

3

VOLUME 4, NÚMERO 3, JUL/SET DE 2004

REME

Revista Mineira
de Enfermagem

Nursing Journal
of Minas Gerais

Revista de Enfermería
de Minas Gerais



ISSN 1415-2762

ISSN 1415-2762

REME

Revista Mineira
de Enfermagem

Nursing Journal
of Minas Gerais

Revista de Enfermería
de Minas Gerais

VOLUME 08, NÚMERO 3, JUL/SET DE 2004

REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM

Uma Publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em Parceria com:

Escola de Enfermagem Wenceslau Braz
Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas
Faculdades Federais Integradas de Diamantina
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação de Ensino Superior de Passos
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí
Universidade Estadual de Montes Claros
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais
Fundação Educacional de Divinópolis

Editor Geral

Francisco Carlos Félix Lana

Diretora Executiva

Aidê Ferreira Ferraz

Editores Associados

Edna Maria Rezende
Jorge Gustavo Velásquez Melendez
Tânia Couto Machado Chianca

Conselho Editorial

André Petitat (Université de Lausanne-Suíça), Andréa Gazzinelli C. Oliveira (UFMG), Anézia Moreira Faria Madeira (UFMG), Cristina Arreguy de Sena (UFJF), Cristina Maria Loyola Miranda (UFRJ), Daclê Vilma Carvalho (UFMG), Emília Campos de Carvalho (USP-RP), Emiko Yoshikawa Egry (USP), Estelina Souto do Nascimento (PUC-MG), Flávia Regina Souza Ramos (UFSC), Goolan Hussein Rassool (Londres), Lélia Maria Madeira (UFMG), Lídia Aparecida Rossi (USP-RP), Maguida Costa Stefanelli (USP-SP), Marga Simon Coller (Connecticut-USA), Maria Consuelo Castrillón Agudelo (Universidad de Antioquia, Medellín, Colômbia), Maria Édila Abreu Freitas (UFMG), Maria Helena Larcher Caliri (USP-RP), Maria Itayra Coelho de Souza Padilha (UFSC), Marília Alves (UFMG), Maria Miriam Lima da Nóbrega (UFPB), Maria Imaculada de Fátima Freitas (UFMG), Marta Lenise do Prado (UFSC), Matilde Meire M. Cadete (UFMG), Silvana Martins Mishima (USP-RP), Sônia Maria Soares (UFMG), Sueli Maria dos Reis Santos (UFJF), Raquel Rapone Gaidzinski (USP-SP), Rosângela Maria Greco (UFJF), Roseni Rosângela de Sena (UFMG), Sílvia Lúcia Ferreira (UFBA)

Conselho Deliberativo

Francisco Carlos Félix Lana- Presidente (Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais), Lucila Junqueira Carneiro (Escola de Enfermagem Wenceslau Braz), Maria Betânia Tinti de Andrade (Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas), Maria Aparecida Vieira (Universidade Estadual de Montes Claros), Marli Salvador (Universidade Federal de Juiz de Fora), Rosa Maria Nascimento Moreira (Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí), Flávia Lúcia Guimarães Heyden (Universidade Estadual de Montes Claros), Sueli Riul da Silva (Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro), Evânia Nascimento (Fundação de Ensino Superior de Passos), Sônia Maria Neves (Centro Universitário do Leste de Minas Gerais), Raquel Silva Assunção (Fundação Educacional de Divinópolis), Taciana Cavalcante de Oliveira (Faculdades Federais Integradas de Diamantina).

Normalização Bibliográfica

Maria Piedade Fernandes Ribeiro CRB/6-601

Secretaria Geral

Pablo Oliveira Pimenta - Bolsista da Fundação Universitária Mendes Pimentel (FUMP/UFMG)
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
Revista Mineira de Enfermagem - Av. Alfredo Balena, 190 - sala 607 - Belo Horizonte - MG - Brasil CEP: 30130-100
Tel.: (31) 3248 9876 Fax.: (31) 3248 9830
E-mail: reme@enfermagem.ufmg.br
Atendimento Externo: 14:00 às 18:00 h

Projeto Gráfico, Produção e Editoração Eletrônica

Brígida Campbel / Ana Paula Vieira / Rita da Glória Corrêa (DDCS / UFMG)

Assinatura

Secretaria Geral - Tel.: (31) 3248 9876 Fax.: (31) 3248 9830
E-mail: reme@enfermagem.ufmg.br

Indexada em:

- LILACS – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
- BDENF – Base de Dados em Enfermagem da SURENF – Sub-Rede Brasileira de Informação em Enfermagem/ BIREME-OPS.

Texto disponível em

www.bibliomed.com.br e www.enfermagem.ufmg.br

ISSN: 1415-2762

Revista filiada à ABEC – Associação Brasileira de Editores Científicos

Periodicidade: trimestral – Tiragem: 1.000 exemplares

APOIO



UFMG



EEUFMG



COREN-MG



ABEn-MG

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

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

NLM:WY 100
CDU: 616-83

EDITORIAL	347
-----------------	-----

PESQUISAS

COMPREENDENDO O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL

UNDERSTANDING THE IMPACT OF GESTATIONAL DIABETES DIAGNOSIS

ENTENDIENDO EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL	349
--	-----

Ivone Maria Martins Salomon

Sônia Maria Soares

CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM HERMANTINA BERALDO GESTÃO CELINA VIEGAS

FOUNDATION AND IMPLEMENTATION OF THE HERMANTINA BERALDO NURSING SCHOOL UNDER THE ADMINISTRATION OF CELINA VIEGAS

CREACIÓN Y IMPLANTACIÓN DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA HERMANTINA HERALDO ADMINISTRACIÓN POR CELINA VIEGAS	358
---	-----

Maria Aparecida de Araújo

Estelina Souto do Nascimento

Valda da Penha Caldeira

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EM MULHERES NORMOTENSAS E HIPERTENSAS

ANTHROPOMETRICAL INDICATORS IN NORMOTENSIVE AND HIPERTENSIVE WOMEN

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EN MUJERES NORMOTENSAS Y HIPERTENSAS	364
--	-----

Priscilla Alencastro de Souza

Salette Maria de Fátima Silqueira

Gilberto Kac

Edílson Ornelas Oliveira

Gustavo Velásquez-Meléndez

MOTIVAÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE SEU TRABALHO EM UMA CASA DE PARTO

MOTIVATION OF OBSTETRIC NURSES TO WORK AT A BIRTH CENTER

LA MOTIVACIÓN DE ENFERMERAS OBSTÉTRICAS PARA EL DESARROLLO DE SU TRABAJO EN UNA CASA DE PARTO	369
---	-----

Luiza Akiko Komura Hoga

O MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL – VISÃO DE FAMILIARES

MENTAL HEALTH CARE – THE VIEW OF FAMILY MEMBERS

EL MODELO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL – VISIÓN DE FAMILIARES	374
--	-----

Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Sônia Barros

Annette Souza Silva Martins da Costa

RISCOS PARA O TRABALHADOR EM LAVANDERIAS HOSPITALARES

RISKS FOR WORKERS IN HOSPITAL LAUNDRIES

RIESGOS PARA LOS TRABAJADORES EN LAVANDEROS DE HOSPITALES	382
---	-----

Solange Cervinho Bicalho Godoy

Ellen Midori Ribeiro dos Santos

Natália de Cássia Horta

Soraia Menezes Gontijo

Alexandra Freire Vilela

REVISÃO TEÓRICA

LITERATURA DE ENFERMAGEM SOBRE TRANSMISSÃO HETEROSSEXUAL DO HIV NO SÉCULO XX: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA

HETEROSEXUAL HIV TRANSMISSION IN TWENTIETH CENTURY NURSING LITERATURE: A QUALITATIVE APPROACH

LITERATURA DE ENFERMERÍA SOBRE TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL

DEL VIH EN EL SIGLO XX: UN ENFOQUE CUALITATIVO 388

Daniela Angelo de Lima

Neide de Souza Praça

O INTERACIONISMO INTERPRETATIVO COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO PARA GERAR EVIDÊNCIAS NAS PESQUISAS EM ENFERMAGEM

INTERPRETATIVE INTERACTIONISM AS A METHODOLOGICAL FRAMEWORK TO GENERATE EVIDENCE IN NURSING RESEARCH

EL INTERACCIONISMO INTERPRETATIVO COMO REFERENTE METODOLÓGICO

PARA GENERAR EVIDENCIAS EN LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA 395

Kátia Poles

Regina Szyllit Bousso

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

ENFOCANDO ESTRATÉGIAS DE ENSINO DE PESQUISA QUALITATIVA UTILIZADA NO CURSO DE GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FOCUSING ON QUALITATIVE RESEARCH TEACHING STRATEGIES IN THE NURSING UNDERGRADUATE COURSE OF THE UNIVERSITY OF SÃO PAULO

ENFOCANDO ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN EL PREGRADO DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SÃO PAULO 398

Miriam Aparecida Barbosa Merighi

Amélia Fumiko Kimura

MÉTODOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA PRÁTICA DOCENTE EM ENFERMAGEM: ABORDAGENS PROBLEMATIZADORAS EM DISCIPLINAS DE SAÚDE COLETIVA

TEACHING-LEARNING METHODOLOGIES IN NURSING PEDAGOGICAL PRACTICE

MÉTODOS DE ENSEÑANZA UTILIZADOS EN LA FORMACIÓN DE

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA 402

Serafim Barbosa Santos-Filho

VIGILÂNCIA PÓS-ALTA DOS PACIENTES CIRÚRGICOS: MÉTODOS RECOMENDADOS E A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

POST-DISCHARGE SURVEILLANCE IN SURGICAL PATIENTS: RECOMMENDED METHODS AND THE EXPERIENCE OF A UNIVERSITY HOSPITAL

LA VIGILANCIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS:

LOS MÉTODOS RECOMENDADOS Y LA EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO 409

Adriana Cristina Oliveira

Bruna Adriene G. de Lima

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 414

ASSINATURA 421

PELA VALORIZAÇÃO, PROMOÇÃO, REGULAÇÃO E DEFESA DA ENFERMAGEM

Preocupados com a emergência do Ato Médico – Projeto de Lei 25/2002 –, com a formação e a prática da enfermagem e ainda com a organização política da enfermagem em Minas Gerais, reuniram-se a Escola de Enfermagem da UFMG, a Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Minas Gerais, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Minas Gerais, o Sindicato de Enfermeiros do Estado de Minas Gerais e a Executiva Nacional de Estudantes de Enfermagem, representada pelo Diretório Marina Andrade Resende da Escola de Enfermagem da UFMG.

Dessa reunião foi criado o FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM na perspectiva de construção de uma agenda política unificada, que tem como referência a valorização, a regulação e a promoção da enfermagem em Minas Gerais e se constitui em um espaço de articulação que pretende integrar entidades e instituições de enfermagem.

O Fórum vem discutindo a situação atual da enfermagem em Minas Gerais e salienta que o novo arcabouço jurídico previsto na Constituição Federal de 1988 possibilitou uma revolução na concepção, nas abordagens e práticas em saúde e trouxe repercussões importantes para a enfermagem. A nova Carta Constitucional revoluciona a saúde, primeiro porque a toma como direito de todos e dever do Estado; segundo porque impõe um novo conceito de saúde, um conceito ampliado que procura apreender a dimensão integral e de totalidade da determinação do processo saúde/doença, envolvendo condições de vida e trabalho. Além disso, estabelece que as ações e os serviços de saúde devem ser organizados tendo como referência o acesso universal, independentemente da fonte de financiamento, e os princípios de integralidade, equidade e controle social.

Essa orientação trouxe repercussões fundamentais para a enfermagem, das quais primeira e talvez a mais importante foi a expansão do mercado de trabalho para os profissionais nela inseridos. Segundo dados do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Minas Gerais, houve um crescimento de 178% no contingente de enfermeiros no Estado de Minas Gerais, passando de 3.171 em 1993 para 8.830 em 2003; de 644% no contingente de técnicos de enfermagem, passando de 2.797 para 20.796 e em relação aos auxiliares de enfermagem, foi verificado um crescimento de 525%, passando de 8.529 para 53.315. Isso perfaz um total de 82.944 trabalhadores de enfermagem.

Tal expansão acarretou o surgimento desordenado de escolas e cursos de enfermagem em todos os níveis. Até 1999 havia, em Minas Gerais, 13 cursos de graduação; hoje são mais de 56, o que evidencia a necessidade de regulação por parte do Estado, de modo a garantir a formação de enfermeiros generalistas com competência técnica, social e política.

Uma repercussão, também importante, desse processo de transformação da saúde no Brasil foi a elaboração do Projeto de Lei do Ato Médico que restringe a um único profissional a hegemonia pelo cuidado às pessoas e coletividades, configurando-se como um retrocesso diante dos avanços conquistados pelo conjunto dos trabalhadores no que se refere à implantação e à consolidação do Sistema Único de Saúde por meio da integralidade das ações de atenção à saúde. Tal projeto implica a descontinuidade das ações profissionais na área da saúde, especialmente no SUS; reduz e limita a atenção à saúde da população a uma categoria profissional apenas, desconsiderando que a atuação da saúde deve atender de forma integral às necessidades dos indivíduos e das coletividades; limita, se não impede, o livre acesso da população à saúde nas suas diversas especialidades e por fim, restringe o livre exercício das profissões da saúde, uma vez que atribui exclusivamente a um único profissional a realização de atividades que são inerentes a diversos profissionais da área da saúde.

Assim sendo, o Fórum Mineiro de Enfermagem conclama todas as entidades e instituições de enfermagem e de saúde de Minas Gerais e do País a integrarem no movimento contra o Projeto de Lei do Ato Médico. A Revista Mineira de Enfermagem entende que pode contribuir com reflexões que o contexto exige quanto à prática em saúde e em enfermagem nos novos campos que se abrem, principalmente no campo do cuidado integral, incorporando a promoção da saúde e a prevenção de agravos à saúde; quanto à necessidade de se intensificar o processo de qualificação da enfermagem como um todo, e finalmente quanto à necessidade de incorporar a prática da investigação, da pesquisa e de sua utilização no cotidiano do trabalho da enfermagem.

Entendemos que a enfermagem deve buscar uma organização política e competência social capaz de dar a ela o seu contínuo desenvolvimento, inclusive incorporando novas possibilidades no campo do exercício profissional, por meio da constituição de novas práticas e novas possibilidades no campo da prevenção, da promoção e do cuidado individual e coletivo.

Prof. Francisco Carlos Félix Lana
Editor Geral

Prof^a Edna Maria Rezende
Editora Associada

COMPREENDENDO O IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL

UNDERSTANDING THE IMPACT OF GESTATIONAL DIABETES DIAGNOSIS

ENTENDIENDO EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL

Ivone Maria Martins Salomon¹
Sônia Maria Soares²

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender como as mulheres portadoras de diabetes gestacional vivenciam o impacto desse diagnóstico na gravidez e que significado atribuem à doença. A opção metodológica foi a etnografia, na perspectiva da antropologia interpretativa (Geertz, 1989). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, observação e análise de prontuários. Foram entrevistadas nove gestantes no período de abril a agosto de 2003. As entrevistas foram analisadas segundo o referencial teórico de análise de conteúdo (Bardin, 1977), originando dois descritores culturais: (1) enfrentando o diagnóstico de diabetes na gravidez e (2) compreendendo o significado do diabetes gestacional. As gestantes manifestaram sentimentos como medo, ansiedade e depressão, tanto pelas implicações da gravidez de alto risco, como por experiências pessoais com o diabetes gestacional e familiares com diabetes mellitus. As crenças sobre o diabetes gestacional dificultaram a aceitação do diagnóstico, ou porque o mesmo não foi bem compreendido como doença ou porque foi percebido como doença grave.

