apesar disso, é válido ressaltar as dificuldades relatadas por alguns conselheiros usuários com nível de escolaridade baixo, que muitas vezes deixam de participar por terem dificuldade na compreensão de termos utilizados nas reuniões. Muitos se sentem desvalorizados e não sabem sobre seu real papel como conselheiro.

A respeito das entidades representadas pelos usuários, houve maior participação das associações de moradores, portadores de deficiências e portadores de patologias. Tal fato evidencia a realidade "curativista" ainda vivida pela sociedade brasileira. Percebe-se que as entidades de maior expressividade são compostas por pessoas portadoras de alguma patologia ou deficiência, que por objetivos em comum, se unem em busca de ganhos cíveis e que amenizem o fato de "ser" ou "estar" doente. Embora esses grupos de pessoas mereçam destaque, questiona-se a falta de representatividade de outras entidades e associações, contempladas na Resolução nº 333/2003 do CNS.

Além disso, percebe-se que os Conselhos de Saúde em análise se concentram, em sua maioria, na região Sudeste do Brasil. Esse fato pode ser explicado pela complexidade do tema, que muitas vezes exige análises e envolvimento, que somente são atingidos no nível de pós-graduação. Sabe-se que essa região, por ser a mais desenvolvida do País, obtém os maiores incentivos à educação e concentra os grandes centros de estudos que oferecem tal serviço. Sugere-se a realização de estudos sobre os Conselhos de Saúde localizados nas demais regiões do Brasil para que se possa traçar o perfil

dos usuários conselheiros e sua representatividade com dados mais fidedignos.

Por fim, cabe aos profissionais de saúde e aos próprios usuários conselheiros procurar conhecer mais a respeito das políticas de saúde e das práticas de controle social, pois, assim, de fato, terão mais condições de contribuir para a promoção de melhorias no sistema de saúde brasileiro. Afinal, quem melhor do que os usuários conselheiros, legítimos representantes da sociedade, para conhecer os problemas que afetam a população brasileira, propor mudanças e avaliar a qualidade dos serviços que estão recebendo?

REFERÊNCIAS

1. Bordenave JED. O que é participação? 8ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1994.

2. Wendhausen ALP, Barbosa TM, Borba MC. Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos Gestores. Saúde Soc. 2006; 15(3):131-44.

3. Demo P. Participação é conquista**.** 5ª ed. São Paulo: Cortez; 1988.

4. Brasil. Constituição (1988) Constituição da República Federativa. Brasília: Centro gráfico; 1988.

5. Arantes CIS, Mesquita CC, Machado MLT, Ogata MN. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. Texto & Contexto Enferm. 2007; 16(3):470-8.

6. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei n. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.

7. Brasil. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Regulamenta os incisos ll e IV do art. 1º da Constituição Federal, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências; 1990

8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 333 de 04 de novembro de 2003. Dispõe sobre a composição dos Conselhos de Saúde. Brasília: Imprensa Nacional; 2003.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coordenação Geral. Resolução n. 33/92. Centésima trigésima sexta reunião ordinária, realizada nos dias 3 e 4 nov. 2003. Aprova diretrizes para criação, reformulação estrutura e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

10. Oliveira LC. As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste Brasileiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.

11. Fortes PAC. A ética do controle social na saúde e os Conselhos de Saúde. Bioética. 1997; 5(1):71-6.

12. Westphal MF. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1992.

13. Wendhausen ALP, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública. 2002; 18(6):1621-8.

14. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Acta Paul Enferm. 2007; 20(1):12-7.

15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária. Rio de Janeiro: IBGE; 1976-2005.

16. Costa MH. Representações do usuário sobre ser conselheiro em Conselho Local de Saúde **[d**issertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

17. Bork AMT. Enfermagem baseada em evidências. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

18. Domenico EBL, Ide CAC. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Rev Latinoam Enferm. 2003; 11(1):115-8.

19. Whittemore R, Knalf K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005; 16(5):546-53.

20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento**:** pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

21. Beltrame NS. O Conselho de Saúde do município de São José dos Campos, SP, como instrumento de proteção do direito à saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

22. Gerschman S. Os Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Cad Saúde Pública. 2004; 20(6):1670-81.

23. Labra ME, Figueiredo JS. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos Conselhos de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2002; 7(3):416-25.

24. Sousa RMRB. A Participação Popular em Saúde: um recorte sobre conselho gestor da unidade de saúde da família no bairro do Bom Retiro em São Paulo [dissertação].São Paulo (SP):Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2005.

25. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3):797-805.

26. Stralen CJV, Lima AMD, Sobrinho DF, Saraiva LES, Stralen TBSV, Belisário SA. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3):621-32.

27. Brasil. Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca: Saúde: um direito de todos e dever do estado. A saúde que temos, o SUS que queremos. Proposta e diretrizes do Ministério da saúde para os eixos temáticos. Brasília; 2003. 4 p. [Citado 2008 nov. 12]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/12conferencia_eixos_tematicos.pdf .

Data de submissão: 9/7/2009
Data de aprovação: 10/3/2010

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE EDUCAÇÃO PROFISSIONALIZANTE DA ENFERMAGEM BRASILEIRA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ANALYSIS OF SCIENTIFIC LITERATURE ON PROFESSIONAL EDUCATION IN BRAZILIAN NURSING: AN INTEGRATIVE REVIEW

ANÁLISIS DE LA LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN LA ENFERMERÍA BRASILEÑA: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Luciana Regina Ferreira da Mata[1]
Anézia Moreira Faria Madeira[2]

RESUMO

O objetivo com este estudo foi identificar e caracterizar as publicações brasileiras relacionadas à educação profissionalizante em enfermagem. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. Optou-se por utilizar como referencial metodológico a revisão integrativa. A busca dos estudos foi realizada por meio da base de dados LILACS, mediante a combinação dos descritores "enfermagem" e "educação profissionalizante", entre 1999 e 2009. Foram elegíveis 16 referências. Os dados foram analisados, segundo os seus conteúdos, pela estatística descritiva. Apesar de reduzido número de artigos encontrados (n = 16) em um período de dez anos, as publicações trazem contribuições quanto ao que tem sido realizado na formação do trabalhador de nível médio em enfermagem. Houve a concentração da produção científica na região Sudeste do País (n=12). Quanto à abordagem temática, o assunto mais discutido refere-se a estratégias de ensino (educação a distância, estudo dirigido, interdisciplinaridade). Notou-se a necessidade de ampliar as pesquisas que analisem o contexto da educação profissionalizante em enfermagem, por serem fundamentais para que o docente tenha uma visão crítico-reflexiva do ensino em enfermagem de nível médio e melhore sua atuação como educador.

Palavras-chave: Enfermagem; Educação Profissionalizante; Pesquisa em Enfermagem.

ABSTRACT

The study objective was to identify and characterize the Brazilian publications related to professional education in nursing. This is an exploratory and descriptive study that uses a quantitative approach. We chose to use the integrative review as methodological reference. The study research was conducted through the *LILACS* database by combining the descriptors "nursing" and "professional education", between the years 1999 to 2009. Sixteen references were considered eligible. The data were analyzed according to their content, via descriptive statistics. Despite the small number of items found (n = 16) over a period of ten years, the publications provide contributions on what has been accomplished in the training the nursing professionals. The scientific production has been concentrated in the Southeast of the country (n = 12). As for the thematic approach, the most discussed topic was strategies for education (distance education, directed study, interdisciplinarity). Increased research is necessary for examining the context of the professional education in nursing as it requires the teacher to have critical-reflexive vision about secondary level nursing education at as a way to improve his/her performance as an educator.

Key words: Nursing; Education, Professional; Nursing Research.

RESUMEN

El presente estudio se propuso identificar y caracterizar las publicaciones brasileñas relacionadas con la educación profesional en enfermería. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo con enfoque cuantitativo. El referente metodológico fue la revisión integrativa. La investigación fue realizada entre los años 1999 y 2009 por medio de la base de datos *LILACS* a partir de una combinación de descriptores "enfermería" y "educación profesional". Fueron escogidos dieciséis estudios. Los datos fueron analizados según su contenido a través de la estadística descriptiva. A pesar del pequeño número de artículos encontrados (n = 16) durante un período de diez años, las publicaciones aportan contribuciones a la capacitación de nivel medio de enfermería. La producción científica se concentró en la región sureste del país (n = 12). En cuanto al enfoque temático el asunto más discutido fue el de las estrategias para la educación (educación a distancia, estudio dirigido, interdisciplinariedad). Se observó la necesidad de aumentar los trabajos de investigación sobre el contexto de la educación profesional en enfermería porque es fundamental que los profesores tengan una visión crítica-reflexiva de tal educación como forma de mejorar su desempeño como educadores.

Palabras clave: Enfermería; Educación Profesional; Investigación en Enfermería.

[1] Enfermeira. Especialista em Educação Profissional em Enfermagem pela UFMG. Mestre em Enfermagem. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto–USP, Brasil. E-mail: lucianadamata@usp.br.

[2] Enfermeira. Doutora. Professora associada da Escola de Enfermagem da UFMG.
Endereço para correspondência – Anézia Moreira Faria Madeira: Rua Munhoz, 125, B. Jaraguá, Belo Horizonte-MG, Brasil, CEP 31255-610;
E-mail: aneziamoreira@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão que possui significativo contingente de profissionais que atuam em diversos lugares e desenvolvem variadas funções na área da saúde. No contexto brasileiro, os profissionais de enfermagem, na maioria das vezes, atuam sem que as pessoas percebam o que realmente esses profissionais desenvolvem e quais suas potencialidades para a implantação, a manutenção e o desenvolvimento de políticas de saúde em níveis curativo e preventivo. Para a prestação de uma assistência de qualidade, que é a base para qualquer política de saúde, é fundamental o suporte da enfermagem para a existência dessa assistência.[1]

A formação profissional na área tem sido motivo de preocupação ao longo da história da enfermagem brasileira e está relacionada a uma questão mais ampla, que é a formação profissional na área da saúde.[2]

Tanto a educação geral quanto a formação profissional são norteadas por normas e critérios estabelecidos pela legislação educacional do Brasil. Na área da saúde, a formação profissional é considerada pelo sistema educacional como de primeiro e segundo graus, que correspondem às habilitações profissionais e, também, no ensino superior, às profissões universitárias.[2]

Segundo Christófaro,

> a expectativa em relação à formação profissional é que atenda e responda à complexa e dinâmica divisão técnica que marca o trabalho em saúde, assim como prepare diferentes profissionais que, individualmente e no seu conjunto, acompanhem e incorporem as mudanças advindas do desenvolvimento técnico-científico, na perspectiva de intervirem positivamente, nas necessidades de saúde de cada pessoa e da população. [3]

A formação não deve gerar apenas profissionais que possam ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor. O trabalho em saúde requer escuta, uma vez que a interação entre profissional de saúde e usuário é fundamental para a qualidade da resposta assistencial. Novas tecnologias são constantemente incorporadas e novos processos decisórios implicam a concretização da responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde.[4]

Um profissional que compõe o quadro de trabalhadores da área de saúde é o técnico de enfermagem (TE), existente desde 1966, quando foi criado o primeiro curso na Escola Ana Néri. Contudo, a regulamentação para o exercício profissional ocorreu, efetivamente, em 1986, com a Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 94.406/87.[5]

Tal demora na vigência da legislação do exercício profissional do TE gerou uma lacuna de cerca de vinte anos entre a formação e a legalização de sua atuação profissional. Esse descompasso existente entre a formação e o direito de exercer a profissão pode ser uma das justificativas para o subaproveitamento desse indivíduo no mercado de trabalho, ao atuar como auxiliar de enfermagem (AE), ou ao executar atividades próprias da função, o que, provavelmente, ainda dificulta sua inserção e conquista do direito de desenvolver suas atribuições, principalmente administrativas, nas instituições de saúde.[5]

Tais profissionais são expostos, diariamente, às exigências e cobranças dos pacientes, familiares e médicos. Além disso, comumente são pouco valorizados pelos pacientes e pela instituição, por executarem atividades caracterizadas como trabalho manual, desvalorizado em relação ao trabalho intelectual.[6]

Assim, para maior valorização do trabalho do técnico de enfermagem, o enfermeiro educador tem, diante da sociedade, a responsabilidade de formar profissionais críticos, reflexivos, analíticos e com competência para prestar uma assistência de enfermagem de qualidade, que respeite os princípios éticos e legais da profissão, valorizando o ser humano em sua totalidade, comprometido com sua qualificação permanente e com o desenvolvimento da profissão.[7,8]

Para isso, o enfermeiro docente deve rever constantemente sua atuação e conhecimento com relação ao ensino. O processo ensino-aprendizagem deve ser contextualizado no momento histórico, político, econômico e social do grupo. Deve ser dinâmico, o que exige do docente constante reflexão e avaliação de postura.[8]

O que vai determinar se uma formação profissional se dá num sentido progressista, crítico-reflexivo ou conservador e tecnicista, em grande parte, é o modo de entender e fazer a educação, de como ela é trabalhada em sala de aula, espaço de interação entre professores e alunos. O processo pedagógico, que visa à construção do saber do indivíduo, deve estimular o ato reflexivo, desenvolvendo-lhe a capacidade de observação, análise crítica, autonomia de pensar e de ideias, ampliando-lhe os horizontes, tornando-o agente ativo nas transformações da sociedade, buscando interagir com a realidade na qual está inserido.[9]

Torna-se emergente que os enfermeiros educadores passem a desenvolver, a trabalhar o saber ser do cuidador da área de enfermagem, que essencialmente assiste a saúde dos seres humanos sem, contudo, ter trabalhado ou desenvolvido suas potencialidades e seus limites.[5]

Dada a importância da ampliação do conhecimento do enfermeiro docente em relação à educação/ensino, uma vez que esse profissional é o responsável pela formação da mão de obra em enfermagem – ou seja, dos prestadores diretos da assistência de enfermagem tanto em nível hospitalar quanto na atenção básica –, realizou-se este estudo, com o objetivo de identificar e caracterizar os estudos brasileiros relacionados à educação profissionalizante em enfermagem. Tal conhecimento pode propiciar a esses profissionais a compreensão das dificuldades enfrentadas no processo

de trabalho, bem como a evolução e o reconhecimento deles no mercado de trabalho.

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Realizar uma revisão bibliográfica da literatura sobre as produções científicas relacionadas à educação profissionalizante em enfermagem.

Objetivos específicos

- Identificar os estudos brasileiros que enfocam a temática da educação profissionalizante em enfermagem.
- Caracterizar os estudos encontrados.
- Analisar e sintetizar os conhecimentos gerados nos estudos selecionados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa.[10]

A revisão de literatura de pesquisa tem como propósito reunir conhecimentos sobre um tópico. Ela permite que o leitor compreenda os antecedentes do conhecimento atual sobre um assunto e clarifica a importância de um novo estudo.[10]

Segundo LoBiondo-Wood e Haber,[11] a revisão de literatura é um subsídio essencial para o desenvolvimento das etapas de uma pesquisa quantitativa, além de ajudar a determinar o que é conhecido e não conhecido, a revelar questionamentos não respondidos na literatura em relação a um assunto, um conceito, uma teoria ou um problema.

Optou-se por utilizar como referencial metodológico a revisão integrativa, por ser um tipo mais amplo dos métodos de revisão de pesquisa, ao permitir a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não experimentais para a plena compreensão do fenômeno em estudo. Esse método permite, também, combinar dados teóricos, bem como de literatura empírica.[12]

Para a elaboração da revisão integrativa, foram utilizadas as seis fases que compõem esse processo: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados; e apresentação da revisão.[13]

Para melhor direcionamento deste estudo, foi elaborada a seguinte questão norteadora: *O que tem sido publicado no Brasil sobre a educação profissionalizante em enfermagem?*

O levantamento bibliográfico foi realizado em base eletrônica de dados. Autores apontam que a maioria das bases de dados eletrônicas de interesse para as enfermeiras pode ser acessada pela busca *online*.[10] Foi utilizada a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Biblioteca Virtual em Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), pelo endereço http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p. Optou-se por utilizar essa base de dados por ser fonte de consultas no Brasil e reunir um grande número de estudos brasileiros. Em uma citação, em nota de revisão técnica de obra tradicional sobre pesquisa em enfermagem traduzida para o português, autores afirmaram que a LILACS é uma base de dados que contém referências sobre a pesquisa em enfermagem e é utilizada no Brasil.[10]

A busca ocorreu em março de 2009, mediante a combinação dos descritores "enfermagem" e "educação profissionalizante".

Os critérios de inclusão das publicações selecionadas para esta revisão foram:

– publicadas em língua portuguesa;

– estudos relacionados com a realidade brasileira;

– publicações com resumos disponíveis via *online*;

– publicações compreendidas entre 1999 e 2009;

– estudos relacionados com a educação profissionalizante em enfermagem.

Os dados foram guardados em um arquivo e, posteriormente, impressos. A primeira seleção foi feita por meio da leitura criteriosa do título e do resumo *online*.

A busca dos estudos na íntegra foi realizada pelo *site* periodicocapes.com.br, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), acesso oferecido pela Universidade Federal de São Carlos e pela Biblioteca Central da Universidade de São Paulo, no *Campus* de Ribeirão Preto.

Um formulário para a análise dos artigos selecionados (ANEXO I) foi desenvolvido a fim de facilitar a análise e a caracterização dos artigos da amostra. O formulário permitiu a obtenção das seguintes informações: título do artigo, periódico, autores, instituição sede do autor principal (hospital, universidade, comunidade), ano de publicação, objetivo, delineamento de pesquisa, resultados, conclusões, distribuição das publicações por região e por conteúdo. A classificação dos conteúdos foi baseada no estudo desenvolvido por Kobayashi *et al.*[6]

O processo de análise dos estudos consistiu na leitura destes na íntegra e no preenchimento do formulário desenvolvido para esse fim.

Ao realizar o cruzamento dos descritores, foram encontradas 55 referências bibliográficas.

Das 55 referências obtidas inicialmente, foram excluídos os estudos que não apresentaram resumo *online*,

aqueles que possuíam o idioma diferente do português, os que foram publicados antes de 1999 e os que não poderiam apresentar alguma relação com a questão norteadora mediante a leitura do título e resumo. Por meio dessa seleção, restaram 19 estudos, sendo que 4 eram dissertações de mestrado. Uma das dissertações foi publicada em um periódico brasileiro, e o artigo estava dentre os 19 estudos. Assim, realizamos a busca dos 18 estudos elegíveis na íntegra, e como resultado foram encontrados 15 artigos completos e uma dissertação na forma de artigo publicado em uma revista espanhola (*Enfermería Global*), que não é indexada na base de dados LILACS. Em seguida, foram analisadas as 16 referências mediante a leitura na íntegra do artigo. Todos os estudos preencheram os critérios de inclusão. Os dados foram analisados, segundo os seus conteúdos, pela estatística descritiva.

RESULTADOS

Observou-se que os periódicos que publicaram mais artigos na temática em estudo foram a *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *Revista Brasileira de Enfermagem e Trabalho* e a *Educação e Saúde* (*online*), sendo três artigos (18,75 %) cada uma. A *Revista de Enfermagem da UERJ* publicou dois (12,50%) estudos e os demais foram publicados nos periódicos *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*; *Psicologia Escolar e Educacional*; *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; *Enfermería Global*; e *Revista Paulista de Enfermagem*, sendo um artigo (6,25%) em cada uma. Nota-se, assim, maior número de publicações em revistas de enfermagem geral (68,75%).

Em relação ao ano de publicação, houve estudos publicados no período de 2002 a 2009, exceto em 2003. Constatou-se que a partir de 2005 houve aumento das publicações, que correspondeu a 81,25% da amostra em análise nesse período.

Quanto à formação acadêmica do primeiro autor, 81,25% são enfermeiros e os demais possuem graduação em Letras (6,25%), História (6,25%) e Psicologia (6,25%). Como colaboradores, houve a participação de um indivíduo graduado em Direito e outro em Física.

Na análise da titulação dos primeiros autores, 62,5% eram mestres, 25% eram doutorandos e 12,50% eram doutores. A maioria (81,25%) era vinculada a instituições de ensino como universidades (56,25%), institutos de pesquisa (12,50%) e escola técnica (6,25%). Apenas 18,75% possuíam vínculo com instituição hospitalar.

A maioria dos estudos foi realizada na região Sudeste, num total de doze (75,00%) artigos, sendo sete no Estado de São Paulo (43,75%), quatro no Rio de Janeiro (25,00%) e um em Minas Gerais (6,25%). Ressalte-se que não foram identificadas publicações desenvolvidas na região Norte do Brasil. Outro aspecto importante dos trabalhos publicados pela enfermagem é que poucos artigos científicos (31,25%) são derivados de dissertações ou teses.

Ao analisar os delineamentos de pesquisa mais frequentes na amostra estudada, identificou-se que, entre os estudos primários, seis (37,5%) utilizaram a abordagem metodológica qualitativa, três (18,75%) desenvolveram estudos com métodos quantitativos, um (6,25%) realizou estudo quantiqualitativo e cinco (31,25%) não explicitaram a abordagem utilizada. Foi identificado um (6,25%) estudo secundário que utilizou o método de revisão integrativa.

Os métodos utilizados entre os estudos primários com abordagem metodológica qualitativa (37,5%) foram: estudo de caso (33,34%), fenomenologia (16,67%), análise de discurso (16,67%), materialismo histórico-dialético (16,67%) e análise documental (16,67%).

Dentre os estudos quantitativos (18,75%), todos são não experimentais. Já no estudo de abordagem metodológica quantiqualitativa, foram utilizados o desenho não experimental e a análise de conteúdo.

Em relação ao conteúdo dos estudos, na TAB. 1, mostra-se a distribuição dos estudos de acordo com a adaptação da classificação de conteúdos estabelecido por Kobayashi, Frias e Leite.[6]

TABELA 1 – Distribuição das publicações em educação profissionalizante em enfermagem brasileira por conteúdo – 2009

Conteúdo do estudo	Frequência	
	n°	%
Estratégias de ensino	3	18,75
Processo ensino-aprendizagem	3*	18,75
Currículo	2	12,50
Qualificação profissional	2	12,50
Perfil do estudante	2*	12,50
Legislação	2*	12,50
Política educacional	2	12,50
Avaliação	1	6,25
Outro: história da educação em enfermagem	1	6,25

Nota: *O estudo de revisão integrativa foi considerado nas três categorias.

No QUADRO 1, é apresentada a síntese dos estudos selecionados, para melhor comparação dos conteúdos e resultados dessas publicações.

QUADRO 1 –Síntese das publicações incluídas na revisão integrativa, segundo conteúdo do estudo, título, objetivo, método, resultados e conclusões