Palavra-chave: Diabetes Gestacional; Diabetes Mellitus; Antropologia Cultural

ABSTRACT

The purpose of this study is to understand how gestational diabetes patients experience the impact of this diagnosis during pregnancy and what kind of significance they attribute to the disease. The methodology used was ethnography (Geertz 1989). The data were collected through semi-structured interviews and nine pregnant women were interviewed from April to August, 2003. These interviews were analyzed based on Bardin's theory of content analysis (1977), producing two thematic units: (1) facing the diagnosis of diabetes during pregnancy and (2) understanding the meaning of gestational diabetes. These women showed feelings such as fear, anxiety and depression, caused both by the aftermaths of the high-risk pregnancy and by their previous personal experiences with the diagnosis of gestational diabetes and previous family experiences with diabetes mellitus. The beliefs about gestational diabetes made it difficult for them to accept the diagnosis, either because it was not really understood as sickness, or, on the contrary, because it was perceived as a serious disease.

Key words: Diabetes Gestacional; Diabetes Mellitus; Anthropology Cultural

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue entender cómo las mujeres con diabetes gestacional reciben el impacto del diagnóstico durante embarazo y qué significado le atribuyen a la enfermedad. Se optó por la metodología que enfoca la etnografía dentro de la perspectiva antropológica interpretativa (Geertz, 1989). Los datos se colectaron con entrevistas semiestructuradas, observación y análisis de legajos. Se entrevistaron 9 embarazadas entre abril y agosto de 2003. Para las entrevistas se utilizó el referente teórico de análisis de contenido (Bardin, 1977) que originó dos descriptores culturales (1) enfrentando el diagnóstico de la diabetes gestacional y (2) entendiendo el significado de la diabetes gestacional. Las embarazadas expresaron sentimientos de miedo, ansiedad y depresión tanto por las consecuencias del embarazo de alto riesgo como por experiencias personales con diabetes gestacional y de parientes con diabetes mellitus. Las creencias sobre la diabetes gestacional hicieron más difícil la aceptación del diagnóstico o porque no la entendieron bien como enfermedad o porque la tomaron como enfermedad grave.

Palabras clave: Diabetes Gestacional; Diabetes Mellitus; Antropología Cultural

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira Assistencial do Serviço Especial de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Ivone Maria Martins Salomon - Rua Dinorah F. Messeder nº 35 Bloco 5 Apto. 403 - Heliópolis - Belo Horizonte/MG - CEP 31760-130
Tel.: (31) 3494-7421. E-mail: ivonemms@ig.com.br

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde⁽¹⁾, toda gestação é considerada um fenômeno fisiológico mas, apesar disso, traz em si mesma risco para a mãe ou para o feto. No entanto, em pequeno número de gestações, esse risco está muito aumentado, o que as inclui entre as chamadas “gestações de alto risco”. O potencial de risco se traduz por características específicas da gestante ou pela ocorrência de algum agravo, que aumentam as probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto quanto para a mãe, como é o caso das intercorrências clínicas na gravidez.

O diabetes mellitus é a complicação clínica mais comum na gravidez. E estima-se que o diabetes gestacional – intolerância à glicose, de grau variável de intensidade, diagnosticada pela primeira vez na gravidez – represente cerca de 90% de todas as gestações complicadas pelo diabetes mellitus. Os restantes 10% seriam outras formas de diabetes, particularmente o diabetes tipo 1 e o tipo 2, com diagnóstico prévio à gravidez.^(2,3)

Assim, o diabetes gestacional constitui-se em sério problema de saúde pública e, pelos riscos maternos e, principalmente, fetais, muitas tentativas são feitas para detectar precocemente a alteração metabólica, interpretar os testes de tolerância à glicose durante a gestação e determinar a incidência de diabetes gestacional.^(4,5,6)

Segundo a American Diabetes Association⁽³⁾, a prevalência do diabetes gestacional pode variar de 1% a 14% de todas as gestações, dependendo da população estudada e dos testes diagnósticos empregados. O Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional (EBDG) concluído em 1997 revelou que a prevalência do diabetes gestacional em mulheres com mais de 25 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6% (IC 95% 6,9-8,4, critério da Organização Mundial da Saúde), 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída à glicose e 6% hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez.⁽⁷⁾

A adaptação hormonal normal na gravidez é considerada diabetogênica, devido à produção placentária de hormônios hiperglicemiantes ou contra-insulínicos, ocorrendo, então, maior secreção de insulina pelas células beta do pâncreas para manter a glicemia materna em níveis normais. Nas gestantes em que esse hiperinsulinismo endógeno por alguma razão não ocorre, tem-se como consequência uma hiperglicemia ou intolerância à glicose, que se manifesta geralmente na segunda metade da gestação.⁽⁵⁾

O diabetes gestacional é definido como uma intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange os casos de diabetes mellitus e de tolerância diminuída à glicose detectados na gravidez.^(1,8,7,3)

Os riscos maternos decorrentes do diabetes gestacional incluem distúrbios hipertensivos, infecção do trato urinário, parto pré-termo, parto cesáreo, polidrâmnio, além do risco de recorrência do diabetes gestacional em gravidez futura e de diabetes manifesto 16 anos após a gravidez.^(9,6)

Quanto ao prognóstico fetal, o diabetes gestacional pode desencadear morte fetal súbita, Síndrome da Angústia Respiratória (SARI), macrosomia fetal, hipoglicemia fetal,

icterícia, entre outras.⁽⁶⁾ A longo prazo, os filhos de mulheres com diabetes gestacional apresentam risco de obesidade, intolerância à glicose e diabetes ao final da adolescência e no início da fase adulta.⁽¹⁰⁾

A minha atuação no Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética, do Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, proporcionou-me a oportunidade de conviver com gestantes portadoras de diabetes pré-gestacional e gestacional. E durante as atividades assistenciais, em especial nos grupos de orientação para a saúde e o autocuidado, momentos esses caracterizados por compartilhamento, reflexão, aprendizagem e apoio mútuo entre as gestantes, é constante a verbalização de dúvidas, ansiedades e medos motivados principalmente pelo impacto do diagnóstico de diabetes gestacional que, na maioria dos casos, não apresenta sintomatologia, e pela classificação da gestação como de alto risco.

Da mesma forma, as crenças relacionadas ao diabetes gestacional dificultam a compreensão da doença e a adesão ao tratamento, além de desencadear medo e ansiedade. Essa situação pode ser exemplificada por algumas indagações que habitualmente emergem nas reuniões de grupo: “O que significa gravidez de alto risco? É uma doença grave? Meu bebê pode ser prejudicado pelo diabetes? Meu filho vai nascer diabético? Meu parto poderá ser normal ou deverá ser cesareana?”

Ao longo de oito anos de trabalho com essas gestantes, passei a fazer questionamentos relacionados ao impacto do diagnóstico do diabetes gestacional sobre o dia-a-dia dessas mulheres tais como: Como a gestante vivencia a condição de estar diabética? Quais as crenças dessas mulheres sobre o diabetes gestacional?

Segundo a American Diabetes Association⁽¹¹⁾, cada mulher reage ao diagnóstico de diabetes gestacional de acordo com seus hábitos e padrões familiares e culturais relacionados à manutenção da saúde e ao processo de adoecer, os quais são determinados, em parte, por sua personalidade e por sua capacidade de enfrentamento e experiência anterior com o adoecimento. Revela-se, então, a importância de uma abordagem cultural das implicações do diabetes gestacional para que melhor se compreenda esse processo, numa perspectiva interpretativa de seus significados.

Zampieri⁽¹²⁾ salienta que os aspectos culturais e valores das gestantes e familiares são de extrema importância e devem ser valorizados na sistematização da assistência prestada. Porém, é preciso avaliar como esses aspectos interferem no curso do tratamento, ou seja, se podem ser mantidos ou se devem ser esclarecidos e repadronizados, modificados com a concordância das gestantes e dos familiares, caso representem risco para a mãe e para o bebê.

2. OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi compreender como as mulheres portadoras de diabetes gestacional enfrentam esse diagnóstico e que significado atribuem à doença.

3. TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo constou das seguintes etapas: escolha do cenário do estudo, aproximação com o grupo cultural, coleta de dados por meio de entrevistas

semi-estruturadas, observação dos grupos de orientação para o autocuidado e análise documental.

3. 1. A OPÇÃO METODOLÓGICA

A compreensão de como as gestantes portadoras de diabetes gestacional vivenciam e significam o estar diabética constituiu-se no objeto deste estudo, cuja natureza levou-me a optar pela abordagem qualitativa que, segundo Minayo⁽¹³⁾, permite a compreensão das experiências subjetivas. Esta modalidade de pesquisa permitiu-me, então, revelar significados das situações vivenciadas pelas mulheres envolvidas e perceber as vivências sob a ótica dessas gestantes em seu próprio contexto.

Entre as modalidades de pesquisa qualitativa, optei pela etnografia para o desenvolvimento deste estudo. Essa escolha foi baseada na assertiva de que a etnografia é um meio de se obter acesso a crenças e práticas de saúde de uma cultura e permite ao pesquisador observar os fenômenos no contexto no qual eles ocorrem, facilitando a compreensão dos comportamentos, diante do processo saúde/doença.⁽¹⁴⁾ Portanto, a proposta deste estudo foi realizar uma etnografia utilizando alguns pressupostos da antropologia interpretativa, cujo princípio básico preconiza que os significados sociais das ações humanas não podem ser entendidos fora de um contexto cultural.^(15,16)

3. 2. O CENÁRIO CULTURAL

O presente estudo foi realizado no Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia do Hospital das Clínicas da UFMG.

O Hospital das Clínicas da UFMG, hospital universitário integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), cumpre papel de referência no sistema municipal de saúde de Belo Horizonte e estadual de saúde de Minas Gerais, atuando no atendimento à clientela universalizada, na formação de recursos humanos e atividades de pesquisa e de tecnologia na área de saúde.⁽¹⁷⁾

O Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia teve suas atividades iniciadas em 1979 com o objetivo de atender pacientes adultos com endocrinopatias. Posteriormente, integrado a esse Serviço, o atendimento das gestantes diabéticas foi estruturado, dando origem ao Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética.

3.2. 1. O Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética

O Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética foi iniciado em 1989, integrado à sistematização do atendimento a gestantes portadoras de endocrinopatias, com a parceria dos serviços de Ginecologia-Obstetrícia e Endocrinologia e tem como objetivo atender gestantes com diagnóstico de diabetes pré-gestacional e gestacional. A assistência a essa clientela foi estruturada segundo um protocolo de acompanhamento especialmente elaborado, tanto para o atendimento ambulatorial quanto para o hospitalar, visando diminuir a morbimortalidade materna e fetal.⁽⁹⁾

Em função das características próprias dessa clientela, a participação de outros profissionais no Programa foi se fazendo necessária. Em 1997, o atendimento prestado por essa equipe multiprofissional foi sistematizado por meio

de um Projeto de Extensão intitulado “Assistência Sistematizada à Gestante Diabética”, viabilizado pelos Centros de Extensão – CENEX – da Faculdade de Medicina e da Escola de Enfermagem da UFMG, com o objetivo de atender gestantes portadoras de diabetes gestacional e pré-gestacional em suas principais necessidades de acompanhamento especializado. Outras metas do referido Projeto incluíram definir estratégias de educação para o autocuidado dessa clientela, avaliar o impacto da atuação da equipe multidisciplinar no prognóstico materno, fetal e perinatal e elaborar material educativo, como a cartilha de orientação sobre Diabetes Gestacional e o fôlder sobre controle pré-concepcional para mulheres diabéticas, intitulado Mulheres Diabéticas: cuidados para uma gravidez saudável. Atualmente, fazem parte dessa equipe endocrinologista e residentes de endocrinologia, enfermeiras assistencial e docente, nutricionista e psicóloga, em parceria com o Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. A média semanal de atendimentos neste Programa varia entre quinze a vinte gestantes diabéticas, e o acompanhamento desta clientela abrange o período desde a admissão da gestante no Serviço até o final da gravidez, incluindo a avaliação pós-parto dos parâmetros glicêmicos e a orientação para o autocuidado.

As atividades assistenciais de enfermagem à gestante diabética incluídas no referido Programa foram se estruturando ao longo dos anos e, no momento, vêm sendo desenvolvidas duas vezes por semana, por meio de atendimento individual e em grupos de orientação para o autocuidado da gestante diabética.

Durante a assistência individual que precede à consulta com o endocrinologista, é realizada, à admissão da gestante, uma entrevista que consta de um levantamento sumário da história do diabetes e da anamnese obstétrica, de orientações gerais sobre o acompanhamento das gestantes no Programa e da realização de exames de glicemia capilar de jejum e glicosúria/cetonúria. Posteriormente, as gestantes são acompanhadas até o término da gestação quanto aos exames complementares mencionados, à orientação e à supervisão de auto-aplicação de insulina e às condutas de adesão ao tratamento no que se refere à dieta prescrita, à insulino-terapia e à atividade física. O Programa dispõe de alguns glicosímetros e fitas reativas para monitorização domiciliar das glicemias capilares. As gestantes que apresentam controle glicêmico precário são devidamente treinadas quanto ao manuseio do aparelho e orientadas quanto aos horários de realização das glicemias capilares.

Nos grupos de orientação para o autocuidado são abordados temas gerais e específicos relacionados ao diabetes e à gravidez, sendo também realizadas, neste momento, as glicemias capilares pós-prandiais. Utilizam-se recursos tais como jogos didáticos, aulas interativas e filmes educativos na abordagem dos temas nos grupos, com ênfase nas principais dúvidas apresentadas pelas gestantes em relação à gravidez complicada pelo diabetes, ao tratamento e às conseqüências para o binômio mãe-filho. Esses grupos se constituem num processo de interação dinâmica entre as gestantes e familiares, enfermeira e demais profissionais da área de saúde, visando à sociali-

zação de conhecimentos e experiências, com intuito de proporcionar maior autonomia e segurança às gestantes que vivenciam uma gravidez de alto risco.

3.3. O GRUPO CULTURAL

Participaram deste estudo nove mulheres com o diagnóstico de diabetes gestacional confirmado e que freqüentavam regularmente o Programa, independentemente da idade gestacional. Essas gestantes foram incluídas gradativamente no processo de pesquisa, até a saturação teórica dos dados, ou seja, até que os dados coletados apresentassem temas recorrentes.

3.4. A COLETA DE DADOS

Segundo Trivinos⁽¹⁸⁾, a entrevista etnográfica é, por excelência, a entrevista semi-estruturada, por possibilitar a obtenção de mais informações, ao longo da entrevista, acerca do tema em estudo.

As questões básicas inicialmente apresentadas às gestantes colaboradoras do estudo foram:

– Como foi para você ser informada durante a gestação que está diabética?

– O que você acredita ser o diabetes gestacional?