Conteúdo	Autores	Objetivo/Método	Resultados	Conclusões
Estratégias de ensino	Barbosa MFSO, Rezende F [14]	Conhecer a prática dos tutores, os obstáculos e desafios enfrentados por eles na ação educativa a distância. Quantiqualitativo, não experimental, análise de conteúdo	Os obstáculos encontrados foram: dificuldade dos tutores em transpor a proposta pedagógica para a prática, falta de tempo para realizar as atividades necessárias para o desenvolvimento do curso, escassez de infraestrutura de telecomunicações e inexistência de um modelo predefinido para seguimento dos tutores.	Os achados mostraram que a educação a distância não foi culturalmente assimilada pelos tutores.
Estratégias de ensino	Okane ESH, Takaha-shi RT [15]	Avaliar o estudo dirigido como estratégia de ensino na educação profissional. Estudo não experimental.	O conceito atribuído à estratégia foi bom (86%). Os sujeitos avaliaram que os propósitos didático-pedagógicos do estudo dirigido permitem desenvolver temas de interesse do aluno, estimular o prazer em estudar e incentivar o aluno a ser o sujeito de seu aprendizado.	O estudo dirigido é uma boa estratégia de ensino, contudo apresenta peculiaridades que exigem habilidade e competência dos docentes e discentes para a obtenção de resultados satisfatórios no processo ensino/aprendizado..
Estratégias de ensino	Carvalho RS, Viana LO [16]	Investigar a formação do enfermeiro docente do ensino médio em enfermagem para aplicar a interdisciplinaridade em sua prática pedagógica. Estudo de caso.	Todos os indivíduos conheciam a didática da interdisciplinaridade. Identificou-se a necessidade de formação contínua por meio de um projeto de formação comum, na própria instituição, para facilitar a aplicação da interdisciplinaridade.	Para a aplicação dessa estratégia de ensino, é preciso um trabalho em equipe para discutir as necessidades dos discentes e as competências que eles precisam alcançar, as quais estão definidas no projeto político-pedagógico.
Currículo	Sant` Anna SR, Ennes LD, Soares LHS, Oliveira SR, Sant` Anna LS[17]	Descrever as principais mudanças no processo de reorganização curricular dos cursos de educação profissionalizante no período de 1997 a 2007. Método não explicitado.	Discorreram sobre a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) (Lei nº 9.493/96) e sua influência no processo de reforma da educação profissional em enfermagem, sobre o currículo por competência e a relação com o campo da educação e saúde. Discutiram também sobre a reorganização curricular dos cursos de educação profissional técnica de nível médio em enfermagem no Estado do Rio de Janeiro.	Com base em uma nova estrutura curricular escolar firmada no princípio da integralidade e humanização da assistência e no compromisso com a promoção da saúde, é possível formar profissionais de enfermagem competentes.
Currículo	Kobaya-shi RM, Leite MMJ [5]	Identificar as competências descritas nos planos de ensino da disciplina Noções de Administração em Enfermagem dos cursos técnicos de enfermagem. Estudo exploratório documental.	As competências gerais e específicas do técnico de enfermagem são relacionadas, respectivamente, a: saber fazer (59% e 54%), aprender a conhecer (34% e 45%) e a saber ser (7% e 1%), retratando, ainda, a prevalência do saber fazer na educação profissional, com tendência a fundamentar e instrumentalizar esse fazer com conhecimentos científicos.	Enfermeiros educadores devem desenvolver e trabalhar o saber ser do cuidador da área de enfermagem, ou seja, trabalhar suas potencialidades e seus limites.
Perfil do estudante	Ximenes Neto FRG, Costa MCF, Rocha J, Cunha ICKO[18]	Traçar o perfil e as necessidades de qualificação de técnicos e auxiliares de enfermagem de alguns municípios do Ceará. Estudo não experimental.	A maior parte da amostra era de mulheres casadas com atuação em área rural. As maiores necessidades de qualificação foram em relação aos temas biossegurança, internação domiciliar, técnicas de cuidados com feridas e sondas, esterilização, atividades educativas e acolhimento.	Há deficiências na formação profissional, o que implica a necessidade de uma política educacional permanente para melhor capacitação e melhoria da atuação desses profissionais.

Conteúdo	Autores	Objetivo/Método	Resultados	Conclusões
Processo ensino-aprendiza-gem	Stutz BL, Jansen AC [19]	Investigar quais são as dificuldades encontradas por alunos de um curso técnico de nível médio, na área de enfermagem, diante das atividades realizadas no estágio curricular. Análise do discurso.	As maiores dificuldades referiam-se a relacionamento interpessoal e comunicação.	É necessário possibilitar ao aluno executar atividades diversificadas para que possa desenvolver o saber e o fazer de modo equilibrado, estimulando sua participação para além das tarefas rotineiras e repetitivas.
Processo ensino-aprendiza-gem	Silva VR, Silva MG, Santos BO [20]	Verificar o alcance do conhecimento expresso por enfermeiros, antes e depois da realização do curso de formação pedagógica em educação profissional na área de saúde. Estudo fenomenológico.	A essência da formação pedagógica foi assimilada pelos alunos do curso	É importante capacitar homens e mulheres com saberes instrumentais jamais desvinculados da reflexão crítica sobre a prática.
Qualificação profissional	Baraldi S, Car MR [21]	Evidenciar o sentido do trabalho da supervisão de enfermagem num projeto de formação de profissionais em nível médio (Profae). Materialismo histórico e dialético.	O sentido do trabalho de supervisão realizado pelas coordenadoras e supervisores é diferenciado, tanto na execução da tarefa em si quanto na percepção pessoal e profissional desses enfermeiros.	A fragmentação e o vínculo ao controle do processo de supervisão tornam necessária a ampliação das possibilidades de estudos nessa área e as categorizações específicas da relação de trabalho dos enfermeiros na saúde.
Qualificação profissional	Bassinello GAH, Silva EM [22]	Caracterizar o perfil e analisar as condições de trabalho do enfermeiro docente em educação profissional. Estudo não experimental.	Houve predomínio da faixa etária de 40 a 49 anos, maioria do sexo feminino. A contratação predominante foi o modelo temporário, com até 20h/semana, que viabilizou o multiemprego, com predominância dos que trabalhavam em escola e hospital. A maioria dos enfermeiros destacou a docência como uma atividade secundária.	Enfermeiros docentes investem em sua capacitação, mas têm dificuldades: baixo reconhecimento e *status* profissional, baixos salários, perspectiva limitada de progressão na carreira e falta de condições e infraestrutura na realização do seu trabalho.
Política educacional	Bagnato MHS, Bassinel lo GAH, Lacaz CPC, Missio L [23]	Analisar as políticas de educação profissional, problematizando aspectos das mudanças efetuadas no ensino médio no Brasil. Método não explicitado.	As legislações aprovadas manifestam interesses das políticas neoliberais e as implicações da reorganização mundial produtiva e da redução da participação do Estado nas políticas sociais. A maneira de o País se articular ao processo de globalização mundial, num papel dependente, mais consumidor do que produtor de conhecimentos, perde a oportunidade de conquista de sua autonomia, inclusive no campo de formação profissional.	O ensino profissionalizante em enfermagem deve assumir uma perspectiva técnica integrada a uma educação geral, oferecida num mesmo espaço, diminuindo o risco de uma formação minimalista, com base em uma organização curricular.
Política educacional	Bersusa AAS, Oliveira LSS, Martins CL, Bógus CM, Escuder MML [24]	Compreender o caráter e *modus operandi* de projetos de formação de auxiliares e técnicos de enfermagem desenvolvidos no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) entre 1985-2005, com ênfase no Profae. Estudo de caso (levantamento bibliográfico e análise de documentos)	A revisão da literatura apontou um número maior de publicações sobre o Projeto Larga Escala, com ênfase nos seus aspectos metodológicos e políticos, decorrentes de estudos acadêmicos. A documentação sobre o projeto Classe Descentralizada foi mais restrita, predominando documentos internos da SES-SP. Já o projeto Profae apresentou farta documentação de caráter técnico e acadêmico.	A rede de saúde do SUS pode ser considerada um espaço privilegiado de desenvolvimento de projetos pedagógicos, tanto pela sua aproximação aos sujeitos da profissionalização quanto pela existência de profissionais com potencial docente e pela possibilidade de integrar o ensino ao trabalho.

Conteúdo	Autores	Objetivo/Método	Resultados	Conclusões
Avaliação	Zocche DAA [25]	Refletir sobre a avaliação por competência no ensino técnico em enfermagem, suas implicações, desafios e proposições, como forma de integrar os diversos olhares dos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem em saúde. Método não explicitado.	A avaliação como caminho para transformação e emancipação qualifica, dignifica o ensinar e o aprender. As palavras ditas na avaliação, quando servem para inspirar atos de cuidado, podem produzir autonomia para o aprendiz, revisão para os educadores, satisfação e segurança para os cuidadores, conforto e alegria para os usuários e qualidade para os serviços e o sistema de saúde.	A avaliação cognitiva e laboral no ensino técnico em enfermagem precisa ser ressignificada; pode assumir o sentido de reinventar os saberes e as competências, construindo e reconstruindo realidade com base nos vários olhares sobre o ato de cuidar.
Legislação	Kruse MHL, Santana MNGST [26]	Analisar as iretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de nível tecnológico e sua implementação na área da saúde, principalmente na enfermagem. Método não explicitado.	Caso as diretrizes curriculares para a formação tecnológica fossem aprovadas, levariam a inclusão de mais um profissional na equipe de enfermagem, o tecnólogo com formação mais rápida do que o enfermeiro e com atribuições diversas daquelas do técnico de enfermagem e do enfermeiro, o que levaria a uma fragmentação das atividades de enfermagem.	Dada a complexidade e a especificidade do trabalho em saúde, busca-se um trabalhador com formação superior em bases sólidas, tanto do ponto de vista técnico como do ponto de vista humanista, o que não parece ser possível na proposta de formação apenas voltada para o trabalho.
História da Educação em Enfermagem.	Mott ML, Tsunechi ro MA [27]	Discutir as origens da enfermagem profissional no Brasil e o papel das escolas de enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira (CVB), criadas no Rio de Janeiro, na década de 1910. Método não explicitado.	Os resultados apontaram a necessidade de repensar afirmações cristalizadas na bibliografia da história de enfermagem brasileira, com relação à vinculação entre a chegada ao Brasil das enfermeiras da Missão Rockefeller e a profissionalização da enfermagem no País e o papel de precursora na formação de enfermeiras atribuído à Escola de Enfermeiras Dona Ana Nery.	As escolas da CVB contribuíram efetivamente para o processo de profissionalização da enfermagem no Brasil. As alunas e os professores preocuparam-se com a criação de uma organização de classe para defesa dos interesses da categoria.
Perfil de estudantes; Legislação; Processo ensino-aprendizagem.	Silveira R, Corrêa AK [28]	Analisar a literatura sobre a da educação profissional em enfermagem Revisão Integrativa	Há uma ênfase em relação à formação do trabalhador no contexto de construção do SUS e da nova LDBEN, na perspectiva de uma formação cidadã.	Ao considerar que parte das ações de saúde está sob a responsabilidade de auxiliares e técnicos de enfermagem, é fundamental que haja a atuação competente para a construção da integralidade do atendimento, importante enfoque da atual política de educação permanente em saúde.

DISCUSSÃO

Em relação à caracterização dos estudos analisados, é importante ressaltar a prevalência de publicações a partir de 2005 e o predomínio de estudos realizados na região Sudeste do Brasil. Esses fatos podem ser justificados pela expansão dos cursos de pós-graduação nos últimos anos, o que levou ao aumento da produção de conhecimento na enfermagem atual[29] e o predomínio de cursos de pós-graduação na região Sudeste brasileira.[30]

Quanto ao conteúdo dos estudos, os temas mais abordados foram estratégia de ensino (18,75%) e processo ensino-aprendizagem (18,75%). Entre as estratégias de ensino abordadas pelos autores – educação a distância,[14] estudo dirigido[15] e interdisciplinaridade –,[16] desperta a atenção a educação a distância, por ser um modo de ensino não convencional que necessita de utilização de tecnologias de comunicação e informação eficientes para que ocorra a comunicação entre professor/aluno e a difusão do conhecimento esperado. É uma estratégia que, para ter efetividade, o docente precisa desenvolver competências e habilidades diferenciadas, tais como domínio da tecnologia, desenvolvimento de conteúdos para salas virtuais e, principalmente, a competência de mediar o processo de ensino e aprendizagem a distância.

Já no enfoque temático sobre processo ensino-aprendizagem, autores destacam a importância da capacitação docente para que o professor nunca desvincule a reflexão crítica de sua prática de ensino[20] e, também, a conscientização desse indivíduo para que ele sempre considere, em sua atuação, as vivências dos alunos nas diferentes situações de ensino-aprendizagem e invista para que tais vivências sejam consideradas, refletidas e elaboradas ao longo da formação.[28]

Ainda no contexto ensino-aprendizagem, em um dos estudos[19] apontou-se que a participação efetiva do professor, principalmente nos momentos da aprendizagem prática da enfermagem, tem importante papel na redução da ansiedade, no fortalecimento da autoconfiança e da autoestima do aluno, quando enfrenta os desafios nos contatos iniciais com o mundo do trabalho, o que leva a considerar a comunicação e a relação interpessoal como fatores fundamentais para o ensino e a prática de enfermagem.

Em relação aos estudos que tiveram como temática o currículo, destaca-se um estudo em que se buscou identificar as competências descritas em planos de ensino de uma disciplina dos cursos técnicos de enfermagem.[5] Na análise das competências, foi possível identificar que ainda há prevalência do saber fazer na educação profissional, com tendência a fundamentar e a instrumentalizá-lo com conhecimentos científicos.

Com base na descrição dessa realidade, torna-se evidente a necessidade de os enfermeiros educadores trabalharem o saber ser do cuidador da área de enfermagem, o que engloba a personalidade e o caráter que irão determinar os comportamentos do indivíduo no meio de trabalho.

Outro importante conteúdo abordado foi a qualificação profissional. Em um dos estudos caracterizou-se o perfil do enfermeiro docente em educação profissional e foram analisadas as condições de trabalho desses profissionais.[22] Nesse estudo constatou-se que a maioria dos enfermeiros considera a docência como uma atividade secundária e que esses profissionais investem em sua capacitação docente, apesar das dificuldades encontradas.