Ao término de cada entrevista, procurei registrar minhas impressões acerca dos comportamentos e sentimentos manifestados pelas gestantes durante a entrevista, com vistas a melhor caracterizar o universo vivenciado por este grupo cultural.

As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas e, em seguida, transcritas na íntegra, objetivando preservar a fidedignidade e confiabilidade do conteúdo. A validação das mesmas foi feita mediante apresentação às gestantes de uma cópia da transcrição da entrevista juntamente com um documento explicativo.

3.5. ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental teve como objetivo a coleta de informações que auxiliaram na definição e caracterização do grupo cultural. Os documentos utilizados para essa análise foram as fichas de admissão das gestantes (história do diabetes e anamnese obstétrica) no Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética e os prontuários das gestantes, acessados para pesquisa no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

3.6. ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada com base no referencial de análise de conteúdo Bardin⁽¹⁹⁾, seguindo o detalhamento proposto por Rodrigues e Leopardi.⁽²⁰⁾

No presente estudo, a pré-análise correspondeu à fase de leitura flutuante com a finalidade de sistematizar as idéias e direcionar o desenvolvimento das etapas seguintes. Para tanto, foi necessário observar as seguintes regras: exaustividade (abrangência de elementos explícita e implicitamente contidos no texto), representatividade (o universo estudado), homogeneidade (temática comum) e pertinência (adequação do texto aos objetivos da análise). A partir dessa etapa seguiu-se a organização dos dados, considerando o objetivo do estudo.

A exploração do material iniciou-se com a decomposição do texto, sob a forma de agrupamento de expressões com

mesmo sentido denominadas por isotopias, resultando em um inventário de categorias de base. A partir desse inventário foi feito, então, um reagrupamento semântico desvelando as categorias temáticas denominadas, neste estudo, descritores culturais.

A fase de inferência e interpretação dos dados foi direcionada no sentido de estabelecer relação entre os significados emergidos e o objetivo do estudo.

4. PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

O projeto de pesquisa foi apresentado à Coordenação Médica do Serviço Especial de Endocrinologia e Metabologia, para conhecimento da natureza e objetivo da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Institucional. Da mesma forma, o referido projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP/UFMG) sendo posteriormente aprovado, conforme documento emitido por esse Comitê, o Parecer n. ETIC 058/03.

Seguiu-se, então, a obtenção da concordância das gestantes convidadas a participar da pesquisa, pela assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, conforme Resolução 196/96 sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde.⁽²¹⁾ Todas as gestantes foram previamente esclarecidas sobre a natureza e o objetivo da pesquisa, assim como sobre a manutenção do sigilo quanto à identidade, preservada por nomes fictícios, e à possibilidade de desistência da participação em qualquer fase do estudo.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após leitura e releitura exaustiva para o esquadramento do texto originado das entrevistas semi-estruturadas e da observação de comportamentos das gestantes durante as atividades nos grupos de orientação, a análise seguiu um processo indutivo, no qual temas e categorias emergiram dos dados, não sendo previamente estabelecidos. Por meio de um sistema de codificação e categorização dos dados, foram estabelecidos os seguintes descritores culturais:

- Enfrentando o diagnóstico do diabetes na gravidez;
- Compreendendo o significado do diabetes gestacional.

5.1. ENFRENTANDO O DIAGNÓSTICO DO DIABETES NA GRAVIDEZ

Uma gravidez normal ou de baixo risco já pressupõe desafios adaptativos, caracterizando-se como um período de mudanças profundas e inter-relacionadas no equilíbrio fisiológico e psicológico individuais e nas relações interpessoais. Uma gestação de alto risco então representa e acarreta maiores problemas emocionais e sociais. A mulher tem intensificadas as dificuldades para essas adaptações emocionais diante de uma intercorrência clínica ou obstétrica geradora de riscos, surgindo o medo real em relação a si própria e a seu filho^(22,1).

Segundo Tedesco⁽²²⁾, essas adaptações emocionais geralmente se manifestam por alguns sinais clássicos de luto, devido à perda ou “morte” da gravidez idealizada. Esses sinais se sucedem: (1) o impacto e a descrença iniciais revelam-se mecanismos de defesa utilizados para a autoproteção e a gestante ou o casal pode adotar comportamentos de negação em relação ao diagnóstico

ou ao tratamento; (2) a fase de busca e sensibilização manifesta-se por meio de questionamentos sobre o acometimento da doença, desencadeando sentimentos de culpa, punição, incompetência ou censura, e tenta-se encontrar razões ou atribuir a causa do infortúnio a algo ou alguém; (3) na fase de desorganização e desapego, observa-se insegurança, confusão e desorganização sobre as informações recebidas e as decisões a tomar; e (4) finalmente, a maioria das gestantes de alto risco consegue atingir algum nível de resolução, reorganizando seus planos para a gravidez.

Porém, o processamento desses sentimentos raramente ocorre de forma mecânica ou linear: alguns estágios podem não acontecer ou se sobreporem a outros e, até mesmo, apresentarem-se com intensidades variáveis.⁽²³⁾

Foram identificados nos depoimentos das gestantes vários sentimentos que emergiram tanto com o impacto do diagnóstico quanto no decorrer da gravidez. Os sentimentos mais comumente manifestados por elas foram susto, medo, chateação e aborrecimento, ante um diagnóstico inesperado e desconhecido. Algumas mulheres relacionaram esses sentimentos à falta de informação sobre a doença e suas possíveis complicações, principalmente em relação ao bebê, além da insegurança acerca de um acompanhamento adequado:

“No início, acho que foi um choque, mesmo. Por eu não ter informação [...] a respeito da doença na gestação. [...] E também medo de não ter um acompanhamento melhor [...]” (Rosa)

“Foi um susto, né? Porque muita gente falou que eu podia até perder o neném, né? Ai eu fiquei apavorada... [...] Eu nunca tive diabetes nem problema de pressão nem nada... Agora a pressão está alta, o diabetes está alto também...” (Édite)

“Parecia uma coisa do outro mundo, né? [...] Ah, no início eu fiquei chateada, chorei...” (Iara)

Maldonado, Nahoun e Dickstein⁽²⁴⁾ justificam essa tendência de gestantes de alto risco em se preocupar com a sobrevivência de seu filho, relacionando essa preocupação, principalmente, ao sentimento de culpa que elas trazem consigo por não poderem conduzir a gravidez de forma normal, o que gera medo de provocar danos ou morte ao filho.

Outra manifestação foi um sentimento de culpa expressado pela preocupação com a gravidez tardia:

“Ah... Não gostei muito não... Porque no meu primeiro menino eu não tive nada... Não senti nada, a gravidez normal. Agora essa, aparece diabetes, a pressão alta... Ai eu fiquei muito aborrecida... [...] Por isso que eu fiquei chateada... mas depois, quando eu vi que foi culpa minha mesmo, eu descuidei e engravidei tarde demais depois...” (Sílvia)

É sabido que a idade da mulher pode ser fator de risco na gravidez. Para Zieguel e Cranley⁽⁴⁾, as mulheres nos dois extremos do ciclo reprodutor apresentam maior risco de complicações tanto clínicas quanto sociopsicológicas, no que se refere à concepção. Em se tratando da gestante com idade igual ou acima de 35 anos, o risco de complicações obstétricas, de intercorrências clínicas e de doenças genéticas está aumentado. A idéia de que a idade avançada motivou o aparecimento do diabetes gestacional e da hipertensão arterial, desencadeou nessa gestante o clássico sentimento de culpa, por não poder ter uma gravidez normal, temendo pela saúde do filho e dela própria.

Experiências anteriores de perdas fetais decorrentes de diagnóstico de diabetes gestacional geraram sentimentos relacionados a perda e morte, como relatado a seguir:

“Eu levei um susto... saber na hora porque é a mesma coisa de saber que alguém morreu... porque quando eu perdi as outras [refere-se às perdas fetais anteriores], foi por causa do diabetes; então eu falei assim: ‘Vou perder mais um...’ Ai eu já pensei que eu já ia perder de novo, né?...” (Maísa)

Segundo Schoroeder⁽²⁵⁾ e Zampieri⁽²⁶⁾, o medo da morte do filho torna-se real e palpável para gestantes que perderam seus filhos em gestações anteriores.

É importante observar que as experiências com familiares diabéticos, assim como a experiência pessoal com diabetes gestacional, não amenizaram os temores das gestantes e geraram sentimentos de depressão, revolta e tristeza:

“Eu tomei um susto quando a médica falou, né? Ai eu comecei a chorar porque, apesar de eu ter convivido assim com diabetes, por que meu pai é diabético, tenho tios assim, parentes, eu jamais pensei que fosse acontecer comigo, né? Ai eu fiquei muito triste, eu fiquei muito deprimida... Nossa! Chorei muito mesmo... [...] Meu pai foi sempre um homem assim, muito saudável, muito agitado... Depois que deu o diabetes nele, ele começou a ficar triste... começou amputando o dedinho, e hoje ele está sem as duas pernas, então eu fui convivendo com aquilo, vendo o sofrimento da pessoa... Nossa! É muito triste! Então, quando eu vi que estava com isso, desesperei!” (Cláudia)

“Da primeira vez, na minha primeira gravidez eu assustei bastante. Mesmo tendo um pai diabético e sabendo das conseqüências, não pensei que fosse acontecer comigo. Ai eu levei um susto muito grande. Fiquei chateada, pensativa, e um pouco até deprimida no início... Mas depois passou. Porque eu não cheguei a tomar a insulina, então foi mais fácil eu lidar com aquilo, só na base do regime. Eu revoltei porque queria comer as coisas e não podia. Agora está sendo mais fácil. Um pouco meio doloroso pela experiência passada, né? Por eu ter perdido meu menino há um ano e seis meses.” (Mariana)

Nos dois relatos anteriores, é possível identificar reações semelhantes de sensibilização e questionamentos sobre o acometimento da doença que caracterizam a segunda fase do processo de luto mencionado por Tedesco⁽²²⁾ e que foram resumidas pela mesma expressão: *“Não pensei que fosse acontecer comigo.”*

Quanto à percepção das gestantes relacionada à depressão, Santos⁽²⁷⁾ demonstrou em seu estudo a presença de ansiedade e/ou depressão em metade das mulheres portadoras de diabetes gestacional estudadas. A autora relaciona o desencadeamento desses distúrbios ao conhecimento do diagnóstico e de suas complicações.

Foram relatados ainda sentimentos de estranheza e apavoramento:

“Eu achei esquisito demais! Fiquei apavorada, né?...” (Luciana)

O desejo pelo doce, inicialmente expressado de forma relativa no próximo depoimento, foi exacerbado pelas restrições dietéticas próprias do tratamento do diabetes. Essas restrições foram percebidas como proibição e o desejo pelo doce como tentação:

“[...] Não sou assim muito de comer doce essas coisas assim, mas... tudo que é proibido é desejado, né? Parece uma tentação! Prá todo lado que você olha, tem trem que você não pode comer... Ah, é difícil demais! Nossa! É terrível! Você tem que ficar policiando... Toda hora... Isso pode, isso não pode... É a pior coisa que tem! Eu acho horrível!” (Luciana)

É da cultura do diabético lidar com a proibição do doce, muitas vezes expressa pelo conflito entre o desejar e o não dever. Dethlefsen e Dahlke⁽²⁸⁾ alegam que “alimentos doces são um mero substituto para outros desejos doces, que tornam a vida uma *doçura*”. Ainda segundo os autores, por trás do desejo pelo doce e da simultânea incapacidade de assimilar o açúcar, está o inconfessado desejo de realização amorosa e a incapacidade de aceitar o amor e de entregar-se a ele.

O relato de uma gestante, cujo histórico inicial da gravidez envolveu separação conjugal e ameaça de aborto, caracterizou-se pela manifestação de susto ante o diagnóstico, seguindo-se da descoberta da capacidade para o enfrentamento do problema e para a prática do autocuidado:

“E eu era doida pra ter um filho [...] quando descobri que estava grávida [...] eu tive uma crise no casamento, [...] a reação do meu marido foi contrária do que eu esperava [...] ele não queria [a gravidez]. [...] Ai eu optei e separei. [...] Sempre que eu tenho dificuldade eu acho que eu tenho que ser forte. [...] E o fato de eu ter quase perdido [o bebê]... [...] Eu sou capaz de superar isso [o diabetes gestacional] também! [...] Então foi assustador... mas ao mesmo tempo eu acreditei muito. Falei: ‘Não, eu sou capaz de fazer um regime, de obedecer o que for.’ E fiquei tranqüila, você entendeu?” (Carolina)

Esse depoimento demonstrou que a fase de resolução do processo de luto diante da perda da gravidez idealizada se sobrepôs às demais fases, conforme afirmam Murphy e Robins⁽²³⁾, provavelmente influenciada pela reação às situações geradoras de ansiedade e risco ocorridas no início da gravidez. Parece também que a capacidade dessa gestante de aderir às medidas de controle do diabetes gestacional foi desencadeada pela motivação – o desejo de uma gravidez e um bebê saudáveis – que, segundo Nunes⁽²⁹⁾, é o principal fator que impulsiona o desenvolvimento da competência para o autocuidado.

Outra gestante revelou em sua fala uma maior preocupação com as potenciais complicações com o bebê do que com a possibilidade de ela própria permanecer diabética após o parto:

“Medo é do bebê mesmo, sabe? Nem é tanto eu ficar diabética depois. Por que a gente é uma coisa, entendeu? Eu estou indo, ele está vindo... Então, eu quero que ele venha com saúde.” (Rosa)

No relato que se segue, as preocupações com a gravidez foram acentuadas em função de duas experiências anteriores com o diabetes gestacional, sendo uma delas bem sucedida e a outra não. O contato com a equipe de saúde e com informações mais detalhadas sobre a doença incrementaram sentimentos de temor e ansiedade:

“Mas eu fico assim... como agora eu estou sabendo mais, mais esclarecida, fazendo o cursinho, sendo orientada aqui, eu fico mais temerosa com a diabetes gestacional. Eu não sabia que era tão assim sério. A gente sabia do consultório, mas relativo. [...] Eu fico um pouco temerosa

de sair da linha e pagar um preço, que não é o que eu queria... Estou um pouco mais ansiosa agora da terceira [gravidez].” (Mariana)

A condição de história de intercorrências clínicas recorrentes na gravidez, no caso o diabetes gestacional, suscitou nessa gestante reação semelhante àquela observada em gestantes com condições crônicas preexistentes citada por Murphy e Robbins⁽²³⁾, no que se refere à persistência de temores em relação à gravidez e ao bebê. Santos⁽²⁷⁾ menciona, também, em seu estudo que é freqüente a manifestação de ansiedade em gestantes ao diagnóstico de diabetes gestacional.

O diagnóstico do diabetes na gravidez também provocou reações em alguns familiares das gestantes. A história familiar de diabetes mellitus desencadeou sentimentos como susto e medo relacionados às dificuldades pessoais desses familiares com o tratamento da doença:

“A minha família assustou por eu ter que entrar com a insulina tão cedo, né? Assustaram, ficaram com medo de eu dar hipoglicemia. [...] A minha família realmente ficou mais balanceada do que eu. [...] Meu pai toma (insulina). Então ele fica assim porque ele também dá hipoglicemia e muito sério. Então, ele fica com medo que aconteça comigo alguma coisa, né?” (Mariana)

Na percepção de uma das gestantes, seus familiares teriam medo da confirmação do diagnóstico do diabetes após o parto, pelo fato de ela ter história familiar da doença:

“Minha mãe é diabética. Acho que eles tem medo de eu continuar diabética.” (Rosa)

O enfrentamento das gestantes diante de um diagnóstico inesperado cujo prognóstico lhes parecia sombrio remeteu a aspectos da cultura que esse grupo compartilha, no que se refere aos temores e ansiedade provocados pelo conhecimento da doença.