Diante dessas considerações, é possível afirmar que o trabalho docente em enfermagem também tem sofrido relativa precarização nos aspectos concernentes às relações de emprego. O aumento dos contratos temporários, o arrocho salarial, a inadequação e mesmo ausência de planos de cargos e salários têm tornado cada vez mais agudo o quadro de instabilidade e precariedade do emprego na docência em enfermagem de nível médio.[31]

A avaliação também é um tema que merece destaque, sendo abordada em um estudo[25] no contexto da avaliação por competência no ensino técnico em enfermagem, cujo objetivo foi relatar suas implicações, desafios e proposições como uma forma de integrar os diversos olhares dos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem em saúde. Após a análise deste trabalho, foi possível considerar que a avaliação por competência é um processo complexo que envolve alunos, docentes e enfermeiros do campo, no qual o educador precisa ser capaz de reconhecer as competências que devem ser atingidas pelos discentes ao realizarem determinada disciplina, buscando a formação de um profissional capacitado para o cuidado de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática sobre a educação profissional de nível médio em enfermagem é relevante para a área e tem sido abordada em pesquisas nacionais. Apesar do reduzido número de artigos analisados na amostra em um período de dez anos, as publicações trazem contribuições significativas quanto ao que tem sido realizado na formação do trabalhador de nível médio em enfermagem.

Um dado que já era esperado e que se mostrou com muita clareza refere-se à concentração da produção científica na região Sudeste do País, uma vez que dos 16 artigos publicados 12 foram produções oriundas dos Estados de São Paulo, do Rio de Janeiro e de Minas Gerais.

Quanto à abordagem temática, estratégias de ensino foi um assunto muito discutido. Foram abordados alguns meios utilizados no ensino profissionalizante em enfermagem, os quais apresentam um propósito comum, ou seja, facilitar e melhorar a qualidade do processo ensino-aprendizagem. Foram enfatizados meios de ensino como a educaçãoa distância, o estudo dirigido e a interdisciplinaridade.

Não houve estudos com enfoque direto para a relação aluno-professor que envolvesse interesses e intenções. Contudo, é importante investir em estudos que abordem essa relação, uma vez que a interação estabelecida entre esses indivíduos caracteriza-se pela seleção de conteúdos, organização, sistematização didática para facilitar o aprendizado dos alunos e exposição na qual o professor demonstrará seus conteúdos.

Diante de todos os aspectos que nortearam esta produção bibliográfica, fica evidente a necessidade de ampliar as pesquisas que analisem o contexto da educação profissionalizante em enfermagem, pois estudos com esse enfoque são fundamentais para que o docente tenha uma visão crítico-reflexiva do ensino em enfermagem de nível médio, o que contribui para a melhoria de sua atuação como educador.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Rev Eletrônica Enferm. 2004; *06(1):09-15*.

2. Dantas RAS, Aguillar OM. O ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem brasileira. Rev Latino AM Enferm. 1999; 7(2):25-32.

3. Christófaro MAC. Sobre a profissionalização de trabalhadores da saúde sem qualificação específica. Rev Bras Enferm. 1994; 47(1):1-8.

4. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis (Rio J.). 2004; 14(1):41-65.

5. Kobayashi RM, Leite MMJ. Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2004 mar./abr; 12(2):221-7.

6. Kobayashi RM, Frias MAE, Leite MMJ. Caracterização das publicações sobre a educação profissional de enfermagem no Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2001 mar; 35(1):72-9.

7. Clapis MJ, Nogueira MS, Mello DF, Corrêa AK, Souza MCBM, Mendes MMR. O ensino de graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo ao longo dos seus 50 anos (1953-2003). Rev Latinoam Enferm. 2004 jan./fev; 12(1):7-13.

8. Brasil VV, Alencar CCP, Mucci I. Refletindo sobre a formação e desempenho do docente de Enfermagem. Cogitare Enferm. 1996 jul./dez; 1(2):81-5.

9. Sordi MRL, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde o desafio da virada do século. Rev Latinoam Enferm. 1998 abr; 6(2):83-8.

10. Polit D, Beck CT, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

11. LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

12. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005 nov; **52(5):546-53.**

13. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Rev Latinoam Enferm. 2006 fev; 14(1):124-31.

14. Barbosa MFSO, Rezende F. Tutors' experience in a distance educational program: progress and challenges. Interface Comunic Saúde Educ. 2006 jul./dez; 10(20):473-86.

15. Okane ESH, Takahashi RT. O estudo dirigido como estratégia de ensino na educação profissional em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(2):160-9.

16. Carvalho RS, Viana LO. A formação do enfermeiro docente do ensino médio profissionalizante na relação com o principio da interdisciplinaridade. Enferm Global. 2009 fev; (15):1-14.

17. Sant`Anna SR, Ennes LD, Soares LHS, Oliveira SR, Sant`Anna LS. A influência das políticas de educação e saúde nos currículos dos cursos de educação profissional técnica de nível médio em enfermagem. Trab Educ Saúde. 2007 nov./fev; 5(3):415-31.

18. Ximenes Neto FRG, Costa MCF, Rocha J, Cunha ICKO. Auxiliares e técnicos de enfermagem na saúde da família: perfil sociodemográfico e necessidades de qualificação. Trab Educ Saúde. 2008 mar./jun; 6(1):51-64.

19. Stutz BL, Jansen AC. Ensino técnico na área da saúde: os desafios do processo de aprendizagem. Psicol Esc Educ. 2006 dez; 10(2):211-22.

20. Silva VR, Silva MG, Santos BO. Proposta pedagógica do PROFAE na perspectiva dos enfermeiros instrutores. Rev Bras Enferm. 2005 maio/jun; 58(3):284-9.

21. Baraldi S, Car MR. O sentido do trabalho em um projeto de formação de profissionais de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(4):555-62.

22. Bassinello GAH, Silva EM. Perfil dos professores de ensino médio profissionalizante em enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2005; 13(1):76-82.

23. Bagnato MHS, Bassinello GAH, Lacaz CPC, Missio L. Ensino Médio e educação profissionalizante em enfermagem: algumas reflexões. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(2):279-86.

24. Bersusa AAS, Oliveira LSS, Martins CL, Bógus CM, Escuder MML. A construção das políticas de Formação Profissional de nível técnico de enfermagem para o sus: visitando experiências da secretaria de Estado da São Paulo. Rev Paul Enferm. 2007; 26(2):103-12.

25. Zocche DAA. Educação profissional em saúde: reflexões sobre a avaliação. Trab Educ e Saúde. 2007; 5(2):281-95.

26. Kruse MHL, Santana MNGST. Educação tecnológica: por que ela não é pertinente para a área da saúde. Rev Bras Enferm. 2002 jul./ago; 55(4):434-9.

27. Mott ML, Tsunechiro MA. Os cursos de enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira e o início da enfermagem profissional no Brasil. Rev Bras Enferm. 2002 set./out; 55(5):592-9.

28. Silveira R, Corrêa AK. Análise integrativa da literatura (1999-2003): ensino em educação profissional em enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2005 jan./abr; 13(1):91-6.

29. Oguisso T, Tsunechiro MA. História da Pós- Graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(Esp.):522-34.

30. Carvalho EC. A produção do conhecimento em enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 1998 jan; 6(1):119-22.

31. Santos LHP, Cassiani SHB. Vivendo em constante conflito: o significado da prática docente no ensino médio de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2000 oct; 8(5):58-64.

Data de submissão: 30/10/2009
Data de aprovação: 30/4/2010

ANEXO I – INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DOS ARTIGOS

Título da publicação	
Título do periódico	
Autores	Nomes: Graduação: Instituição sede do autor principal:
Ano de publicação	
Estado brasileiro onde a pesquisa foi desenvolvida	
Tipo de revista científica	( ) Publicação de enfermagem geral ( ) Publicação de enfermagem de outra especialidade Especificar: _____ ( ) Publicação médica ( ) Publicação de outras áreas da saúde Especificar: _____
Objetivos do estudo	
Delineamento do estudo	**Estudos com dados primários** ( ) Abordagem quantitativa ( ) Delineamento experimental ( ) Delineamento quase-experimental ( ) Delineamento não experimental ( ) Abordagem qualitativa ( ) Etnografia ( ) Fenomenologia ( ) Teoria fundamentada ( ) Outras **Estudos secundários** ( ) Revisão sistemática ( ) Revisão integrativa ( ) Revisão da literatura ( ) Outras. Especificar: _____ ( ) O autor não define claramente o delineamento do estudo.
Resultados do estudo	
Conclusões do estudo	
Conteúdo do estudo*	( ) Currículo ( ) Avaliação ( ) Relação professor/aluno ( ) Planejamento ( ) Estratégias ( ) Educação do adulto ( ) Perfil do estudante ( ) Legislação ( ) Política educacional ( ) Concepção pedagógica ( ) Recursos humanos ( ) Qualificação profissional ( ) Processo ensino aprendizagem ( ) Outro (especificar):_____

***** Kobayashi, Frias e Leite.[6: 72-79]

A INFLUÊNCIA DA TECNOLOGIA NA SOBREVIVÊNCIA DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO EXTREMO DE MUITO BAIXO PESO: REVISÃO INTEGRATIVA

THE INFLUENCE OF TECHNOLOGY IN NEWBORN SURVIVAL OF EXTREMELY PREMATURE INFANTS WITH VERY LOW WEIGHT: INTEGRATIVE REVIEW

LA INFLUENCIA DE LA TECNOLOGÍA EN LA SUPERVIVENCIA DE LO RECIÉN NACIDO MUY PREMATURO CON MUY BAJO PESO: EXAMEN DE INTEGRACIÓN

Anatércia Muniz de Miranda[1]
Daniella Imaculada Barros Cunha[2]
Silvana Maria Fagundes Gomes[2]

RESUMO

O avanço da tecnologia, aliado ao cuidado mais humanizado nos últimos vinte anos, resultou no aumento da sobrevivência de recém-nascidos pré-termo extremos, classificados com o peso ao nascimento inferior a 1.500 gramas e a idade gestacional inferior a 28 semanas. Há, porém, uma preocupação em torno da qualidade de vida desses prematuros em longo prazo. O peso, ao nascimento, é considerado um dos mais importantes indicadores da qualidade de vida do neonato, por contribuir consideravelmente para a mortalidade infantil neonatal. Neste trabalho reúnem-se artigos que demonstram a importância do avanço tecnológico na sobrevida do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso, podendo significar um estudo de grande relevância para futuras avaliações. Trata-se de um estudo de revisão integrativa de artigos da literatura nacional encontrados nas bases de dados LILACS e SCIELO sobre a influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso, no período compreendido entre 1988 e 2008. Foram selecionados 20 artigos na íntegra. Após a análise dos artigos incluídos na revisão, os resultados dos estudos apontaram que o desenvolvimento tecnológico tem proporcionado uma sensível redução na morbimortalidade do recém-nascido pré-termo extremo, trazendo, no entanto, algumas consequências que podem ser consideradas danosas. Por meio dos estudos, foi possível verificar a carência de estudos nacionais referentes à sobrevivência do prematuro extremo de muito baixo peso. O avanço da tecnologia resultou, de fato, no aumento da sobrevida desses recém-nascidos, mas, em contrapartida, muitas morbidades surgiram com a utilização dessa tecnologia.

Palavras-chave: Prematuro; Recém-Nascido de muito Baixo Peso; Mortalidade Neonatal; Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

The advancement of technology along with a more humane care in the past 20 years resulted in increased survival of extremely premature babies, with a birth weight inferior to 1500 grams and gestational age lower than 28 weeks. There are however concerns about the quality of life of premature babies in the long term. The birth weight is considered one of the most important indicators of the newborn quality of life, as a low birth weight contributes substantially to neonatal infant mortality. This work brings together articles that show the importance of technological advancement in the survival of extremely premature infants with a very low weight and it can become a study of great relevance for future assessments. This is a study of integrative review articles of national literature found in the databases LILACS and SCIELO about the influence of technology in the survival of extremely premature infants with very low weight, in the period between 1988 and 2008. We selected 20 articles in their entirety. After examining the articles included in the review, the study's results showed that technological development has provided a significant reduction in the morbidity of extreme preterm newborn, and that brought about consequences that may be considered harmful. Throughout the research it was possible to attest the lack of national studies concerning the survival of extremely premature infants with a very low weight. The technology advancements raised the survival of the newborns but, on the other hand, they contributed to the appearance of other morbidities.