5. 2. COMPREENDENDO O SIGNIFICADO DO DIABETES GESTACIONAL

Santana e Erdmam⁽³⁰⁾ conceituam crença como uma convicção, o acreditar no dito e no ouvido em qualquer situação do cotidiano, a incorporação do que se ouve sem comprovação desse conhecimento. Ao revelar suas crenças ao outro, o indivíduo delinea sua concepção de mundo, advinda de sua história cultural, vida familiar e contexto social.

A partir de vivências pessoais com familiares diabéticos e de informações obtidas, até então, por meio do convívio com a própria comunidade e com a equipe de saúde, foi possível desvelar as crenças manifestadas pelas gestantes sobre o que é o diabetes gestacional e como este foi adquirido. Observou-se nas falas de algumas gestantes que o diabetes nem sempre foi compreendido como doença.

A possível condição de transitoriedade do diabetes gestacional levou uma gestante a acreditar, de forma relativa, na classificação dessa intercorrência clínica como uma “doença”:

“Porque, de uma certa forma, é uma doença essa diabetes, né?” (Cláudia)

Para a gestante que vivenciou perdas fetais anteriores, provavelmente decorrentes de diabetes gestacional não diagnosticado, e que teve contato com familiares com

complicações do diabetes, a doença foi entendida como crônica, no sentido de não ter cura e ser fatal para o feto:

"[...] Ai, depois eu cheguei aqui, aí que a médica foi explicar pra mim que a criança nascia grande um pouco... tinha problema, né? Mas não tanto como eu pensava, né? Pra mim [o diabetes] não tinha cura... [...]" (Máisa)

Durante a entrevista, observei que a concepção do diabetes gestacional dessa gestante foi mudando à medida que a possibilidade de controle da doença foi sendo compreendida.

Outra gestante, que apresentou diabetes gestacional na gravidez anterior e cuja mãe é diabética, revelou seu desconhecimento sobre os fatores de risco que desencadeiam a doença, entre os quais se inclui a gravidez:

"[...] Eu pensei que o diabetes era assim: ou você tinha ou, então, não tinha, né? Eu nunca imaginei que pudesse... criar isso na gravidez..." (Luciana)

A crença sobre o consumo excessivo de doce como causa do desencadeamento da doença esteve presente em alguns depoimentos, assim como o excesso de peso, a hereditariedade e a idade materna avançada:

"A princípio eu pensei: deve ser porque eu comia muito doce, o excesso de peso... mas depois eu estava falando com a menina, ela falou que deve ser de família, né?" (lara)

"Eu pensei que era porque a minha mãe já tinha diabetes, então também eu já estava diabética, né?... Na quarta gravidez eu também tive e agora nessa... Não tinha aquele hábito de ficar comendo doce... eu pensei que era assim, né? Por que como vai vir assim, do nada, né?... [...] eles falam quem tem diabetes é aquelas pessoas que come doce, né? Uai, que absurdo isso! Eu não sou dada àquela 'começão', né? Eu queria saber de uma explicação... por quê..." (Luciana)

"É açúcar no sangue, né? Acho que também a idade também está muito pesada um pouco, mas como eu vejo tanta moça nova, aí já estou descartando essa possibilidade. Mas é o peso, né? Eu já era gordinha então... Também minha família. Eu já tenho problema de diabetes na família." (Rosa)

"Será que a glicose... é o meu peso, né? A pressão, não é não? Eu não entendo bem, não... por quê aconteceu isso, não... Porque eu não tive isso no primeiro menino, então no segundo a gente estranha, né?... Mas o médico falou que é por causa de peso e da idade, que eu engordei muito, né? Eu fui engravidar com a idade bastante alta, né?" (Sílvia)

Conforme sugerem Santana e Erdmam⁽³⁰⁾, a forma como a doença é concebida, os mitos que se criam em torno dela, como é o caso da crença no consumo excessivo de doce como fator desencadeante do diabetes, podem transformá-la num fator de transtorno pessoal, familiar e social, podendo repercutir na aceitação da doença e no seu tratamento.

Uma gestante, cujo histórico inicial da gravidez envolveu ameaça de aborto e separação conjugal, questionou também a possibilidade de o diabetes gestacional ter sido desencadeado por fatores emocionais e pela idade:

"Mas nunca imaginei que o diabetes gestacional estava dando pela idade. [...] De primeira mão, pode ser uma coisa genética... [...] Mas como eu tenho parentes que já tiveram [diabetes], pode ser [...] um fator hereditário... [...] Será que foi má alimentação? Eu acredito que não... Por que senão... poderia ter se manifestado antes, desde o início da gravidez, né? Pode ser também emocional?..." (Carolina)

Em outro depoimento, a concepção do diabetes manifestada pela paciente deteve-se nas restrições dietéticas, como se as mesmas impedissem o diabético de alimentar-se adequadamente:

"Eu estava sem comer quase nada, diabético não pode comer quase nada..." (lara)

Com o advento de novas insulinas e de dispositivos de infusão subcutânea contínua (bomba de infusão) que facilitam um tratamento intensivo, já é permitido ao diabético uma maior flexibilidade nos intervalos das refeições e lanches, assim como na quantidade de alimento ingerido⁽³¹⁾. É fato que esses recursos não estão acessíveis à maioria dos diabéticos, mesmo por que esse tipo de tratamento está indicado normalmente para os diabéticos do tipo I. Mas, em minha vivência no acompanhamento de diabéticos e, em especial, das gestantes, tem sido possível observar uma maior liberação de consumo de alimentos na prescrição dietética, desfazendo-se antigos tabus alimentares relativos ao tratamento do diabetes.

As restrições alimentares do diabético, anteriormente mencionadas pela gestante, ainda são uma crença muito arraigada nessa cultura. As orientações nutricionais são, então, apresentadas com o intuito de desfazer essa crença, com ênfase nas necessidades individuais do organismo no que se refere à qualidade e à quantidade dos alimentos, objetivando a reeducação alimentar.

Algumas gestantes se apegaram à crença de que o diabetes gestacional desapareceria após o parto:

"Eu acredito que após o parto... eu acredito que vai ser passageiro, né?" (lara)

"No meu caso né, eu acho, que vai passar depois que eu ganhar neném... [...] Eu acho que eu tendo os cuidados necessários, procurando manter uma alimentação mais saudável, [...] mesmo depois que eu ganhar meu neném [...] porque talvez eu possa sair desse... dessa doença." (Cláudia)

Outra questão que emergiu dos depoimentos expressa a relação entre a natureza da doença e a crença religiosa. Nesse caso observou-se que se o diagnóstico de diabetes após o parto vier a ser confirmado, terá sido por vontade de Deus e, portanto, passível de consolo:

"[...] E depois, se Deus achar que eu tenho que ficar diabética, não tem problema, eu consolo." (Rosa)

Geertz⁽¹⁵⁾, em suas reflexões sobre a religião como um sistema cultural, afirma que os símbolos religiosos oferecem uma garantia cósmica que capacita o ser humano a compreender o mundo. Essa compreensão dá sentido a sentimentos e emoções que permitem suportar esse mundo. O autor considera que a perspectiva religiosa do sofrimento não diz respeito a como evitá-lo e sim a como sofrer, transformando dores, perdas e derrotas pessoais, assim como a impotência da contemplação da dor alheia em algo tolerável e suportável.

Outra gestante, cujos depoimentos estiveram marcados por sua forte religiosidade, referiu-se à esperança e confiança que depositava em Deus quanto ao bom prognóstico da gestação, para si e para o bebê, ou seja, a crença religiosa contribuiu para o enfrentamento da condição de gravidez de alto risco:

"Eu tenho mania de levar tudo na graça de Deus..." (Mariana)

Essa mesma gestante, sensibilizada pela perda fetal

anterior e cuja causa, sob o ponto de vista médico, não ficou muito bem esclarecida, apresentou manifestações semelhantes durante a sua participação nas oficinas de reflexão.

Wright e Leahey⁽³²⁾ ressaltam a influência da religião sobre as crenças a respeito das doenças e sobre a adaptação do sujeito diante do diagnóstico e do tratamento. Ainda segundo as autoras, sentimentos como paz, medo, culpa e esperança podem ser incentivados ou contrabalançados pelas crenças religiosas.

As gestantes manifestaram ainda a concepção de seus familiares sobre o diabetes gestacional. Observa-se, em algumas situações, que o diabetes gestacional ainda é desconhecido ou pouco compreendido no âmbito familiar, como descreveu uma das participantes do estudo:

"[...] Minha família quase não entende direito o que é diabetes, ela acha que é uma coisa horrorosa..." (lara)

Para outros familiares, a doença está associada à idéia de morte sugerindo, da mesma forma, falta de conhecimento sobre a doença:

"O meu marido, ele sempre me conheceu assim... é... saudável, sem doença nenhuma. [...] Porque ele é meio ignorante nesses assuntos, sabe? Ele acha que diabetes... eu estou morrendo! ... E meu menino também, fica meio cheio de cuidado pensando que eu vou morrer..." (Sílvia)

A situação de desconhecimento do diabetes por parte da população em geral é até hoje uma realidade em nossa sociedade. Bara⁽³³⁾ chama a atenção para a forma como a maioria dos diabéticos tem tomado conhecimento da doença, ou seja, de forma secundária, quando procuram os serviços de saúde para outro tipo de assistência ou na vigência dos sintomas do diabetes. A necessidade de se instituir um sistema de informação e divulgação mais eficaz sobre medidas de promoção, prevenção e controle do diabetes mellitus e de outros agravos à saúde é ressaltada pela autora. É possível concluir que essas medidas poderiam resultar na compreensão da importância da avaliação periódica de saúde, contribuindo para a detecção do diabetes mellitus na população em geral e, especialmente, em mulheres com fatores de risco para a doença, possibilitando a detecção e o controle mais precoce e eficaz do diabetes na gravidez.

Com alguma frequência, as gestantes encaminhadas para o Programa de Assistência Sistematizada à Gestante Diabética, cujo diagnóstico de diabetes gestacional foi feito no primeiro trimestre, o que sugere um diabetes prévio não detectado⁽³⁾, poderiam ter sido avaliadas e acompanhadas quanto aos fatores de risco, como a obesidade, e/ou diagnosticadas em relação a uma possível intolerância a carboidratos.

A necessidade do tratamento insulínico desencadeou nos familiares de uma participante a idéia de que se tratava de uma doença grave:

"[...] Então, eles [o marido e o filho] estão assim, meio ansiosos... Agora quando eu chegar lá e contar pra eles da insulina, eles não vão gostar muito da idéia... Vão falar que eu estou muito doente, de como é que eu deixei isso acontecer..." (Sílvia)

Tem sido possível observar no acompanhamento dos diabéticos no Serviço de Endocrinologia que, com frequência, tanto os diabéticos quanto seus familiares acreditam que o tratamento com insulina indica a gravidade da doença ou que a mesma se agravou.

Questões relacionadas à auto-estima e ao gênero feminino foram também evidenciadas em dois momentos da fala dessa mesma gestante citados anteriormente:

"O meu marido, ele sempre me conheceu assim... é... saudável, sem doença nenhuma. [...]"

"[...] Vão falar que eu estou muito doente, de como é que eu deixei isso acontecer..." (Sílvia)

Coelho⁽³⁴⁾ afirma que "no que se refere ao lugar social das mulheres, há um mito definido segundo variações histórias por concepções que remetem as mulheres a uma condição inata de inferioridade atribuída à sua aproximação com a natureza". Assim, a autora pondera que as representações sobre as mulheres têm, em seus princípios, relação direta com a capacidade natural de reprodução biológica e com a responsabilização da mulher quanto aos cuidados com o doméstico e com a família. O mito da inferioridade feminina transparece na preocupação dessa gestante quanto à perda da imagem de "mulher saudável" diante do marido, o que lhe fere a auto-estima, e ao peso da responsabilidade do adoecimento que, ela supõe, lhe será atribuído pelo marido e pelo filho. Trata-se, portanto, da influência do mito da inferioridade feminina sobre a percepção dessa gestante quanto ao acometimento da gravidez pelo diabetes.

Na concepção de Wright e Leahey⁽³²⁾, os comportamentos e as crenças estão intimamente ligados, pois cada ação ou escolha feita pelo indivíduo ou pelo sistema familiar se desenvolve a partir das crenças. Assim, as crenças familiares sobre saúde e doença revelam a maneira como a família reage ao impacto do diabetes gestacional e moldam a sua adaptação diante do evento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu compreender os sentimentos das gestantes portadoras de diabetes gestacional diante do impacto deste diagnóstico, assim como suas concepções e crenças acerca da doença. As manifestações de familiares também foram mencionadas nos depoimentos, revelando a influência do envolvimento emocional e das crenças desses familiares no contexto representado pela gestação complicada em decorrência do diabetes.

O trabalho de campo possibilitou-me, então, a apreensão da cultura compartilhada por esse grupo ao permitir que fossem desvelados sentimentos, comportamentos, crenças, hábitos, mitos e motivações no processo de convivência dessas mulheres com o diabetes gestacional.

Os sentimentos que emergiram após diagnóstico da doença revelaram um universo que, caracterizado principalmente por susto, tristeza, temores, ansiedade e depressão, demonstrou uma condição de instabilidade psicológica e emocional dessas gestantes diante do diagnóstico e suas potenciais complicações, evidenciando a necessidade de suporte familiar e profissional adequados no processo de convivência com a doença.

As crenças das gestantes e familiares sobre o diabetes gestacional dificultaram a aceitação do mesmo, seja porque não foi bem compreendido como doença ou porque foi percebido como doença grave. Considerá-lo como uma intercorrência transitória na gravidez revelou-se também uma forma de negar o que esse diagnóstico representa para a história clínica e obstétrica dessas gestantes. Assim,

a compreensão efetiva do significado do diabetes gestacional com vistas a um controle eficaz de saúde da gestante exige uma revisão do conceito da doença, o que deve ser proporcionado pelos profissionais de saúde que assistem essa clientela.

Acredito que, a partir dessa experiência de compartilhamento do universo dessas gestantes, a minha visão como pessoa e profissional ampliou-se de maneira a proporcionar uma assistência mais integral e humanizada, numa abordagem que considere com mais atenção e sensibilidade as manifestações culturais dessa clientela no que se refere aos sentimentos manifestados e às crenças acerca do diabetes gestacional, tentando distanciar-me das regras ditadas pelo meu meio cultural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
2. Laun IC, Vilar L, Rolim A, Gritz L. Diabetes Mellitus e gravidez. In: Vilar L, Castelar E, Moura E, Leal E, Machado AC, Teixeira L, Campos R. Endocrinologia clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 2000. p.593-606.
3. American Diabetes Association. Clinical practice recommendations. *Diab Care* 2003 Jan; 26 (suppl.1).
4. Zieguel EE, Cranley MS. Enfermagem obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985.
5. Laun IC. Diabetes gestacional. Rio de Janeiro: Revinter; 1993.
6. Nogueira AI. Diabetes mellitus e gravidez. In: Braga WRC, editor. Clínica médica: Diabetes Mellitus. MEDSI: Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 463-479, set., 2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da atenção básica à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus: hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2001.
8. Sociedade Brasileira Diabetes. Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus e tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2. Maio 2000. [Citado jul. 2002] Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>.
9. Nogueira AI. Diabetes e gravidez: avaliação dos fatores de prognóstico perinatal [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Pró-reitoria de Pós-Graduação; 1994.
10. American Diabetes Association. Recomendações para a prática médica: Diabetes Mellitus gestacional. *diabetes clínica. J Multidiscip Diab Patol Assoc (São Paulo)* 2000 maio-jun.; 4 (3): 214-6.
11. American Diabetes Association. Medical management of pregnancy complicated by diabetes. 2ª ed. USA; 1995.
12. Zampieri MFM. Manejo na assistência à gestação de alto risco. *Nursing Rev Téc Enf (São Paulo)* 2002 maio; (48): 18-23.
13. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.
14. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2ª ed. London: SAGE Publications; 1995.
15. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar; 1989.
16. Clifford J. A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 1998.
17. Universidade Federal de Minas Gerais. Apresentação do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. [Citado jan. 2003]. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br>.
18. Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas; 1987.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
20. Rodrigues MSP, Leopardi MT. O Método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. [Citado 20 jan. 2004]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>.
22. Tedesco JJA. Aspectos emocionais da gravidez de alto risco. In: Zugaib M, Tedesco JJ, Quayle J. Obstetrícia psicossomática. São Paulo: Atheneu; 1997. p.99-108.
23. Murphy JM, Robbins D. Implicações psicossociais da gravidez de alto risco. In: Knuppel RA, Drukker JE, editores. Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.203-16.
24. Maldonado MTP, Nahoun JC, Dickstein J. Nós estamos grávidos. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bloch Educação; 1990.
25. Schroeder CA. Women's experience of bed rest in high risk pregnancy: image. *J Nurs Scholars* 1996 Fall; 28 (3): 253-8.
26. Zampieri MFM. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. *Rev Gaúcha Enf (Porto Alegre)* 2001; 22 (1): 140-66.
27. Santos LP. Ansiedade e depressão associadas ao diagnóstico de diabetes mellitus gestacional [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2003.
28. Dethlefen T, Dahlke R. A doença como caminho: uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem. São Paulo: Editora Cultrix; 2000.
29. Nunes AMP. Motivação para o autocuidado, um diagnóstico indispensável na assistência e orientação de diabéticos. *Rev Tex Contex Enf (Florianópolis)* 1993 jun.; 2 (1): 53-66.
30. Santana MA, Erdmam AL. Crenças em saúde: uma abordagem cultural. *Cogitare Enf* 2000 jul./dez.; 5 (2) : 7-14.
31. American Diabetes Association. Recomendações de nutrição para pacientes diabéticos. *Diab Clín J Multid Diab Patol Assoc (São Paulo)* 2000 mar./abr.; 4 (2): 128-32.
32. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Editora Roca; 2002.
33. Bara VMF. Assistência ao portador de diabetes mellitus nos serviços de saúde: a visão do paciente [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.
34. Coelho EAC. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar do gênero [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.

CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM HERMANTINA BERALDO GESTÃO CELINA VIEGAS

FOUNDATION AND IMPLEMENTATION OF THE HERMANTINA BERALDO NURSING SCHOOL UNDER THE ADMINISTRATION OF CELINA VIEGAS

CREACIÓN Y IMPLANTACIÓN DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA HERMANTINA BERALDO ADMINISTRACIÓN POR CELINA VIEGAS

Maria Aparecida de Araújo¹
Estelina Souto do Nascimento²
Valda da Penha Caldeira³

RESUMO

Objetivamos descrever a criação da Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo (EEHB) e as estratégias de luta da primeira diretora, Celina Viegas. O recorte temporal abrange desde a criação da Escola, ocorrida em 1946, até o ano de 1968, e o período correspondente à gestão Celina Viegas. As fontes primárias incluem documentos escritos e entrevistas, e as secundárias referem-se às bibliografias sobre a História da Enfermagem. A descrição feita a partir dos documentos escritos evidencia aspectos da criação, implantação e consolidação da EEHB, contextualizada por estratégias que visavam controlar as atividades das alunas no tocante à disciplina, postura e hierarquia. Os rituais institucionalizados na Enfermagem brasileira transmitem uma imagem homogênea do grupo, dando visibilidade à profissão.

Palavras-chave: Enfermagem; História da Enfermagem; Educação em Enfermagem; Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo (EEHB); Brasil

ABSTRACT

This study describes the foundation of the Hermantina Beraldo Nursing School– EEHB – and the strategies used by the first director, Celina Viegas. The period under study runs from the creation of the school, in 1946, until 1968, corresponding to the administration of Celina Viegas. The primary sources include written documents and interviews; then there is the bibliography on the history of Nursing. The description based on the written documents emphasizes some aspects of the foundation, implementation and consolidation of the EEHB, which followed some strategies to control students' activities with regard to discipline, posture and hierarchy. The institutionalized rituals in Brazilian Nursing convey a homogeneous image of the group, which enhances career opportunities.

Key words: Nursing; History of Nursing; Education, Nursing; Hermantina Beraldo Nursing School – EEHB; Brazil

RESUMEN

El principal objetivo de este estudio es describir la fundación la Escuela de Enfermería Hermantina Beraldo- EEHB – y las tácticas de lucha que la primera directora, Celina Viegas, empleó para consolidar dicha institución en un momento conturbado de la historia política y social del país. El periodo analizado se extiende desde la creación de la Escuela, en 1946, hasta 1968 y se refiere a la gestión de Celina Viegas, primera directora de la EEHB. Las primeras fuentes incluyen documentos escritos, fotográficos y entrevistas donde quedaron registrados aspectos que van desde la fundación hasta su consolidación como institución. Los documentos escritos realzan algunos de los aspectos de este trayecto así como estrategias utilizadas para controlar las actividades de los alumnos en lo referente a disciplina, comportamiento y jerarquía. Además, las costumbres ya institucionalizadas en el campo de la enfermería brasileña transmitían una imagen homogénea del grupo, permitiendo mejores oportunidades en la carrera.

Palabras clave: Enfermería; Historia de la Enfermería; Educación en Enfermería; Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo– EEHB; Brasil

¹ Enfermeira, Professora da Faculdade de Enfermagem da UFJF-MG. Membro do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Curso de Enfermagem – NUCLEARTE – Escola Ana Nery – UFRJ. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG.

² Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da PUC-MG. Membro do Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre o cotidiano em Saúde- NUPEQS. Doutora em Educação pela Faculdade de Educação da USP.

³ Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da UFMG-MG, Membro do Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre o cotidiano em Saúde - NUPEQS. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNI-RIO.

Endereço para correspondência: Maria Aparecida de Araújo - Rua Santo Antônio, 135 apto. 902 - Belo Horizonte/MG
Telefone: (0XX)32.3214-1888. E-mail: geli@enfermagem.interfire.com.br

I. INTRODUÇÃO

A implantação do modelo anglo-americano de Enfermagem no Brasil ocorreu sob a égide da Saúde Pública, no bojo da Reforma Sanitária de 1920, mediante a criação de uma escola de enfermagem e de um serviço de enfermeiras, ambos dirigidos por enfermeiras americanas e chefiados por *Ethel Parsons*. “Tal modelo agregava às características do tradicional modelo *Nightingale* outras, desenvolvidas em seu processo de adaptação à sociedade americana desde a guerra civil”.⁽¹⁾

A compreensão sobre a adoção do referido modelo no Brasil implica, então, retrospectiva e resgate do seu surgimento na Inglaterra em 1860, tendo por fundadora *Florence Nightingale*. Também esse modelo foi adotado nos Estados Unidos da América em 1873 e trazido para o Brasil pela coordenadora da missão norte-americana, *Ethel Parsons*.⁽¹⁾

A pedra fundamental que marcou o início do processo formativo de enfermeiros no Brasil resultou da visita do Dr. Carlos Chagas aos Estados Unidos. Essa visita teve como finalidade a busca de recursos que pudessem contribuir para solucionar os graves problemas sanitários que afligiam a população brasileira.⁽²⁾

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 2 de janeiro de 1920, ocorreu a institucionalização, de maneira efetiva, das práticas sanitárias sob responsabilidade do aparato estatal. Também foi com a criação desse departamento que ocorreu o reconhecimento político do médico sanitário Carlos Chagas que, além de ter sido nomeado diretor dessa instituição, liderou a reforma sanitária.⁽¹⁾

Mesmo com essas iniciativas, Santos esclarece que, somente em 1922, pelo Decreto n.º 16.300/22, foi criada a primeira escola de Enfermagem especializada na área de Saúde Pública no Brasil.⁽¹⁾ Essa escola foi financiada pela Fundação *Rockefeller* e recebeu a denominação de Escola de Enfermeiras do DNSP, onde foram usados os parâmetros que constituíam o modelo instituído por *Florence Nightingale* em 1860, utilizado na Inglaterra e adotado nos Estados Unidos da América (EUA), em 1873. As enfermeiras americanas transplantaram para o Brasil esse modelo que pode ser chamado, com propriedade, de modelo anglo-americano de Enfermagem.⁽¹⁾

As contribuições do Dr. Carlos Chagas na criação da primeira escola de Enfermagem no Brasil incluíam a defesa de que o processo formativo deveria ser de nível elevado: as candidatas ao curso deveriam ter diploma da escola normal ou documento que provasse terem “instrução secundária bastante”, aliado a qualidades pessoais e morais. Na falta desses documentos, a aprovação em exame de admissão era indispensável à matrícula.⁽³⁾ Também, o referido cientista reconheceu que a criação dessa unidade de ensino representou uma conquista com êxito e chegou a mencioná-la em um dos seus discursos.

Pelo Decreto n.º 17.268/26⁽⁴⁾, a Escola de Enfermeiras do DNSP passou a ser denominada Escola de Enfermagem D. Anna Nery. De acordo com o Decreto n.º 20.109/31⁽⁵⁾, ficou regulamentado o exercício da profissão de enfermeira e foram determinadas as condições para que fosse processada a equiparação das unidades de ensino de enfermagem com parâmetros semelhantes entre si, seguindo os padrões constitutivos do modelo Anna Nery.⁽¹⁾

No Decreto n.º 20.109/31⁽⁵⁾, art. 7.º, alínea “a” e “b”, foram especificados os requisitos necessários para a prática de enfermagem em hospitais.

Em Minas Gerais, com o Decreto n.º 1.751/46⁽⁶⁾, foi aprovada a Reforma da Saúde Pública de Minas Gerais, na qual estava incluída a possibilidade de serem criadas escolas de Saúde Pública, escolas de Enfermagem e cursos gerais e especiais de Saúde Pública, uma vez que esses seriam recursos institucionais, essenciais para a implementação e execução das atividades necessárias à busca de melhoria das condições de vida do povo mineiro. Foi com essa prerrogativa que o Dr. João Tavares Corrêa Beraldo assumiu o compromisso de criar a terceira unidade de ensino na área de Enfermagem no contexto mineiro, uma vez que já existiam a Escola de Enfermagem Carlos Chagas e a Escola de Enfermagem Hugo Werneck. Para sediar a Escola, foi escolhido o município de Juiz de Fora. Essa escolha foi feita pelo Dr. Alvinho Moreira de Paula, que era o Secretário de Saúde na época.⁽⁷⁾

Em julho de 1946, a unidade de ensino criada recebeu a denominação de Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo – EEHB – em memória à esposa do Interventor de Minas e criador da Escola, Dr. João Tavares Corrêa Beraldo.

Aos 13 de novembro de 1946, foi assinado o Decreto n.º 1.907⁽⁸⁾, publicado no Diário Oficial de Minas Gerais aos 14 de novembro do mesmo ano. Esse decreto redefiniu a reorganização do Departamento Estadual de Saúde. Com essa redefinição, a EEHB passou a ser subordinada diretamente à Escola de Saúde Pública, cujo diretor era o Dr. Cid Ferreira Lopes.

Foi nesse contexto que ocorreu o início do funcionamento da Escola e, a partir 1965, o curso de minha vida toca em alguns pontos da trajetória da Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo – EEHB.

Minha experiência como discente da EEHB começou em 1965, quando fiz o Curso de Auxiliar de Enfermagem. Foi excelente; posso dizer que foram momentos enriquecedores para a minha profissão.

Após 11 anos, em 1976, voltei à Escola para cursar Enfermagem em nível superior. Fazendo a retrospectiva de minha vida escolar e profissional de Enfermagem, reforço que aqueles momentos também me motivaram a fazer esse estudo.

Vale a pena lembrar que são dezenove anos de ensino. Durante muito tempo, tentei, em vão, sistematizar a evolução da enfermagem no município de Juiz de Fora, uma vez que os documentos existentes encontravam-se dispersos e as informações fragmentadas. Em 1977, o governador de Minas Gerais – Aureliano Chaves – promove a transferência da Faculdade Hermantina Beraldo para a Universidade Federal de Juiz de Fora e, na mesma lei, extingue a Fundação Mantenedora Hermantina Beraldo.⁽⁹⁾ Na realidade, não houve a transferência, pois a Universidade de Juiz de Fora criou o departamento da faculdade de medicina – Resolução do Conselho Universitário 62/77.⁽¹⁰⁾ O conselho propôs a criação do Curso de Enfermagem e Obstetrícia e a extinção da Fundação Hermantina Beraldo – UFJF (Universidade Federal de Juiz de Fora).

Aos 21 de fevereiro de 1983, assumi a docência no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.

Essa instituição de ensino procurou formar profissionais com conhecimentos técnicos e científicos e atender às necessidades de uma sociedade, nos diversos momentos de sua evolução, porém sua história está quase restrita à memória das pessoas que viveram naquela época. O tempo muitas vezes dilui a memória, e os acontecimentos importantes são esquecidos. É na valorização das recordações que este trabalho está ancorado.

Desse modo, fundamentado na minha experiência e nas referências apresentadas anteriormente, o presente estudo levanta as seguintes interrogações: O que determinou a criação de uma escola de enfermagem em Juiz de Fora? Como transcorreu a gestão da primeira diretora no período de 1946 a 1968? Que característica do modelo anglo-americano do ensino de enfermagem está presente na Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo, no período em estudo?

2. OBJETIVO

O presente trabalho busca descrever as circunstâncias que favoreceram a criação, a implantação e a consolidação da Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo no modelo anglo-americano de Enfermagem, no município de Juiz de Fora, no Estado de Minas Gerais. Considerando as questões levantadas e o objetivo formulado, procuro, neste estudo, evidenciar a importância da EEHB, na gestão da professora Celina Viegas (1946 a 1968).

O desenvolvimento deste estudo permitiu-me também a recuperação, catalogação e preservação de importantes documentações, escritas e iconográficas, que remontam à década de 1940, facilitando a outros pesquisadores o acesso a essas fontes.