Key words: Infant, Premature; Infant, Very Low Birth Weight; Neonatal Mortality; Intensive Care, Neonatal.

1 Enfermeira Mestre pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Doutoranda em Ciências da Saúde, Infectologia e Medicina Tropical pela UFMG. Docente do Centro Universitário UNA.
2 Enfermeira pelo Centro Universitário UMA. Pós-graduanda em MBA em Gestão e Auditoria em Saúde pela Faculdade Pitágoras.

RESUMEN

El avance de la tecnología conjuntamente con la atención más humanizada de los últimos 20 años resultó en el aumento de sobrevida de los recién nacidos pretérmino de muy bajo peso, con peso al nacer inferior a los 1.500 gramos y edad gestacional de menos de 28 semanas. Hay, sin embargo, una inquietud a largo plazo por la calidad de vida de los recién nacidos prematuros. El peso al nacer está considerado como uno de los indicadores de calidad de vida del recién nacido más importantes, contribuyendo sustancialmente a la mortalidad infantil neonatal. Este trabajo reúne artículos que muestran la importancia de los avances tecnológicos en la sobrevida de los recién nacidos prematuros extremos con muy bajo peso y puede significar un estudio de gran importancia para futuras evaluaciones. Se trata de un estudio de revisión integrativa de artículos de la literatura nacional que se encuentran en las bases de datos LILACS y SCIELO sobre la influencia de la tecnología en la sobrevida de los recién nacidos prematuros extremos con muy bajo peso, entre 1988 y 2008. Se seleccionaron 20 artículos en su totalidad. Después de analizar los artículos incluidos en la revisión, los resultados de los estudios mostraron que el desarrollo tecnológico ha proporcionado una reducción significativa en la morbilidad de los recién nacidos pretérmino pero que, sin embargo, también ha tenido algunas consecuencias que pueden ser consideradas perjudiciales. Por la investigación se ha podido comprobar la falta de estudios nacionales acerca de la sobrevida de los recién nacidos prematuros extremos con muy bajo peso. El avance de la tecnología ha resultado, de hecho, en el aumento de la sobrevida de los recién nacidos. Por otro lado, también ha conllevado a otros trastornos resultantes de su utilización.

Palabras clave: Prematuro; Recién Nacido de Muy Bajo Peso; Mortalidad Neonatal; Cuidado Intensivo Neonatal.

INTRODUÇÃO

O avanço do conhecimento técnico e científico da assistência neonatal, aliado ao cuidado mais humanizado nos últimos anos, resultou no aumento da sobrevivência de recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBPs), assim como na diminuição do limite biológico da viabilidade fetal.[1]

A tecnologia se define por *tecno*, o saber fazer, e *logia*, a razão do saber fazer.[2] Pode ser classificada em leve, quando falamos de relações, acolhimento e gestão de serviços; em leve-dura, quando nos referimos aos saberes bem estruturados como o processo de enfermagem; e dura, quando envolve os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas.[3] Apesar dos avanços tecnológicos, há uma preocupação em torno da qualidade de vida em longo prazo. A tecnologia tem proporcionado a sobrevida de recém-nascidos (RNs) até há pouco tempo considerados inviáveis, mas esses RNs tornam-se mais propícios a apresentar inúmeras morbidades provenientes de sua prematuridade.[1]

O recém-nascido pré-termo ou prematuro (RNPT) pode ser classificado de acordo com a idade gestacional (menor que 37 semanas completas), peso ao nascimento (inferior a 2.500 g) e crescimento intrauterino (relação peso e idade gestacional) que o qualificará em adequado para a idade gestacional (AIG – peso entre percentis 10 e 90); pequeno para a idade gestacional (PIG – peso abaixo do percentil 10); e Grande para a Idade Gestacional (GIG – peso acima do percentil 90). Os RNMBPs apresentam uma idade gestacional menor do que 28 semanas e peso ao nascimento inferior a 1.500g.[4]

O peso ao nascimento é considerado um dos mais importantes indicadores da qualidade de vida do neonato, por contribuir significativamente para a mortalidade infantil e neonatal, representando mais de 50% dos óbitos de crianças menores de 1 ano. Pelo mesmo motivo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou o RNMBP como o fator isolado mais importante a ser considerado na prematuridade.[5]

No Brasil, ainda existem poucos estudos publicados que nos permitem analisar com mais critério a morbimortalidade e as intervenções recebidas pelos RNMBPs. Nos países desenvolvidos, no entanto, as pesquisas avançadas no campo da neonatologia possibilitam uma avaliação sistemática dos agravos da prematuridade extrema e o impacto da tecnologia sobre esses agravos.

A possibilidade de aprimorar os cuidados aos RNMBPs requer o conhecimento da assistência oferecida pelos profissionais da área, dos fatores que representam risco de mortalidade e, sobretudo, dos resultados de estudos de *follow-up*, pois é de extrema importância examinar e compreender não apenas as taxas de sobrevivência, como também os resultados relacionados aos neonatos, com o propósito de determinar quais bebês podem ser pequenos e imaturos demais diante dos limites da nossa tecnologia.[6]

Inúmeros estudos demonstram que o avanço da tecnologia, juntamente com a ciência, tem beneficiado o campo da neonatologia, sobretudo no que concerne à utilização de modernos e terapêuticos equipamentos, aumentando, com isso, a chance de sobrevida dos recém-nascidos.

Diante dessa realidade e com o conhecido avanço da tecnologia nos últimos anos, realizamos esse estudo por meio de uma busca efetiva sobre as publicações nacionais a partir de 1988. Nosso objetivo foi analisar a influência da tecnologia na sobrevivência dos RNMBPs e determinar, mediante a revisão integrativa da literatura, os fatores que influenciaram nessa sobrevivência, acreditando que esta pesquisa é importante para futuras avaliações e alicerce de novos estudos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, considerada uma "parte valiosa do processo de criar e organizar um corpo da literatura, devendo ter os mesmos níveis de clareza, rigor e replicação das pesquisas primárias".[7]

Para este estudo foram aplicadas as etapas que auxiliaram na identificação da questão para a revisão; na seleção das pesquisas que constituíram a amostra; na representação das características da pesquisa revisada; na análise dos achados de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos; e, por fim, na interpretação, apresentação e divulgação dos resultados.[7]

A busca dos artigos foi realizada na íntegra pelo acesso livre *online*, utilizando como eixo norteador uma variável de interesse e três critérios de inclusão, previamente estabelecidos, para manter a coerência na busca e posterior seleção dos artigos e evitar possíveis vieses.

Dessa forma, para nortear a revisão integrativa, formulou-se a seguinte pergunta ou variável de interesse: "Qual a influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso?"

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos da literatura nacional publicados em português com os resumos disponíveis na base de dados eletrônicos da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca virtual em saúde Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), no período compreendido entre 1988 e 2008. Foram utilizadas quatro terminologias em saúde consultadas nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS/BIREME): prematuro, recém-nascido de muito baixo peso, mortalidade neonatal e terapia intensiva neonatal.

A população deste estudo constou dos artigos indexados nos referidos bancos de dados que continham como descritores, no mínimo, uma das quatro terminologias citadas, obtendo-se 681 artigos no LILACS e 196 no SCIELO, perfazendo um total de 877 artigos.

Para que fosse possível realizar um estudo da literatura nacional sobre o tema e considerando-se os últimos 20 anos como um marco no avanço da tecnologia, foram selecionados, entre a população obtida, somente os artigos nacionais publicados em português, no período entre 1988 a 2008. Esses artigos deviam conter, ao menos, um dos descritores em ciência da saúde previamente instituídos para essa revisão e que respondessem à variável de interesse. Os artigos que não contemplaram estes critérios foram, automaticamente, excluídos do nosso estudo.

A amostra final dessa revisão integrativa foi constituída por 20 artigos. Para a coleta de dados, elaborou-se um instrumento contendo critérios que possibilitaram investigar os estudos selecionados.

O instrumento contém os seguintes componentes: dados referentes ao pesquisador e à publicação do artigo, base de dados, tipo de estudo, resultados/conclusão e variável de interesse. Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado um quadro sinóptico especialmente construído para esse fim, que contemplou os seguintes aspectos considerados pertinentes: nome do artigo; nome do primeiro autor; ano de publicação e variável de interesse.

A apresentação dos resultados e a discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada de forma a atingir o objetivo desse método; ou seja, realizar uma análise de dados científicos que confirmasse, ou não, se a tecnologia realmente influencia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso e de que forma.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos vinte artigos selecionados para a amostra, cinco (25%) foram localizados somente na base de dados LILACS; três (15%), no SCIELO; e doze (60%), nas duas bases de dados. Considerando a população levantada para este estudo e a amostra obtida, fica evidente a carência de pesquisas nacionais relacionadas à variável de interesse deste estudo.

Desses artigos, dezesseis (80%) têm entre seus autores somente médicos, um (5%) é de autoria de enfermeiro, um (5%) de fisioterapeuta e em dois (10%) não conseguimos identificar a categoria profissional de seus autores. Pela análise desses dados, pode-se perceber que ainda há um grande déficit na publicação de artigos relacionados ao prematuro extremo de muito baixo peso por parte dos enfermeiros.

Quanto à titulação dos autores, dez (50%) possuem doutorado, quatro (20%) mestrado, um (5%) é especialista e 5 (25%) não foram identificados. Esses dados demonstram que a maioria das publicações é de profissionais voltados para a pesquisa, sendo em grande parte mestres e doutores.

De acordo com o ano de publicação, dois (10%) foram publicados em 2002, dois (10%) em 2003, seis (30%) em 2005, três (15%) em 2006, cinco (25%) em 2007 e dois (10%) em 2008. Percebeu-se, por essa análise, maior publicação desse tema de 2005 a 2007.

Apesar da busca por publicações nacionais nos últimos vinte anos, a amostra contém somente artigos do período de 2002 a 2008, o que demonstra a falta de artigos publicados há mais de dez anos. Percebeu-se, também, que alguns dos estudos foram realizados na década de 1990, mas suas publicações ocorreram somente anos depois.

Dos artigos avaliados, quatorze (70%) foram realizados em Instituições Hospitalares e seis (30%), de revisão. Nessa análise, fica evidente que um grande percentual de artigos foi realizado por meio de pesquisa de campo.

Em relação aos periódicos nos quais foram publicados os artigos incluídos nesta revisão, a maioria, ou seja, quatorze (70%), aconteceram em periódicos médicos e somente um (5%) em revista de enfermagem geral, sendo os cinco (25%) restantes, em revistas de outras áreas da saúde. O fato de a maioria das publicações serem de autoria médica justifica a concentração de publicações em periódicos da mesma área.

A QUADRO. 1, a seguir, apresenta a síntese dos artigos incluídos nestaa revisão integrativa.