Evidencio, então, que os resultados alcançados podem contribuir para ampliar o conhecimento, hoje existente, sobre a criação, a implantação e a consolidação da EEHB, como uma das instituições que, desde o período de sua criação, vem contribuindo para a formação de profissionais e para a prestação de serviços na área de saúde, incluindo-se os de pesquisa e extensão.

3. MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi efetivado segundo os parâmetros da pesquisa qualitativa, utilizando diferenciadas fontes primárias e secundárias, preocupando-se em selecionar informações que pudessem retratar o objeto, conforme os aspectos que o particularizavam.

O corte temporal desta investigação abrange o período de 1946 a 1968. O marco inicial corresponde à criação da Escola e à nomeação de Celina Viegas para o cargo de primeira diretora da Escola; o terminal, em 1968, refere-se ao final da sua gestão.

A seleção dos documentos (ofícios, atas do Conselho Administrativo e do Diretório Acadêmico, telegramas, cartas, reportagens de jornal, fotografias e gravações) foi feita em razão dos objetivos da pesquisa, com a complementação de testemunhos colhidos em entrevistas gravadas com professoras, alunas, aluno dos cursos de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

A primeira organização do material foi realizada enquanto a coleta progredia. Foram feitas transcrições

das fitas gravadas e, em seguida, o material foi ordenado cronologicamente, respeitando-se o tipo e a natureza de cada documento. Posteriormente eles foram classificados, segundo uma ordem cronológica e temática. Toda ordenação foi acompanhada de notas sobre a natureza, a fonte e síntese do conteúdo do documento.

Os entrevistados assinaram termo de Cessão de Direitos sobre depoimento oral, permitindo sua identificação junto às opiniões emitidas, respeitados os princípios éticos, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾, que trata de fazer cumprir os princípios básicos de pesquisa que envolve seres humanos.

A operacionalização deste estudo teve como preocupação básica contribuir para que a história da EEHB fosse resgatada desde o momento de sua criação, singularizando seus aspectos relevantes. Assim procedendo, foi possível apresentar, por meio da sistematização das informações, uma parcela da história construída por sujeitos históricos que, tendo interesses convergentes, disponibilizaram-se a rever o passado vivido na intensidade de fatos e experiências que, reconhecidamente, têm valor peculiar para a institucionalização e implementação do processo formativo e da prática profissional na área de Enfermagem.

Na construção dos fatos históricos, no presente, podemos também utilizar as lembranças do passado como uma forma de resgatá-los. Percebemos que este trabalho não é um processo concluído e, sim, o início de novas pesquisas na história da Enfermagem em Juiz de Fora.

Criação, instalação e implantação da Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo

O Estado de Minas Gerais, no início da década de 1940, contava com a Escola de Enfermagem Carlos Chagas, em Belo Horizonte, a primeira unidade de ensino na área de Enfermagem criada no espaço mineiro, e a segunda do Brasil, criada em 1933 e equiparada à Escola de Enfermagem Anna Nery pelo Decreto nº 9.102, de 24 de março de 1942.⁽¹²⁾

A segunda Escola de Enfermagem em Minas foi a Hugo Werneck, criada em 22 de abril de 1945 e reconhecida oficialmente em 21 de julho de 1949 pelo Decreto nº 775, de 06 de agosto de 1949, atual Escola de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.⁽¹³⁾

A Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo nasceu no âmbito da Reforma do Departamento Estadual de Saúde realizada pelo então diretor de Saúde Pública, Dr. Alvin Moreira de Paula. Essa unidade de ensino foi criada pelo Dr. João Tavares Corrêa Beraldo, de conformidade com o Decreto nº 1.751/46.⁽⁶⁾

Celina Viegas foi nomeada primeira diretora da EEHB, em 29 de junho de 1946. Após a nomeação, juntamente com duas colegas, enfermeiras Aracy Sette Câmara e Umbelina Goulart, Viegas dirigiu-se para Juiz de Fora. Instalaram-se num hotel, conforme depoimento dessa primeira diretora. Enquanto esperava a instalação da EEHB, Viegas deu início à organização dessa unidade de ensino e à sua integração à sociedade local.

Vencidas as dificuldades iniciais, com o apoio do Interventor do Estado, Dr. Alcides Lins, o Curso de

Enfermagem foi instalado no dia 8 de março de 1947, com a coincidência de ser também o dia de São João de Deus, considerado enfermeiro da era católica.⁽⁷⁾

O curso funcionou em duas turmas, tendo a primeira iniciado em março e a segunda, em junho de 1947. No turno da manhã, aconteciam as aulas práticas e os estágios. As aulas teóricas se desenvolviam à tarde. Neste turno, também eram ministradas as disciplinas de Administração Hospitalar e Religião Católica. A presença dessa última no quadro de disciplinas é forte indício da influência religiosa no processo formativo da enfermagem.

O turno da noite era reservado para o plantão. Havia uma escala seguida pelas professoras que assumiam a atividade didática de supervisão em regime de 12 horas.⁽¹⁴⁾

A primeira turma do curso teve início em março e a segunda, em junho de 1947. Foi necessário aguardar o reconhecimento do curso, razão pela qual a formatura de ambas, chamadas de “As Pioneiras”, aconteceu na mesma época.

O Decreto nº 28.376, de 12 de julho de 1950⁽¹⁵⁾, foi o instrumento legal que expressou a concessão do reconhecimento do Curso de Enfermagem da EEHB.

Além da busca de reconhecimento do Curso, Celina Viegas dedicou-se com afinco à busca de espaço físico adequado para a Escola.

A primeira Sede da EEHB foi instalada na rua Floriano Peixoto, 535, aos 8 de março de 1947. A Escola foi transferida para um sobrado de dois andares na Avenida Rio Branco, 3596⁽¹⁴⁾ em 11 de fevereiro de 1948; a casa ficou conhecida como casa verde, onde foi instalada a sede administrativa. Posteriormente, foi alugada uma outra casa que serviu de apoio para as atividades da Escola, conhecida como Casa Amarela, na Av. Rio Branco 3550 e, finalmente, em 1º de janeiro de 1967, foi inaugurada a sede definitiva da EEHB, na Av. dos Andradas, s/n.

Cerimônia de formatura

A formatura das “Pioneiras” teve início com uma missa de ação de graças e as duas turmas tiveram paraninfos distintos.

Durante a cerimônia de colação de grau, havia também a passagem da lâmpada, símbolo da Enfermagem. Nessa cerimônia, uma formanda passava a lâmpada para uma colega do último período. A escolha dessa aluna, feita pela turma, recaía na companheira de classe que tivesse sobressaído positivamente entre as demais, em todas as situações, dentro de sala de aula e na assistência ao paciente.

A cerimônia de formatura das “Pioneiras” evidenciou, também, o jogo de símbolos usados na época: a formação da mesa, em que cada pessoa ocupava um lugar determinado; o discurso; o juramento; o uniforme.

Nos anos seguintes, as cerimônias mantiveram os ritos, usando os símbolos mencionados, como o uso de uniformes de gala para as professoras e as alunas. Gradativamente, os símbolos usados foram trocados por novos costumes. Esse fato fica evidente com a turma destacada como “Turma da Beca”, em 6 de janeiro de 1965.⁽¹⁶⁾ Foi a primeira turma para a qual tinha sido exigida, ao ingressar na escola, a conclusão do curso de ensino médio, passando então o curso de Enfermagem a nível superior.

Conteúdo teórico-prático do processo formativo

O município de Juiz de Fora, em 1947, possuía diversos hospitais e serviços de saúde, podendo ser destacados: Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Casa de Saúde e Maternidade Delfim Moreira, Maternidade Therezinha de Jesus, Hospital Militar, Dispensário Eduardo de Menezes e Lactário São José.⁽¹⁴⁾

Para atender à demanda dessas instituições, havia necessidade de se ampliar o quadro de enfermeiras. Segundo Viegas, com a criação do Curso de Enfermagem, foi iniciada uma nova maneira de assistir os clientes desses hospitais. Outro fator que comprova a necessidade da existência desse curso na cidade foram os avanços das novas tecnologias e o surgimento de novos fármacos, que demandavam pessoal de melhor qualificação. As novas técnicas relacionadas à esterilização de material cirúrgico, com as novas autoclaves, substâncias para desinfecção, atendimento em salas de parto e cirurgias ilustram o começo da utilização de toda essa tecnologia dos nossos dias.⁽⁷⁾

A seleção das candidatas consistia de uma série de requisitos que foram enumerados, a saber: provas escritas de Português, Matemática, História e Geografia.⁽¹⁴⁾ Além de se submeter às provas, as moças deveriam possuir o diploma de ginásio ou equivalente. E, ainda, eram exigidos, para a matrícula das alunas aprovadas, o exame de saúde, o atestado de sanidade física e mental, a vacina anti-varíola e exames de sangue: hemograma, glicemia, fator Rh e sorologia para Lues – análise de sangue para detectar sífilis.

Quanto à estrutura do currículo, ressalta-se que primeiramente eram ministradas as disciplinas básicas, como: Anatomia, Fisiologia, Histologia, Microbiologia, Química e Técnica de Enfermagem. Tendo acesso a esses conhecimentos e participado de demonstrações e práticas das técnicas no laboratório, as alunas eram liberadas para o pré-estágio, num período de três meses. Posteriormente, mediante aprovação na aptidão para as técnicas, iniciavam os estágios na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, nas clínicas de cirurgia e clínicas médicas (de homens e de mulheres).⁽¹⁴⁾

As alunas prestavam assistência integral aos pacientes hospitalizados, no horário da manhã, sob a supervisão da professora responsável por cada clínica.

O controle da pontualidade e assiduidade nos estágios se fazia mediante uma “caderneta vermelha”. Quando a aluna chegava atrasada, era anotado um “at”. Dois “ats” significavam uma falta.⁽¹⁴⁾

Ferreira⁽¹⁴⁾ informa, ainda, que as aulas de Ciências e Anatomia contavam com a colaboração da Escola de Farmácia e Odontologia, que cederam seu laboratório anatômico para os estudos. E, concluindo, diz que o ensino da Ética se dava no primeiro ano, ministrado por Celina Viegas. Entre os temas abordados pela Deontologia, eram enfatizados os princípios éticos do respeito aos doentes, e a conduta da aluna, dentro e fora do espaço hospitalar.

Para a realização do estágio em Psiquiatria, houve necessidade de se enviar as alunas para São Paulo, no Hospital Pinel, no Juqueri, em Franco da Rocha, pois as condições em Juiz de Fora não eram favoráveis para a realização do referido estágio.⁽¹⁷⁾

Após alguns anos de funcionamento da EEHB e devido às especializações das professoras, no exterior, foi

verificada a necessidade de modificação do currículo, que se encontrava defasado em relação aos conhecimentos a que tiveram acesso. Todavia a modificação necessária exigiria um estudo mais aprofundado sobre o processo formativo na área de Enfermagem. Entre as disciplinas que deveriam ser incluídas na reformulação curricular, foi mencionada a de Psicologia Educacional que, na ótica de Guimarães, constituiria um avanço para o ensino, cabendo às instrutoras ter especial atenção sobre sua inclusão no novo currículo.⁽¹⁸⁾

Além do ensino e dos assuntos pertinentes à reformulação curricular, havia também a preocupação com as leis que regiam a profissão do enfermeiro. Em 1953, em reunião, dois assuntos importantes foram discutidos: a aposentadoria para o profissional que tivesse prestado vinte e cinco anos de trabalho, e a mudança, aprovada pela Lei 775/49 pelo Ministério da Educação e Cultura, quanto ao ingresso no Curso de Enfermagem, que passava a exigir a conclusão do ensino médio.⁽¹⁹⁾

Entretanto essa determinação criaria um problema a ser resolvido na EEHB, visto que existiam professoras que não possuíam o novo grau mínimo exigido. Como havia um prazo de cinco anos para o cumprimento de tal lei, as professoras que se encontravam nessa situação teriam tempo para se nivelarem. Também com essa delimitação, o Curso de Enfermagem passou a ser de nível superior, o que, para a EEHB, representou mais uma conquista.⁽²⁰⁾

A implementação dessa medida na EEHB levou Viegas a discutir com as professoras as alternativas que seriam viáveis naquele momento. Entre as decisões tomadas, incluía-se: as candidatas ao processo seletivo que tivessem o curso científico concluído fariam a graduação em Enfermagem em três anos, enquanto para as candidatas de nível ginásial, a duração seria de quatro anos.

A situação vivenciada pela EEHB diante dos novos critérios não representou, de imediato, uma possibilidade para oferecer curso com duração de três anos, pois as candidatas que se apresentavam ao processo seletivo possuíam nível ginásial. Além disso, as professoras que tinham apenas o ginásial foram ainda encaminhadas para frequentar o curso científico, visando à adequação às novas normas do Ministério da Educação e Cultura.

A gestão da diretora Celina Viegas, no período de 1946 a 1968, representou, então, desde o processo de criação da EEHB até a consolidação e reformulação curricular, o cumprimento de um compromisso assumido, formando um grupo de profissionais que ocuparia o espaço da Enfermagem em Juiz de Fora, visando à melhoria dos serviços de saúde. Esse compromisso foi continuamente transmitido aos alunos, singularizando o valor da assistência ao doente e do cuidado a ele dispensado, o que contribuiu, naquela época, para o desencadear do processo de legitimidade, de reconhecimento e de respeito pelo profissional da Enfermagem.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, tratei de particularizar a história da EEHB no período de 1946 a 1968, em que estive sob a direção de Celina Viegas. Essa profissional, que fez a opção pela carreira docente na área da Enfermagem, decidiu,

também, após a conclusão do seu processo formativo, em Belo Horizonte, ampliar seus conhecimentos, tanto nessa área como em Ciências Sociais, Direito e Antropologia. Buscou, ainda, especializar-se nos Estados Unidos da América, onde obteve o grau de mestre. Além dessas vinculações e experiências pessoais, acadêmicas e científicas, empenhou-se em participar de eventos e atividades científicas e culturais.

Assumindo responsabilidade direta e indireta pelo processo formativo de profissionais, a EEHB pôde oferecer os cursos de graduação em Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem, em correspondência com os preceitos, os princípios configuradores do modelo anglo-americano. Além disso, os integrantes dessa unidade de ensino que se comprometeram com a formação desses profissionais, desempenhando papéis diferenciados na administração e na docência, souberam reconhecer as demandas por mudanças. Essas mudanças foram paulatinamente introduzidas, após amplos e diferenciados debates em reuniões, promoção de eventos, legitimação do DA, entre outros.

Com essa trajetória, a EEHB foi reconhecida e legitimada na realidade juizforana, conquistando espaços no meio universitário e junto aos recursos de saúde, especialmente a Santa Casa de Misericórdia que merece ser destacada pelo inter-relacionamento que estabeleceu com a Escola, oferecendo a ela espaços para a realização de atividades acadêmicas e para o exercício profissional. Importa, então, assinalar que a Escola se vinculou aos recursos sociais e culturais de saúde existentes em Juiz de Fora, o que contribuiu para expandir sua legitimidade e, ao mesmo tempo, garantir a conquista de espaços para que as alunas tivessem direitos reconhecidos, por exemplo, a carteira de estudante, através do Diretório Central dos Estudantes da UFJF.

A disciplina rígida adotada é compreensível para a época de criação da EEHB, pois a responsabilidade que havia na guarda de jovens sem nenhum conhecimento das diversas situações existenciais contribuía para estabelecer normas e regras de convivência no internato, na sala de aula, nos hospitais e em outros espaços sociais. Considero ainda que essa rigidez tinha relação com os padrões culturais, decorrentes do processo de colonização portuguesa, da influência do catolicismo e da discriminação social da mulher.

Com essas reflexões, fica evidenciado que essa é uma história que, como as que retratam um processo de desenvolvimento de uma instituição que tem suas complexidades, pode ser percebida na multiplicidade de aspectos que lhe são peculiares. A continuidade dessa história reflete o compromisso dos sujeitos históricos que acreditam em mudanças, em crescimento e na ampliação de espaços para a área da enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Santos TCF.A câmara discreta e o olhar indiscreto: a persistência da liderança norte-americana no ensino da capital do Brasil (1928-1938) [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.
- 2.Alcântara G. A Enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1963.
- 3.Moreira A. Desmistificando a origem da enfermagem. In: Geovanini T. História da enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p. 41-81.
- 4.Brasil. Decreto n.º 17268, de 1926 apud Santos TCF.A câmara discreta e o olhar indiscreto: a persistência da liderança norte-americana no ensino da capital do Brasil (1928-1938) [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.
- 5.Brasil. Decreto n.º 20.109, de 15 de junho de 1931. Regula o Exercício da Enfermagem no Brasil e fixa condições para a Equiparação das Escolas de Enfermagem e Instruções Relativas ao Processo de Exame para a Revalidação de Diploma. DOU 1931 28 de junho.
- 6.Minas Gerais. Decreto n.º .1751, de 3 de junho de 1946. Organiza o Departamento Estadual de Saúde, e cria a Escola de Enfermagem no município de Juiz de Fora. Diário Oficial de Minas Gerais (Belo Horizonte) 1946 03 de junho .
- 7.Viegas C. Seminário da ABEn. Juiz de Fora: Associação Brasileira de Enfermagem – Distrito de Juiz de Fora, 1991. [1 fita cassete , Lado A, Acervo da ABEn].
- 8.Minas Gerais. Decreto 1.907, de 13 de junho de 1946. Reorganiza o Departamento Estadual de Saúde e passa a EEHB a ser subordinada diretamente à Escola de Saúde Pública. Diário Oficial de Minas Gerais (Belo Horizonte) 1946 14 de novembro.
- 9.Minas Gerais. Transferência da Escola de Enfermagem para a Universidade Federal de Juiz de Fora. Jornal Oficial de Minas Gerais (belo Horizonte) 1977 17dez.; col.1-2, p.5.
- 10.Universidade Federal de Juiz de Fora. Resolução CEP-62/77 do Conselho Universitário. Boletim da Reitoria da UFJF 1978.
- 11.Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. [Citado mar.2004]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/rescns.htm>.
- 12.Brasil. Decreto 9.102, de 24 de março de 1942. Equiparação da Escola de Enfermagem Carlos Chagas à Escola de Enfermagem Anna Nery. DOU 1942 24 mar.
- 13.Artacho S, Furtado L. Histórico da Escola de Enfermagem Hugo Werneck. Rev Bras Enf 1962; 15 (2): 84-7.
- 14.Ferreira HS. Comunicação pessoal em entrevista não gravada.em dez.2000.
- 15.Brasil. Decreto n.º 28 376, de 12 de julho de 1950. Concede reconhecimento ao curso de enfermagem da Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo. DOU 1950 13 jul.
- 16.Turma da Beca. Formatura da primeira turma do Curso Superior de Enfermagem da EEHB. Diário Mercantil 1965 15 jul.
- 17.Otoni MJ. Comunicação pessoal em entrevista gravada em 13 de nov. 2001 [1 fita cassete]
- 18.Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo-EEHB. Ata de reunião do Conselho Administrativo, 27 de abril de 1954.
- 19.Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo-EEHB. Ata de reunião do Conselho Administrativo, 05 de junho de 1954.
- 20.Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo-EEHB. Ata de reunião do Conselho Administrativo, 4 de setembro de 1954.

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EM MULHERES NORMOTENSAS E HIPERTENSAS

ANTHROPOMETRICAL INDICATORS IN NORMOTENSIVE AND HIPERTENSIVE WOMEN

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EN MUJERES NORMOTENSAS Y HIPERTENSAS

Priscilla Alencastro de Souza¹
Salette Maria de Fátima Silqueira²
Gilberto Kac³
Edílson Ornelas Oliveira⁴
Gustavo Velásquez-Meléndez⁵

RESUMO

O estudo determinou a relação entre idade e adiposidade em mulheres normotensas (n = 104) e hipertensas (n = 100). As variáveis foram descritas em médias, desvios-padrão e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Comparações entre idade e medidas de adiposidade através dos coeficientes angulares, dos coeficientes de correlação e determinação foram feitas entre os dois grupos. Verificou-se nas mulheres normotensas aumento significativo de adiposidade abdominal ($\square = 0,558$; IC 95%: 0,105:1,011) em relação às hipertensas ($\square = 0,121$; IC 95%: -0,278:0,520). Assim, a idade apresentou associação estatisticamente significativa com adiposidade periférica em nível abdominal apenas em indivíduos normotensos.

Palavras-chave: Adiposidade; Mulheres; Hipertensão

ABSTRACT

This study determined the relationship between age and global and regional body fat distribution, which was measured by skin folds and body circumferences, in normotensive (n = 104) and hypertensive (n = 100) women. Hypertension was defined as systolic blood pressure > 140 mmHg and diastolic blood pressure > 90 mmHg. Statistical analyses was carried out through the description of the variables: mean, standard deviation and 95 % confidence intervals (CI 95%), comparison between age and adiposity measurements for both groups through angular coefficients (\square) and CI 95%. Correlation and determination coefficients were also calculated between age and adiposity measurements for normotensive and hypertensive women. We found that normotensive women presented a significant increase of adiposity in the abdomen ($\square = 0,558$; CI 95%: 0,105:1,011) when compared to hypertensive women ($\square = 0,121$; CI 95%: -0,278:0,520). Therefore, age presented a statistically significant association with abdominal skin fold only in the group of normotensive patients.

Key words: Women; Adiposity; Hypertension

RESUMEN

Este estudio determinó la relación entre la edad y la distribución de tejido adiposo global y periférico, medido por los pliegos adiposos y circunferencias corporales en mujeres normotensas (n = 104) e hipertensas (n = 100). La hipertensión fue definida por los siguientes valores presóricos: presión arterial sistólica > 140 mmHg y presión arterial diastólica > 90 mmHg. Se realizaron los siguientes análisis estadísticos: descripción de variables en promedios y desvío estándar e intervalos de confianza del 95%, comparaciones entre las edades y promedios de adiposidad para los dos grupos calculándose los coeficientes de correlación. Se verificó que el grupo de mujeres normotensas presentó aumento significativo de tejido adiposo en la región abdominal ($\square = 0,558$; IC 95%: 0,105:1,011) con relación a las hipertensas ($\square = 0,121$; IC 95%: -0,278:0,520). Así, la edad presentó asociación estadísticamente significativa con la adiposidad periférica en el ámbito abdominal solamente en individuos normotensos.

Palabras clave: Mujeres; Adiposidad; Hipertensión

¹ Discente do 8º período, bolsista de iniciação científica PROBIC/FAPEMIG - Escola de Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais.

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do ENB da EEUFMG.

³ Nutricionista, Doutor, Docente do Instituto de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁴ Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela EEUFMG.

⁵ Doutor, Docente do EMI da EEUFMG.

Pesquisa financiada pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFMG, CNPq e FAPEMIG.

Endereço para correspondência: Priscilla Alencastro de Souza - Rua Caiçara, 1.217 - Bairro São Geraldo - CEP 31050-280 - Belo Horizonte/MG

Telefone: 0XX31 3487-2037 E-mail: pridalencastro@hotmail.com

I. INTRODUÇÃO

O acúmulo de gordura abdominal tem um papel importante nas mudanças metabólicas observadas com o aumento de idade, particularmente no desenvolvimento da resistência à insulina, a qual aumenta significativamente o risco de diabetes tipo II.⁽¹⁾ O excesso de tecido adiposo central ou abdominal está freqüentemente associado às dislipidemias e à hipertensão arterial.^(2,3)

A hipertensão arterial (HA) é considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), estando associada a 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE), a 60% dos casos de doença isquêmica do coração e à mortalidade por DCV. No Brasil, estima-se que 20% da população adulta é hipertensa. O alto custo social decorrente da hipertensão arterial responde por 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho, segundo dados do III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial⁽⁴⁾. Já nos Estados Unidos, estima-se que os custos econômicos em consequência da relação entre HA e sobrepeso/obesidade são de 3,23 bilhões de dólares por ano, o que representa 17% da despesa total relacionada à hipertensão arterial nesse país.⁽⁵⁾

A circunferência da cintura (CC), a relação cintura-quadril (RCQ) e as pregas cutâneas são consideradas os índices antropométricos mais freqüentemente utilizados para estimar a gordura abdominal.⁽⁶⁾ Em revisão de literatura, Scarsella e Després⁽⁷⁾ reportaram que a medida da circunferência da cintura foi a variável antropométrica que melhor correlacionou com a quantidade de tecido adiposo visceral e com as mudanças ocorridas nele com o aumento da idade. Assim, o acúmulo de tecido adiposo visceral que ocorre em idades mais tardias poderia ser aferido pela CC de forma relativamente mais precisa. Lohman et al.⁽⁸⁾ relataram que as pregas cutâneas podem medir indiretamente a gordura abdominal, já que a espessura das pregas se relaciona à gordura do tecido subcutâneo, a qual mantém relação direta com depósitos de gordura intra-abdominal. Dentre as pregas cutâneas, Molarius e Siedell⁽⁹⁾ verificaram que a subescapular e a tricipital são medidas da distribuição regional de gordura mais relacionadas à obesidade.

Assim, entendendo a importância da composição corporal na determinação de riscos relacionados aos agravos de saúde e do envelhecimento como um fator associado às mudanças na composição corporal, este estudo teve como finalidade determinar a relação entre distribuição de gordura corporal global e regional e a idade em grupos de mulheres normotensas e hipertensas.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi estudada uma amostra composta por 104 mulheres normotensas e 100 hipertensas, cujas idades variaram entre 40 e 65 anos. Os dados foram obtidos através de consultas a prontuários e por meio de entrevistas só aplicadas após a avaliação feita por meio de um pré-teste conduzido por entrevistadores devidamente treinados.

A pressão arterial (PA) foi medida de acordo com os critérios propostos pelo Joint National Committee (JNC).⁽¹⁰⁾ Foram utilizados esfigmomanômetros aneróides e o método auscultatório indireto, no qual o braço do paciente

descansa na altura do precórdio e as fases I e IV dos sons de Korotkoff são referências para a leitura das pressões arteriais sistólica (PAS) e diastólica (PAD), respectivamente. Foram considerados casos 100 mulheres hipertensas diagnosticadas e acompanhadas no Ambulatório Bias Fortes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, que fazem parte do Programa de Educação para o Autocuidado ao Paciente Hipertenso, cujos níveis pressóricos eram > 140 mmHg para a PAS e > 90 mmHg para a PAD. Os controles (n = 104) foram selecionados a partir de uma amostra de 800 mulheres normotensas (PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg) atendidas em um Centro de Saúde da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais.

O peso e a altura foram medidos com os indivíduos sem sapatos e sem excesso de roupas. A altura foi medida com aproximação a 0,1 cm, com fita métrica inextensível, colocada verticalmente em parede plana, estando a pessoa em posição ereta e com a cabeça no plano de Frankfurt. O peso foi medido em balança digital (Modelo PL 150, Filizzola Ltda., Brasil), com aproximação a 0,1 kg. Essas medidas foram utilizadas para o cálculo do índice de massa corporal (IMC = peso / altura²; kg/m²). A circunferência da cintura (CC) foi mensurada, utilizando-se uma fita métrica inextensível, com aproximação a 0,1 cm, no ponto médio entre a última costela e a borda superior da crista ilíaca, estando a pessoa em pé. A circunferência do quadril (CQ) foi medida também com fita métrica inextensível e aproximação a 0,1 cm, sendo o local de medição aquele que corresponde à maior curvatura glútea. A relação cintura-quadril (RCQ) foi calculada a partir dessas duas circunferências (RCQ = CC / CQ). Todas as pregas cutâneas foram mensuradas, utilizando-se um adipômetro (Lange Skinfold Calliper, Cambridge, Maryland) com aproximação a 1 mm, estando a mulher em pé e sem excesso de roupas. As pregas cutâneas medidas foram do tríceps, do bíceps, a subescapular, a peitoral, a supra-ilíaca e a abdominal. As medições foram realizadas segundo procedimentos propostos por Lohman et al.⁽⁸⁾ As medidas antropométricas foram repetidas três vezes e realizadas por antropometristas previamente treinados.

As análises estatísticas incluíram a descrição das variáveis, usando médias, desvios-padrão e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). As variáveis estudadas foram comparadas entre os grupos de normotensas e hipertensas, usando-se o teste t-Student. Curvas de regressão entre a idade e as medidas de adiposidade foram determinadas para cada grupo de participantes. As análises foram realizadas no programa estatístico SPSS Versão 8.0 (SPSS Incorporation, 1997). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sendo obtido consentimento escrito de todas as participantes.

3. RESULTADOS

Como apresentado na Tabela 1, as hipertensas foram, em média, mais velhas e apresentaram menores médias de escolaridade e renda em relação às normotensas.

Quanto às características antropométricas (Tabela 2), verificaram-se valores médios significativamente maiores nas mulheres hipertensas para peso, pregas cutâneas

(exceto a prega tricípital), IMC e RCQ. Não foram encontradas diferenças significativas entre as médias desses dois grupos de mulheres para altura, prega cutânea tricípital e circunferências da cintura e do quadril.

Na Tabela 3, são verificados os resultados das correlações entre a idade e as medidas antropométricas segundo os grupos de mulheres normotensas e hipertensas. Verificou-se correlação estatisticamente significativa apenas entre a idade e a prega abdominal no grupo de mulheres normotensas ($r = 0,24$; IC 95%:

0,105:1,011). Essa correlação não foi significativa no grupo de mulheres hipertensas ($r = 0,06$; IC 95%: -0,278:0,520).

Na Figura 1, são apresentadas as retas de regressão entre a idade e a prega abdominal para os grupos de mulheres normotensas e hipertensas. Verificou-se que as mulheres hipertensas apresentaram níveis de prega abdominal maiores do que as normotensas em todas as faixas etárias. Não foram verificadas diferenças entre hipertensas e normotensas para as demais medidas antropométricas.