QUADRO 1 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

TÍTULO DO ARTIGO	1° AUTOR	ANO	VARIÁVEL DE INTERESSE
"Avaliação do impacto da corticoterapia antenatal para aceleração da maturidade pulmonar fetal nos recém-nascidos em maternidade-escola brasileira."[8]	Isabela Cristina C. Albuquerque	2002	Em 78 RNs do estudo, verificou-se impacto favorável da corticoterapia antenatal, com redução significativa da SDR na idade gestacional (IG) entre 26 e 35 semanas, com redução do risco de morte em 39%.
"Corticosteroide antenatal: ciclo único *versus* múltiplo: comparação de resultados."[9]	Joice Fabíola Meneguel	2002	Estudos demonstram os benefícios do corticoide antenatal na redução da ocorrência da SDR, hemorragia Peri e intraventricular e mortalidade neonatal. A utilização de um ciclo único de corticoide antenatal não deve ser esquecida diante do baixo custo e dos comprovados benefícios que promove na evolução de RN prematuros.
"Escore CRIB, peso ao nascer e idade gestacional na avaliação do risco de mortalidade neonatal."[10]	Ângela Sara J. de Brito	2003	O desenvolvimento dos conhecimentos em medicina perinatal e a sofisticação de terapias de suporte nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) têm proporcionado sensível redução nos índices de mortalidade dos RNMBP, questionando-se atualmente os limites de viabilidade fetal.
"Fatores maternos e neonatais na incidência de displasia broncopulmonar em recém-nascidos de muito baixo peso."[11]	Gicelli S. Cunha	2003	Recentes avanços na assistência perinatal têm melhorado a sobrevida dos RNMBPs, o desenvolvimento de novas terapias tem reduzido a mortalidade, mas seus efeitos na redução da ocorrência de DBP permanecem controversos.
"A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios."[12]	Manoel de Carvalho	2005	O acesso a um conjunto de intervenções obstétricas e neonatais tem garantido maior sobrevida de recém-nascidos de risco.
"Avaliação dos óbitos neonatais em recém-nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no município do Rio de Janeiro, Brasil."[13]	José Luiz Muniz Bandeira Duarte	2005	Numerosas publicações têm ressaltado o importante papel da corticoterapia na redução da morbimortalidade neonatal, refletindo a expressiva quantidade de evidências científicas que vêm se acumulando ao longo das últimas décadas no campo da perinatologia.
"Avanços em enterocolite necrosante."[14]	Nélson Diniz de Oliveira	2005	A despeito dos progressos observados na assistência perinatal na última década, o prognóstico de enterocolite necrosante não se alterou; pelo contrário, nos últimos anos observou-se a tendência ao aumento do número de óbitos dada a enterocolite necrosante.
"Como minimizar a lesão pulmonar do prematuro extremo: propostas."[15]	Cleide Suguihara	2005	A tecnologia e os novos conhecimentos científicos têm aumentado significativamente a sobrevida de prematuros extremos, mas esse aumento resultou em aumento da incidência de DBP.
"Comparação da mortalidade neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascimento em maternidades do município do Rio de Janeiro, Brasil."[16]	José Luiz Muniz Bandeira Duarte	2005	Nos últimos anos, vários estudos identificaram fatores associados ao risco de morte entre os RNs, como o sexo masculino, *Clinical Risk Index for Babies* (CRIB), extremo baixo peso ao nascer e uso de ventilação mecânica. Fatores como o uso de corticosteroide neonatal, visitas ao pré-natal, surfactante pulmonar e nutrição parenteral são considerados protetores de óbito neonatal.
"Controvérsias a respeito da sepse fúngica no pré-termo extremo: profilaxia e esquemas terapêuticos."[17]	Maria E.L. Moreira	2005	Maior conhecimento sobre a etiopatogenia da sepse fúngica, seu tratamento e profilaxia, bem como a identificação de RNs de alto risco para o desenvolvimento desta doença, podem diminuir a morbimortalidade.
"Fatores perinatais associados ao desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos de muito baixo peso."[18]	Kátia Cristina Álvares Kreling	2006	Com o avanço do conhecimento técnico e científico, verificou-se melhora progressiva na taxa de sobrevivência dos RNMBPs, porém muitos apresentam paralisia cerebral, comprometimentos motores menores, podendo apresentar déficits cognitivos, comportamentais e distúrbios na fase escolar.
"Prematuridade entre recém-nascidos de mães com amniorrexe prematura."[19]	Fernanda Lima Batista Santos	2006	Dados os avanços da perinatologia, a incidência de sequelas neurológicas em crianças prematuras tem diminuído. Na instituição local do estudo, a mortalidade perinatal e neonatal também têm diminuído, sobretudo entre os prematuros, tendo como um dos marcos a instalação de modernas unidades neonatais equipadas com recursos humanos e tecnologias complexas e especializadas.

TÍTULO DO ARTIGO	1° AUTOR	ANO	VARIÁVEL DE INTERESSE
"Sobrevida de recém-nascidos de muito baixo peso em maternidade privada de nível terciário."[20]	Edinéia Vaciloto Lima	2006	Nos últimos vinte anos, a melhoria no cuidado obstétrico ao parto prematuro, a criação de centros de assistência perinatal com recursos especializados, bem como a incorporação de novos meios diagnósticos e terapêuticos na abordagem ao neonato, contribuíram para aumentar sua sobrevida. Dentre os avanços tecnológicos e terapêuticos destinados ao RNMBP que colaboraram para melhorar sua sobrevida, estão o surfactante exógeno, o manejo ventilatório e o suporte nutricional.
"Assistência à saúde e mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso."[21]	Ana Berenice Ribeiro de Carvalho	2007	A maior utilização do corticosteroide antenatal poderá diminuir a morbimortalidade de RNMBP. A utilização de CPAP foi considerada como fator de proteção para a sobrevida.
"Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda."[22]	Breno Fauth de Araújo	2007	Nos países em que as taxas de mortalidade infantil são baixas e existe alto desenvolvimento tecnológico, a queda da mortalidade nos últimos anos tem ocorrido basicamente entre os RNMBPs, mostrando o extraordinário progresso alcançado para a sobrevivência desses RNMBP.
"Hiperóxia e risco aumentado de displasia broncopulmonar."[23]	Amarílis Batista Teixeira	2007	Os avanços na área da Terapia Intensiva Neonatal têm permitido a sobrevivência de crianças no limite de viabilidade, levando, no entanto, ao aumento do risco de morbidades intra-hospitalares, como a DBP.
"Mortalidade hospitalar dos recém-nascidos com peso de nascimento menor ou igual a 1.500g no município de Fortaleza."[24]	Eveline C.M. Castro	2007	A faixa de peso entre 1.000-1.300g apresentou melhores respostas na redução da mortalidade dada a introdução de terapias, como o surfactante e corticoide antenatal às mães.
"Tempo de ventilação mecânica e desenvolvimento de displasia broncopulmonar."[25]	Ana Damaris Gonzaga	2007	O avanço na medicina perinatal, incluindo a introdução do surfactante exógeno, do corticoide pré-natal e a melhora nos cuidados intensivos neonatais, tem se relacionado a um importante aumento na sobrevida de RNMBP. A esse benefício, entretanto, se contrapõe o aumento concomitante da incidência de DBP como uma das maiores complicações nos prematuros.
"Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nos centros da rede brasileira de pesquisas neonatais.[26]	Maria Fernanda Branco de Almeida	2008	É de se esperar que países mais ricos apresentem taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia inferiores às de países nos quais a atenção à saúde é mais precária. Isso se deve à qualidade do atendimento antenatal, do cuidado do trabalho de parto e à estrutura de atendimento neonatal das diversas regiões e países do mundo.
"Fatores de risco associados à mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso na cidade de Botucatu, São Paulo, no período de 1995-2000.[27]	Maria Laura H. Prigenzi	2008	A melhora nos cuidados às gestantes e aos recém-nascidos de alto risco reduziu a mortalidade de RNMBP nas UTINs. Entre os avanços que mais contribuíram para a redução da morbimortalidade, destacam-se a administração de surfactante exógeno no tratamento da SDR e o uso de corticosteroide antenatal nas gestantes em risco de parto prematuro.

Os estudos demonstraram que o desenvolvimento dos conhecimentos em medicina perinatal e a sofisticação de terapias de suporte nas UTINs têm proporcionado sensível redução nos índices de mortalidade dos RNMBPs.[10-12,18-23,25,27]

Com esses avanços tecnológicos, acredita-se que países mais ricos apresentem taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia inferiores a de países nos quais a atenção à saúde é mais precária.[26] No Brasil, sabe-se que o fator neonatal ainda é o principal responsável pela maior parte das taxas de mortalidade infantil nas últimas décadas.

Em um dos trabalhos enfatiza-se que para se obter a diminuição nas taxas de mortalidade, são necessárias medidas preventivas antenatais, intraparto e neonatais. Entre as antenatais, o uso de antibióticos, agentes tocolíticos e corticosteroides, introduzidos na década de 1990, trouxeram grandes benefícios aos RNMBPs. Nas salas de parto, a introdução da monitoração e o tratamento do sofrimento fetal permitiram novos avanços. Após o nascimento, medidas importantes contribuíram para a diminuição da morbimortalidade, como a administração de surfactante, novas modalidades de assistência ventilatória, a prevenção e o controle

de infecção hospitalar, o adequado controle térmico e manejo hídrico.[21] Essas medidas neonatais foram também analisadas e apresentadas em outro estudo realizado.[28] A alimentação enteral com leite materno e a participação ativa dos pais no cuidado com o recém-nascido (RN), são outros aspectos importantes que não podem deixar de ser mencionados.[21]

Mesmo com as comprovadas contribuições da tecnologia na implementação de novos e modernos equipamentos diagnósticos e terapêuticos, não se deve esquecer de que o uso dela tem merecido críticas. Essa tecnologia tem proporcionado benefícios à saúde, mas, em contrapartida, tem trazido também algumas consequências que podem ser consideradas danosas e que precisam ser cuidadosamente avaliadas.[1] Essa realidade é demonstrada em várias pesquisas que compuseram a amostra. Elas relacionaram o avanço tecnológico da neonatologia com o aparecimento e aumento da DBP.[11,15,23,25] Outras consequências, como anóxia perinatal[5], distúrbio metabólico[5], hemorragia peri-intraventricular[5], persistência do canal arterial[5] e distúrbios neuropsicomotores[18] também foram relacionadas a esse avanço. Para este último agravo, entretanto, em um dos estudos, afirma-se que o progresso da perinatologia tem diminuído a morbidade relacionada a sequelas neurológicas.[19]

As infecções foram descritas como uma das maiores causas de morbimortalidade neonatal.[9,13,18-20,22,23,27] Os procedimentos invasivos, o desenvolvimento de resistência aos antimicrobianos e o aumento da sobrevivência de RNMBP têm contribuído para o aumento da incidência de sepse neonatal.[29] Maior conhecimento, no entanto, sobre a etiopatogenia da sepse fúngica, seu tratamento e profilaxia, bem como a identificação de RNs de alto risco para o desenvolvimento dessa doença, podem diminuir a morbimortalidade.[17]

Dentre as mais diversas tecnologias utilizadas no tratamento dos RNMBP, pesquisas evidenciam que o diagnóstico radiológico da enterocolite necrosante tem contribuído para uma conduta terapêutica imediata, reduzindo as complicações e aumentando a sobrevivência desstes RNPTs extremos.[30] Mesmo com essa afirmativa, um dos estudos revelou que, apesar dos progressos da assistência perinatal, os últimos anos registraram um aumento no número de óbitos decorrentes da enterocolite necrosante.[14]

A utilização de corticoide pré-natal para induzir a maturação pulmonar e a introdução do surfactante exógeno têm sido de grande importância para os RNPTs extremos. Seus efeitos e mecanismos de ação têm apresentado uma intervenção eficaz e segura na profilaxia e tratamento da SDR, reduzindo a morbimortalidade e aumentando a sobrevida desses RNs.[9,15,21,25,27] Uma das pesquisas confirmou a redução do risco de morte em 39% dos 78 RNs analisados que receberam a corticoterapia.[8]

A administração de surfactante pulmonar tem também contribuído para o aumento da sobrevida dos RNMBPs, evidência essa apresentada em vários estudos.[13,20,24,25,27] Em uma pesquisa realizada em Fortaleza, a faixa de peso de 1.000 g a 1.300 g foi a que melhor respondeu ao tratamento com surfactante, contribuindo para a diminuição da mortalidade.[24]

O avanço tecnológico, sem dúvida, contribuiu para a melhoria na sobrevida de recém-nascidos de alto risco, mas é imprescindível compreender não apenas a importância das taxas de sobrevivência, como também os resultados neonatais determinando quais RNs podem ser considerados inviáveis diante dos limites de nossa tecnologia.[6]

CONCLUSÃO

Por meio da revisão integrativa, foi possível verificar a carência de estudos nacionais referentes à sobrevivência de recém-nascidos pré-termo extremos, sobretudo anteriores a 2000, dificultando, dessa forma, uma análise mais complexa sobre o tema.

Pode-se perceber, também, que a quase totalidade dos artigos foi publicada pela área médica, havendo grande necessidade de novos estudos desenvolvidos pela enfermagem, que trabalha, dia após dia, no cuidado desses RNs.

Em relação à variável de interesse, objetivo com esta revisão, observou-se nos artigos que compõem a amostra que o avanço da tecnologia resultou, de fato, no aumento da sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso, mas que, em contrapartida, muitas morbidades surgiram com a utilização dessa tecnologia. Além disso, houve aumento no custo dos cuidados e no risco pela excessiva manipulação e tratamento.

O recém-nascido de baixo peso sempre foi motivo de preocupação para os profissionais de saúde por estar associado à maior morbimortalidade neonatal e infantil. Nos últimos anos, no entanto, com o avanço da tecnologia, a preocupação voltou-se, também, para os recém-nascidos prematuro-extremos de muito baixo peso.

É imprescindível que a qualidade da assistência perinatal seja sempre avaliada, sendo necessário rever as práticas assistenciais no que se refere ao parto e nascimento, abrangendo estratégias que visem sempre à humanização.

É inquestionável que, após o nascimento, procedimentos rápidos e corretos podem proporcionar a esses recém-nascidos uma transição segura da vida intra à extrauterina e que as condutas tomadas podem repercutir por toda uma vida.

Vários estudos reconhecem a necessidade de tentar minimizar o impacto negativo das intervenções nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, indispensáveis à sobrevivência do prematuro, mas, por outro lado, extremamente invasivas.

Diante dessa realidade, é imprescindível compreender não apenas a importância das taxas de sobrevivência, uma vez que este estudo comprovou o seu aumento

nos últimos anos, mas o acompanhamento desses RNs ao longo do tempo. É necessário refletir sobre esses avanços para que não se tornem apenas questões técnicas e biológicas, para propiciar a essas crianças uma assistência segura e humanizada visando à melhoria contínua dos resultados e a garantia à integridade do ser humano, tendo como princípio básico a proteção da dignidade humana.

REFERÊNCIAS

1. Gaiva MAM. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. Cogitare Enferm. 2006;11(1):61-6.

2. Grinspun MPSZ, organizador. Educação tecnológica: desafios e perspectivas. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2001. p. 25-73.

3. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-50.

4. Avery GB, Fletcher MA, Mac Donald MG. Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 301-20.

5. Malveira SS, Moraes AN, Chermont AG, Costa DLF, Silva TF. Recém-nascidos de muito baixo peso em um hospital de referência. Rev Para Med. 2006; 20(1):41-6.

6. Noble L. Developments in neonatal technology continue to improve infant outcomes. Pediatr Ann. 2003; 32(9):595-603.

7. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health. 1987; 10(1):1-11.

8. Albuquerque ICC, Amorim MMR, Meneses J, Katz L, Santos LC. Avaliação do impacto da corticoterapia antenatal para aceleração da maturidade pulmonar fetal nos recém-nascidos em maternidade-escola brasileira. RBGO. 2002; 24(10):655-61.

9. Meneguel JF, Guinsburg R, Miyoshi MH, Peres CA, Kopelman BI, Camano L. Corticosteróide Antenatal: ciclo único versus múltiplo – comparação de resultados. RBGO. 2002; 24(8):505-10.

10. Brito ASJ, Matsuo T, Gonzalez MRC, Carvalho ABR, Ferrari LSL. Escore CRIB, peso ao nascer e idade gestacional na avaliação do risco de mortalidade neonatal. Rev Saúde Pública. 2003; 37(5):597-602.

11. Cunha GS, Filho FM, Ribeiro JD. Fatores maternos e neonatais na incidência de displasia broncopulmonar em recém-nascidos de muito baixo peso. J Pediatr. 2003; 79(6):550-6.

12. Carvalho M, Gomes MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. J Pediatr. 2005; 81(1 Supl):S111-S118.

13. Duarte JLMB, Mendonça GAS. Avaliação dos óbitos neonatais em recém-nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005; 21(2):387-95.

14. Oliveira ND, Miyoshi MH. Avanços em enterocolite necrosante. J Pediatr. 2005; 81(1 Supl):S.16-S22.

15. Suguihara C, Lessa AC. Como minimizar a lesão pulmonar no prematuro extremo: propostas. J Pediatr. 2005; 81(1 Supl):S69-S78.

16. Duarte JLMB, Mendonça GAS. Comparação da mortalidade neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascimento, em maternidades do município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005; 21(5):1441-7.

17. Moreira MEL. Controvérsias a respeito da sepse fúngica no pré-termo extremo: profilaxia e esquemas terapêuticos. Pediatria. 2005; 81(1):S52-S58.

18. Kreling KCA, Brito ASJ, Matsuo T. Fatores perinatais associados ao desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos de muito baixo peso. Pediatria (São Paulo). 2006; 28(2):98-108.

19. Santos FLB, Oliveira MIV, Bezerra MGA. Prematuridade entre recém-nascidos de mães com amniorrexe prematura. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2006; 10(3):432-38.

20. Lima EV, Oliveira DMP, Draque CM, Mori H, Pinto FLS, Saraiva MA, et al. Sobrevida de recém-nascidos de muito baixo peso em maternidade privada de nível terciário. Rev Paul Pediatria. 2006; 24(2):155-62.

21. Carvalho ABR, Brito ASJ, Matsuo T. Assistência à saúde e mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso. Rev Saúde Pública. 2007; 41(6):1003-12.

22. Araújo BF, Tanaka ACD. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. Cad Saúde Pública. 2007; 23(12):2869-77.

23. Teixeira AB, Xavier CC, Lamounier JA, Tavares EC. Hiperóxia e risco aumentado de displasia broncopulmonar em prematuros. Rev Paul Pediatria. 2007; 25(1):47-52.

24. Castro ECM, Leite AJM. Mortalidade hospitalar dos recém-nascidos com peso de nascimento menor ou igual a 1.500g no município de Fortaleza. J Pediatr. 2007; 83(1):27-32.

25. Gonzaga AD, Figueira BB, Sousa JMA, Carvalho WB. Tempo de ventilação mecânica e desenvolvimento de displasia broncopulmonar. Rev Assoc Med Bras. 2007; 53(1):64-7.

26. Almeida MFB, Guinsburg R, Martinez FE, Procianoy RS, Leone CR, Marba STM, et al. Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nos centros da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. J Pediatria. 2008; 84(4):300-7.

27. Prigenzi MLH, Trindade CEP, Rugolo LMSS, Silveira LVA. Fatores de risco associados à mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso na cidade de Botucatu, São Paulo, no período 1995-2000. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008; 8(1):93-101.

28. Almeida MFB, Guinsburg RA. A reanimação do prematuro extremo em sala de parto: controvérsias. J Pediatria. 2005; 81(1):S3-S15.

29. Georgetti FCD, Eugênio GR. Proteína C ativada no tratamento de recém-nascido com sepse, choque e disfunção de múltiplos órgãos e sistemas. Relato de caso e revisão de literatura. RBTI. 2006; 18(4):418-22.

30. Álvares BR, Martins DL, Roma RL, Pereira IMR. Aspectos radiológicos relevantes no diagnóstico da enterocolite necrosante e suas complicações. Radiol Bras. 2007; 40(2):127-30.

Data de submissão: 12/5/2009
Data de aprovação: 2/8/2010

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME – Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Faculdades, Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Fundação de Ensino Superior de Passos; Centro Universitário do Leste de Minas Gerais; Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Possui periodicidade trimestral e tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, terá a seguinte estrutura:

Editorial: refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;

Pesquisas: incluem artigos com abordagem metodológicas qualitativas e quantitativas, originais e inéditas que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas;

Revisão teórica: avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas;

Relatos de experiência: descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde e educação;

Artigos reflexivos: textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento em Enfermagem e Saúde;

Normas de publicação: instruções aos autores referentes à apresentação física dos manuscritos nos idiomas: português, inglês e espanhol.

3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados pelo Conselho Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos. O processo de revisão – *peer review* – consta das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

a) protocolados, registrados em base de dados para controle;

b) avaliados quanto à apresentação física – revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME (folha de rosto com identificação dos autores e títulos do trabalho) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas antes do encaminhamento aos consultores;

c) encaminhados ao Editor-Geral, que indica o Editor Associado, que ficará responsável por indicar dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;

d) remetidos a dois revisores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores e o local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito.

e) Após receber ambos os pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final, e este é encaminhado ao Editor-Geral, que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor-Geral, responsável pela aprovação final.

4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

4.1 APRESENTAÇÃO GRÁFICA

Os manuscritos devem ser encaminhados gravados em disquete ou CD-ROM, utilizando programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em duas vias impressas em papel padrão ISO A4 (212 x 297mm), com margens de 2,5 mm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

4.2 AS PARTES DOS MANUSCRITOS

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) Páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo – nos idiomas: português, inglês, espanhol; **Autor(es)** – nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência; **Indicação da Categoria do artigo**: Pesquisa, Revisão Teórica , Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio.

Página 2: Título do artigo em português; Resumo e palavras-chave; **Abstract** e Key words; **Resumen** e Palabras clave. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 3: a partir desta página, apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo título em português, que inclui:

b) Texto: – introdução;
– desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);
– conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências como especificado no item 4.3;

e) Anexos, se necessário.

4.3 SOBRE A NORMALIZAÇÃO DOS MANUSCRITOS:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma poderá ser encontrada na íntegra nos endereços:

em português: <http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
em espanhol: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>
em inglês: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o "Journals Database" – Medline/Pubmed, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> ou com o CCN – Catálogo Coletivo Nacional, do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), disponível em: <http://www.ibict.br.>

As **ilustrações** devem ser apresentadas em preto & branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993 . Em cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas**, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Os **agradecimentos** devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências.

5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e declaração de colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME. (Modelos disponíveis em www.enf.ufmg.br/reme)

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/196/96).

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros, estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

Os manuscritos devem ser enviados para:

At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP.: 30130-100 Belo Horizonte-MG – Brasil – Telefax.: 55(31) 3409-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br

6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.
(Versão de setembro de 2007)

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM
INSTRUCTIONS TO AUTHORS

1. THE MISSION OF THE MINAS GERAIS NURSING MAGAZINE – REME

REME is a journal of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais in partnership with schools and undergraduate courses in Nursing in the State of Minas Gerais, Brazil: Wenceslau Braz School of Nursing, Higher Education Foundation of Vale do Sapucaí, Higher Education Foundation of Passos, University Center of East Minas Gerais, Nursing College of the Federal University of Juiz de Fora. It is a quarterly publication intended to contribute to the production, dissemination and use of knowledge produced in nursing and similar fields covering education, research and healthcare.

2. REME SECTIONS

Each quarterly edition is structured as follows:

Editorial: raises relevant issues from the scientific, academic, political and social setting.

Research: articles with qualitative and quantitative approaches, original and unpublished, contributing to build knowledge in nursing and associated fields.

Review of theory: critical reviews of literature on important issues of nursing and associated fields.

Reports of experience: descriptions of interventions and experiences on healthcare and education.

Critical reflection: texts with special relevance bringing contributions to nursing and health thinking.

Publication norms: instructions to authors on the layout of manuscripts in the languages: Portuguese, English and Spanish.

3. EVALUATION OF MANUSCRIPTS

The manuscripts received are reviewed by REME's Editorial Council, which has the right to accept or refuse papers submitted. The peer review has the following stages:

a) protocol, recorded in a database for control

b) evaluated as to layout – initial review as to minimal standards required by REME – (cover note with the name of authors and titles of the paper) and documentation. They may be sent back to the author for adaptation to the norms before forwarding to consultants.

c) Forwarded to the General Editor who name an Associate Editor who will indicate two consultants according to their spheres of work and qualification.

d) Forwarded to two specialist reviewers in the relevant field, anonymously, selected from a list of reviewers, without the name of the authors or origin of the manuscript. The reviewers are always from institutions other than those of the authors.

e) After receiving both opinions, the General Editor and the Executive Director evaluate and decide to accept the article without alterations, refuse or return to the authors, suggesting alterations. Each copy is always reviewed by the General Editor or the Executive Director who are responsible for final approval.

4. LAYOUT OF MANUSCRIPTS

4.1 GRAPHICAL LAYOUT

Manuscripts are to be submitted on diskette or CD-ROM in Word for Windows, version 6.0 or higher, Times New Roman normal, size 12, space 1.5, printed on standard ISO A4 paper (212 x 297 mm), margins 2.5 mm, limited to 20 pages, including preliminary pages, texts, acknowledgement, references and illustrations.

4.2 PARTS OF THE MANUSCRIPTS

Each manuscript should have the following structure and order, whenever relevant:

REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 103

a) Preliminary pages:

Page 1: title and subtitle – in Portuguese, English and Spanish. Authors: full name, profession, qualifications, position and institution, postal and electronic address of the author responsible for correspondence. Indication of paper category: Research, Review of Theory, Report of Experience, Critical Reflection/Essay.

Page 2: Title of article in Portuguese; Resumo e palavras-chave; Abstract and key-words; Resumen e palavras clave (Key words - 3 to 6 – should agree with the Health Science Descriptors/BIREME, available at http://decs.bvs.br/ .

The abstract should have up to 250 words with simple space, font size 10.

Page 3: the content of the paper begins on this page, starting with the title in Portuguese, which includes:

b) Text:
• Introduction;
• Main body (material and method or description of methodology, results, discussion and/or comments);
• Conclusions or final comments.

c) Acknowledgements (optional);

d) References as specified in item 4.3

e) Appendices, if necessary.

4.3 REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS:

The requirements are those of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Norm), which can be found in full at the following sites:

Portuguese: <http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
Spanish: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>
English: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

References are numbered in the same order in which they are mentioned for the first time in the text.

Quotations in the text should be numbered, in brackets, corresponding to the references at the end of the article.

The titles of journals are abbreviated according to "Journals Database" – Medline/Pubmed, available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> or according to the CCN – National Collective Catalogue of the IBICT- Brazilian Information Institute in Science and Technology, available at: <http://www.ibict.br.>

Illustrations should be sent in black and white immediately after the reference in the text, according to the tabular presentation norm of IBGE, 3rd ed. of 1993. Under each category they should be numbered sequentially in the text. (Example: TAB 1, FIG. 1, GRÁF 1). Each illustration should have a title and the source. Headings and titles should be clear and understandable, without the need to consult the text. References to illustrations in the text should be in brackets, indicating the category and number of the illustration. Ex. (TAB. 1).

Abbreviations, measurement units, symbols and units should agree with international publication norms. The first time an abbreviation is used, it should be preceded by the complete term or expression, except when it is a common measurement.

Length, height, weight and volume measures should be quoted in the metric system (meter, kilogram, liter) or their multiples or sub-multiples. Temperature, in degrees Celsius. Blood pressure, in millimeters of mercury. Abbreviations and symbols must follow international standards.

Acknowledgements should be in a separate paragraph, placed before the bibliography.

5. SUBMITTAL OF MANUSCRIPTS

Manuscripts must be accompanied by a cover letter containing the names of the authors, address for correspon¬dence, e-mail, telephone and fax numbers, a declaration of collaboration in the work and the transfer of copyright to REME.

(Samples are available at: www.enfermagem.ufmg.br/reme)

For manuscripts resulting from research involving human beings, there should be a copy of approval by the ethics committee recognized by the National Ethics Committee for Research (CONEP), according to the norms of the National Health Council – CNS/196/96.

Manuscripts that recived financial support need to have it clearly identified.

The author(s) must sign and send the Responsability Agreement and Copyright Transfer Agreement

and also a statement informing that there are no persnonal, comercial, academic, political or financial

interests on the manuscript.

Manuscripts should be sent to:
ATT/REME- Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP.: 30130-100 Belo Horizonte - MG – Brasil - Telefax.: 55(31) 3409-9876 – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 104
E-mail: *reme@enf.ufmg.br*

6. EDITORS RESPONSIBILITY

Further issues will be decided by the Editorial Council.

REME is not responsible for the opinions stated in articles.

(September version, 2007)

REME – REVISTA DE ENFERMERÍA DEL ESTADO DE MINAS GERAIS INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

1. SOBRE LA MISIÓN DE LA REVISTA REME

REME – Revista de Enfermería de Minas Gerais – es una publicación trimestral de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais – UFMG – conjuntamente con Facultades, Escuelas y Cursos de Graduación en Enfermería del Estado de Minas Gerais: Escuela de Enfermería Wenceslao Braz; Fundación de Enseñanza Superior de Passos; Centro Universitario del Este de Minas Gerais; Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Juiz de Fora – UFJF. Su publicación trimestral tiene la finalidad de contribuir a la producción, divulgación y utilización del conocimiento generado en enfermería y áreas correlacionadas, incluyendo también temas de educación, investigación y atención a la salud.

2. SOBRE LAS SECCIONES DE REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, tiene la siguiente estructura:

Editorial: considera temas de relevancia del contexto científico, académico y político social;

Investigación: incluye artículos con enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo, originales e inéditos que contribuyan a la construcción del conocimiento en enfermería y áreas correlacionadas;

Revisión teórica: evaluaciones críticas y ordenadas de la literatura sobre temas de importancia para enfermería y áreas correlacionadas;

Relatos de experiencias: descripciones de intervenciones que incluyen atención en salud y educación;

Artículos reflexivos: textos de especial relevancia que aportan al pensamiento en Enfermería y Salud;

Normas de publicación: instrucciones a los autores sobre la presentación física de los manuscritos en los idiomas portugués, inglés y español.

3. SOBRE CÓMO SE JUZGAN LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos recibidos son analizados por el Cuerpo Editorial de la REME, que se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos sometidos. El proceso de revisión – paper review – consta de las siguientes etapas en las cuales los manuscritos son:

a) protocolados, registrados en base de datos para control;

b) evaluados según su presentación física – revisión inicial en cuanto a estándares mínimos de exigencias de la R.E.M.E (cubierta con identificación de los autores y títulos del trabajo) y documentación ; el manuscrito puede devolverse al autor para que lo adapte a las normas antes de enviarlo a los consultores;

c) enviados al Editor General que indica el Editor Asociado que será el responsable por designar dos consul¬tores de conformidad con el área.

d) remitidos a dos revisores especilistas en el área pertinente, manteniendo el anonimato, seleccionados de una lista de revisores, sin identificación de los autores y del local de origen del manuscrito. Los revisores siempre serán de instituciones diferentes a las de origen del autor del manuscrito.

e) después de recibir los dos pareceres, el Editor General y el Director Ejecutivo los evalúan y optan por la aceptación del artículo sin modificaciones, por su rechazo o por su devolución a los autores con sugerencias de modificaciones. El Editor General y/o el Director Ejecutivo, a cargo de la aprobación final, siempre analizan todas las versiones.

4. SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

4.1 PRESENTACIÓN GRÁFICA

Los manuscritos deberán enviarse grabados en disquete o CD-ROM, programa "Word for Windows", versión 6.0 ó superior, letra "Times New Roman", estilo normal, tamaño 12, digitalizados en espacio 1,5 entre líneas, en dos copias impresas en papel estándar ISO A4 (212x 297mm), con márgenes de 25mm, modelo A4, limitándose a 20 carillas incluyendo páginas preliminares, texto, agradecimientos, referencias, tablas, notas e ilustraciones. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 106

4.2 LAS PARTES DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán tener la siguiente estructura y orden, cuando fuere pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título y subtítulo en idiomas portugués, inglés y español; Autor(es)- nombre completo, profesión, título, cargo, función e institución; dirección postal y electrónica del autor responsable para correspondencia; Indicación de la categoría del artículo: investigación, revisión teórica, relato de experiencia, artículo reflexivo/ensayo.

Página 2: Título del artículo en portugués; Resumen y palabras clave. Las palabras clave (de tres a seis) deberán indicarse en conformidad con el DECS – Descriptores en ciencias de la salud /BIREME), disponible en: http://decs.bvs.br/.

El resumen deberá constar de hasta 250 palabras, con espacio simple en letra de tamaño 10.

Página 3: a partir de esta página se presentará el contenido del manuscrito precedido del título en portugués que incluye:

b) Texto: – introducción;
• desarrollo (material y método o descripción de la metodología, resultados, discusión y/o comen¬tarios);
• conclusiones o consideraciones finales;

c) Agradecimientos (opcional);

d) Referencias como se especifica en el punto 4.3;

e) Anexos, si fuere necesario.

4.3 SOBRE LA NORMALIZACIÓN DE LOS MANUSCRITOS:

Para efectos de normalización se adoptarán los Requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma se encuentra de forma integral en las siguientes direcciones:

En portugués: http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>
En español: http://www.enfermeriaencardiologia.com/formación/vancouver.htm
En inglés: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html >

Las referencias deberán enumerarse consecutivamente siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto.

Las citaciones en el texto deberán indicarse con numero arábico, entre paréntesis, sobrescrito, correspondiente a las referencias al final del articulo.

Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo al "Journals Database" Medline/Pubmed, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/ query. fcgi? db=Journals> o al CCN – Catálogo Colectivo Nacional, del IBICT- Ins¬tituto Brasileño de Información en Ciencia y Tocología, disponible en: <http://www.ibict.br.>

Las ilustraciones deberán presentarse en blanco y negro luego después de su referencia, en conformidad con la norma de presentación tabular del IBGE , 3ª ed. , 1993. Dentro de cada categoría deberán enumerarse en secuencia durante el texto. Por ej.: (TAB.1, FIG.1, GRAF.1). Cada ilustración deberá tener un titulo e indicar la fuente de donde procede. Encabezamientos y leyendas deberán ser lo suficientemente claros y comprensibles a fin de que no haya necesidad de recurrir al texto. Las referencias e ilustraciones en el texto deberán mencionarse entre paréntesis, con indicación de categoría y número de la ilustración. Por ej. (TAB.1).

Las abreviaturas, cantidades, símbolos y unidades deberán seguir las Normas Internacionales de Publicación. Al emplear por primera vez una abreviatura ésta debe estar precedida del término o expresión completos, salvo cuando se trate de una unidad de medida común.

Las medidas de longitud, altura, peso y volumen deberán expresarse en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilo, litro) o sus múltiplos y submúltiplos; las temperaturas en grados Celsius; los valores de presión arterial en milímetros de mercurio. Las abreviaturas y símbolos deberán seguir los estándares internacionales.

Los agradecimientos deberán figurar en un párrafo separado, antes de las referencias bibliográficas.

5. SOBRE EL ENVÍO DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán enviarse juntamente con el oficio de envío, nombre de los autores, dirección postal, dirección electrónica y fax así como de la declaración de colaboración en la realización del trabajo y autorización de transferencia de los derechos de autor para la revista REME. (Modelos disponibles en: www.enfermagem.ufmg.br/reme)

Para los manuscritos resultados de trabajos de investigación que involucren seres humanos deberá enviarse una copia de aprobación emitida por el Comité de Ética reconocido por la Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Comisión Nacional de Ética en Investigación, en conformidad con las normas de la resolución del Consejo Nacional de Salud – CNS/196/96. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 107

Para los manuscritos resultantes de trabajos de investigación que hubieran recibido algún tipo de apoyo financiero, el mismo deberá constar, claramente identificado, en el propio manuscrito. El autor o los autores también deberán declarar, juntamente con la autorización de transferencia del derecho de autor, no tener interés personal, comercial, académico, político o financiero en dicho manuscrito.

Los manuscritos deberán enviarse a:
At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG, sala 104 Bloco Norte
CEP 30130- 100 Belo Horizonte MG – Brasil – Telefax **55 (31) 3409-9876
Correo electrónico: reme@enf.ufmg.br

6. SOBRE LA RESPONSABILIDAD EDITORIAL

Los casos omisos serán resueltos por el Consejo Editorial.

REME no se hace responsable de las opiniones emitidas en los artículos.

(Versión del 12 de septiembre de 2007)

Revista Mineira de Enfermagem
Nursing Journal of Minas Gerais
Revista de Enfermería de Minas Gerais

reme

FORMULÁRIO PARA ASSINATURA DA REME

Nome / *Name / Nombre* **ou Instituição assinante:** _____

Endereço / *Adress / Dirección:* _____

_____

Cidade / *City / Ciudad:* _____ País / *Country / Pais:* _____

UF / *State / Provincia:* _____ **CEP** / *Zip Code / Código Postal:* _____

Tel. / *Phone / Tel.:* _____ **fax:** _____ **Celular** / *Cell Phone / Cellular:* _____

E-mail: _____

Categoria Profissional / *Occupation / Profesión:* _____

Data / *Date / Fecha:* _____/_____/_____

Assinatura / *Signature / Firma:* _____

Encaminhar este Formulário de Assinatura acompanhado do comprovante de depósito bancário, por fax (31 3409-9876) ou e-mail (reme@enf.ufmg.br)
Send your subscription to:
Enviar la inscripción a:

Dados para depósito:

BANCO DO BRASIL

Agência / *Branch Number / Sucursal Número: 1615-2*

Conta / *Bank Account / Cuenta de Banco: 480109-1*

Código identificador/ *Identification code/ Clave de identificación: 4828011*

Valores Anuais:
Individual: R$100,00 ( ) US$80,00 ( )
Institucional: R$150,00 ( ) US$100,00 ( )

ESCOLA DE ENFERMAGEM – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
REME – Revista Mineira de Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 - sala 104, Bloco Norte
Campus Saúde, Bairro Santa Efigênia - CEP: 30130-100
Belo Horizonte - MG - Brasil
Telefax/Fax: +55 (31) 3409-9876
Home page: www.enf.ufmg.br/reme.php