Tabela 1 – Características demográfica e socioeconômica de mulheres normotensas e hipertensas. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2000

Características	Normotensas (n = 104)		Hipertensas (n = 100)		p
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	
Idade (anos)	46,39	5,95	53,53	7,61	0,000
Renda (R\$)	952,53	1111,90	545,13	363,85	0,001
Escolaridade (anos)	7,32	4,61	4,89	4,46	0,000

Tabela 2 – Características antropométricas em médias e desvios-padrão para mulheres normotensas e hipertensas. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2000

Medidas antropométricas	Normotensas n = 104)		Hipertensas (n = 100)		p*
	Média	DP	Média	DP	
Peso (kg)	61,91	12,19	66,84	12,20	0,004
Altura (m)	1,56	0,05	1,55	0,06	0,683
Pregas cutâneas (mm)					
Subescapular	21,75	10,21	28,05	12,13	0,000
Tricípital	26,95	9,32	29,85	8,17	0,930
Bicípital	12,63	7,26	16,50	7,90	0,000
Peitoral	11,97	6,24	14,56	7,50	0,008
Supra-ílica	21,04	10,28	28,26	11,98	0,000
Abdominal	27,62	14,12	40,79	15,14	0,000
Circunferência da cintura (cm)	83,10	13,23	86,72	14,33	0,063
Circunferência do quadril (cm)	99,81	9,04	99,47	13,59	0,832
Índice de massa corporal (kg/m ²)	25,36	4,74	27,57	5,14	0,002
Relação cintura-quadril	0,83	0,08	0,88	0,25	0,030

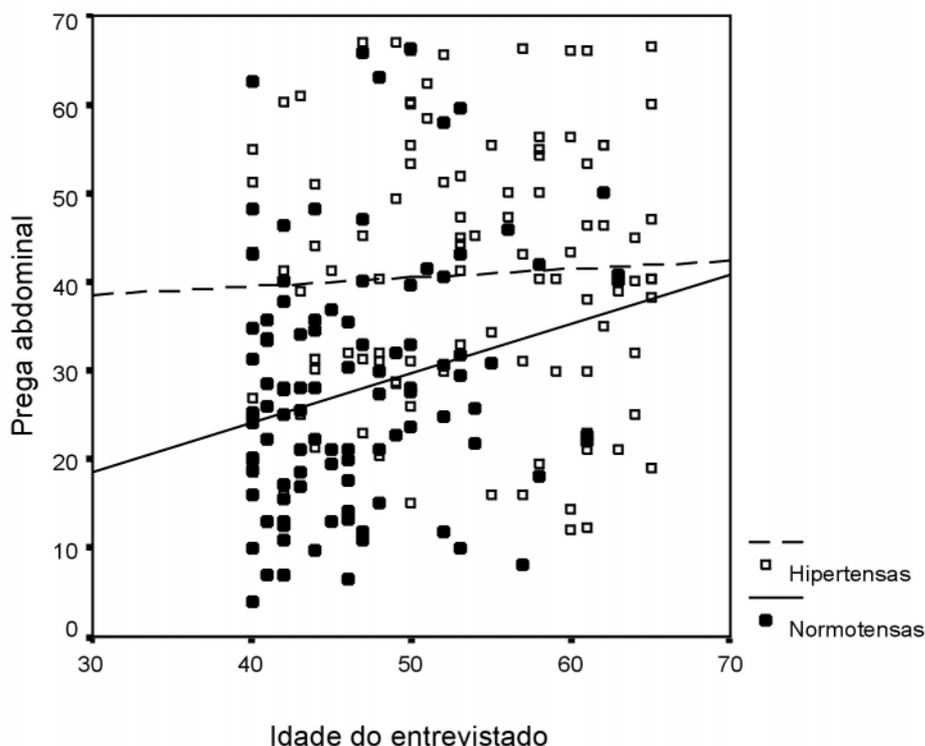
*t - Student

Tabela 3 – Coeficientes de correlação, determinação e coeficiente angular entre idade e medidas antropométricas em mulheres normotensas e hipertensas. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2000

Medidas antropométricas	Hipertensas			Normotensas		
	r	r ²	□ (IC 95%)	r	r ²	□ (IC 95%)
Pregas cutâneas (mm)						
Abdominal	0,06	0,00	0,121 (-0,278 : 0,520)	0,24	0,06	0,558 (0,105 : 1,011)
Supra-ílica	0,06	0,00	0,090 (-0,224 : 0,405)	0,15	0,02	0,266 (-0,069 : 0,601)
Peitoral	0,10	0,01	0,094 (-0,103 : 0,293)	0,07	0,01	0,076 (-0,129 : 0,282)
Bicípital	0,14	0,02	0,136 (-0,060 : 0,333)	0,07	0,00	0,083 (-0,155 : 0,322)
Subescapular	0,09	0,01	0,136 (-0,184 : 0,457)	0,13	0,02	0,231 (-0,120 : 0,257)
Índice de massa corporal (kg/m ²)	0,18	0,03	0,122 (-0,012 : 0,257)	0,11	0,01	0,083 (-0,071 : 0,239)
Relação cintura-quadril	0,27	0,07	0,003 (0,000 : 0,005)	0,14	0,02	0,002 (-0,000 : 0,004)

r = coeficiente de correlação; r² = coeficiente de determinação; □ = coeficiente angular; IC 95% = intervalo de confiança de 95%

Figura 1 – Relação entre idade e prega abdominal para os grupos de mulheres normotensas e hipertensas



4. DISCUSSÃO

Neste estudo, verificamos que o grupo de mulheres hipertensas apresentou maiores valores médios das medidas antropométricas, em relação às normotensas, exceto para a altura, prega cutânea do tríceps e para as circunferências da cintura e do quadril. Essas diferenças poderiam ser atribuídas a um maior índice de massa corporal e maior adiposidade na região torácica (pregas subescapular e peitoral), no braço e na região abdominal, sendo a última aferida pela relação cintura-quadril (RCQ). Um aspecto importante é que o grupo de mulheres normotensas e hipertensas diferiu nas variáveis socioeconômicas e idade, tendo-se assim, um potencial efeito de confusão dessas variáveis.

De acordo com os resultados do teste de correlação entre idade e adiposidade, em um intervalo entre 40 e 65 anos de idade, a hipertensão associou-se a um aumento significativo de adiposidade abdominal subcutânea. Dessa forma, as mulheres hipertensas sempre apresentaram maiores níveis de adiposidade, não tendo maiores ganhos de tecido adiposo abdominal com o avanço da idade. Porém isso não ocorre nas normotensas, as quais apresentam ganhos significativos de prega abdominal ao longo da faixa etária estudada.

Grande parte dos estudos que se referem à relação entre composição corporal e hipertensão foi baseada em medidas globais de obesidade.^(11, 12) Entretanto verifica-se que diversas medidas de adiposidade regional podem ter implicações metabólicas específicas.⁽¹³⁾ Assim, pouca informação está disponível sobre os efeitos independentes das medidas regionais de adiposidade sobre a hipertensão. Gilum et al.⁽¹⁴⁾ mostraram que mulheres com obesidade no tronco, medida a partir da razão entre a prega

subescapular/prega tricípital, tinham maior incidência de hipertensão essencial. No estudo de Blair et al.⁽¹⁵⁾, valores de prega subescapular foram bons preditores de níveis de pressão arterial sistólica e diastólica em diversas raças e ambos os sexos. Entretanto os indicadores de adiposidade central foram os mais fortemente associados à hipertensão em todas as raças e ambos os sexos.

Vários estudos já tentaram elucidar a relação entre adiposidade abdominal e hipertensão arterial. As explicações mais plausíveis indicam as degenerações no metabolismo plasmático da insulina como o fator mediador dessa relação. A adiposidade abdominal está associada com o reduzido clearance hepático de insulina e altas concentrações plasmáticas de insulina. A insulina aumenta a reabsorção de sódio no túbulo proximal dos rins e isso está associado a concentrações aumentadas de catecolaminas plasmáticas, podendo ambos aumentar o risco de hipertensão.⁽¹⁶⁾

Podem ser apontadas como limitações deste estudo, entre outras, a medida aproximada do tecido adiposo pelas pregas cutâneas, as quais falham em prover estimativas do tecido adiposo visceral. Outra limitação encontra-se no fato de que este estudo apresenta dados somente para mulheres. Investigações em homens são necessárias a fim de se verificarem as relações que o envelhecimento estabelece com a deposição de gordura corporal neles.

5. CONCLUSÃO

Mulheres hipertensas apresentaram níveis de adiposidade maiores em relação às normotensas. A idade relacionou-se ao aumento de gordura abdominal subcutânea apenas nas mulheres normotensas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bjorntorp P. Body fat distribution, insulin resistance, and metabolic diseases. *Nutrition* 1997 Sep; 13(9):795-803.
2. Blair D, Habicht JP, Sims EA, Sylwester D, Abraham S. Evidence for an increased risk for hypertension with centrally located body fat and the effect of race and sex on this risk. *Am J Epidemiol.* 1984 Apr; 119(4):526-40.
3. Selby JV, Friedman GD, Quesenberry CP Jr. Precursors of essential hypertension. The role of body fat distribution pattern. *Am J Epidemiol.* 1989 Jan; 129(1):43-53.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998.
5. NIDDK.INT. Statistics related to overweight and obesity. [Cited Jan.2004] Available from: <http://www.niddk.nih.gov/health/nutri/pubs/statobes.htm>.
6. Bonora E, Micciolo R, Ghiatas AA, Lancaster JL, Alyassin A, Muggeo M, DeFronzo RA. Is it possible to derive a reliable estimate of human visceral and subcutaneous abdominal adipose tissue from simple anthropometric measurements? *Metabolism* 1995 Dec; 44(12):1617-25.
7. Scarsella C, Despres JP. Treatment of obesity: the need to target attention on high-risk patients characterized by abdominal obesity. *Cad Saude Publica.* 2003; 19 (Suppl 1): S7-19.
8. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. London: Human Kinetics Books; 1988.
9. Molarius A, Seidell JC. Selection of anthropometric indicators for classification of abdominal fatness - a critical review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22(8):719-27.
10. Joint National Committee, JNC. The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-45.
11. Piccini RX, Victora CG. Systemic arterial hypertension in an urban area of southern Brazil: prevalence and risk factors. *Rev Saúde Pública* 1994; 28 (4): 261-7.
12. Gus M, Moreira LB, Pimentel M. Associação entre diferentes indicadores de obesidade e prevalência de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 1998; 70 (2): 111-4.
13. Carneiro G, Faria AN, Ribeiro Filho FF. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(3): 306-11.
14. Gillum RF, Mussolino ME, Madans JH. Body fat distribution and hypertension incidence in women and men. The NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22(2):127-34.
15. Blair D, Habicht JP, Sims EA, Sylwester D, Abraham S. Evidence for an increased risk for hypertension with centrally located body fat and the effect of race and sex on this risk. *Am J Epidemiol* 1984; 119 (4):526-40.
16. Folsom AR, Prineas RJ, Kaye SA, Munger RG. Incidence of hypertension and Stroke in relation to body fat distribution and other risk factors in older women. *Stroke* 1990; 21: 701-6.

MOTIVAÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE SEU TRABALHO EM UMA CASA DE PARTO

MOTIVATION OF OBSTETRIC NURSES TO WORK AT A BIRTH CENTER

LA MOTIVACIÓN DE ENFERMERAS OBSTÉTRICAS PARA EL DESARROLLO DE SU TRABAJO EN UNA CASA DE PARTO

Luiza Akiko Komura Hoga¹

RESUMO

Uma Casa de Parto possui importância no cenário das políticas de saúde na atualidade. O objetivo dessa pesquisa foi descrever os motivos que levaram enfermeiras obstétricas a atuar em uma Casa de Parto. A história oral temática foi o método do estudo. O descontentamento com modelo biomédico e o caráter intervencionista das práticas hospitalares e o desejo de sua transformação resultaram na convergência das profissionais para a Casa. Há profundo empenho dessas profissionais com o êxito do trabalho desenvolvido, pois isso é essencial para o futuro dessa Casa e das demais em projeção no Brasil.

Palavras-chave: Parto Normal; Humanização do Parto; Enfermagem Obstétrica

ABSTRACT

Birth Centers are important in the current health policy scenery. The objective of this research is to describe the reasons why obstetric nurses work at Birth Centers. The method used for this research was based on oral history. Discontentment with obstetrical practices in hospitals, based on the biomedical model, and with the interventionist nature of hospital practices, as well as the desire of bringing about transformation resulted in the convergence of these professionals to the Birth Center. The nurses are deeply involved and committed to the success of their work because it is essential for the future of the center, as well as to other centers to be set up in Brazil.

Key words: Natural Childbirth; Humanizing Delivery; Obstetrical Nursing

RESUMEN

Actualmente, una casa de parto es bastante importante en el escenario de las políticas de salud. Esta encuesta se propuso describir los motivos que llevaron a que enfermeras obstétricas se dispusieran a ejercer su labor en una casa de parto. El método de la encuesta fue la historia oral temática. La insatisfacción con la práctica obstétrica de los hospitales, basada en el modelo biomédico y de carácter intervencionista, y el consiguiente deseo de transformar esta realidad resultó en la convergencia de dichas profesionales en esta casa. En ellas se observa un profundo empeño en su trabajo pues de su éxito depende el futuro de la casa y de las demás proyectadas en Brasil.

Palabras clave: Parto normal; Humanización del parto; Enfermeras obstétricas

¹Enfermeira. Livre-docente em enfermagem. Escola de Enfermagem da USP.
Endereço para correspondência: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, São Paulo/SP - CEP 05403-000 - E-mail: kikatuca@usp.br

1. INTRODUÇÃO

A situação precária da assistência ao nascimento e ao parto motivou a realização do “Primeiro Seminário Sobre Nascimento e Parto do Estado de São Paulo”, em 1996, que foi coordenado por membros do Grupo de Estudos Sobre Nascimento e Parto (GENPE) do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde, em associação com a Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Durante o Seminário, as discussões relativas à qualidade da assistência obstétrica foram aprofundadas e foi defendida a adoção do paradigma europeu de assistência ao parto, privilegiando o bem-estar da parturiente e de seu recém-nascido e o emprego de tecnologia de forma apropriada, que se caracteriza pelo acompanhamento do trabalho de parto e do parto, da maneira menos intervencionista possível. Foi sugerido que enfermeiras obstétricas e parteiras deveriam responsabilizar-se pela assistência ao processo fisiológico de gestação, nascimento e parto.⁽¹⁾

Na ocasião, houve indagações sobre o local onde se presta assistência ao parto, a cultura que o permeia e a influência desses fatores sobre a qualidade da assistência. A criação de Casas de Parto para o atendimento das parturientes não acometidas por doenças clínicas e ou obstétricas foi proposta porque se acreditou que esta seria uma alternativa possível à humanização da assistência nesse âmbito. A indicação baseou-se no pressuposto de que o formato de uma Casa de Parto facilitaria a integração da equipe de trabalho, considerando-se que uma estrutura institucional menor daria maior possibilidade de colaboração e respeito mútuo entre o grupo profissional e os clientes. Naquela ocasião, o documento final produzido ressaltou que a proposta das Casas de Parto deve ser institucionalizada e inserida num sistema de referência, contra-referência e transporte aos hospitais, onde há médicos para o atendimento das doenças obstétricas e neonatais.

A idéia de criação da Casa de Parto resultou da crescente demanda de reversão da situação problemática da assistência ao parto em nosso meio. Em 1998, foi inaugurada a primeira Casa de Parto da cidade de São Paulo com o objetivo de oferecer assistência humanizada às mulheres com gestação fisiológica⁽²⁾ que está vinculada ao projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis) do Programa Saúde da Família, implantado pela Fundação Zerbini do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Acreditamos que as enfermeiras obstétricas que trabalham na Casa tiveram motivos próprios para desejar atuar profissionalmente nela. Esta pesquisa explora essa temática, ou seja, as características da trajetória profissional de enfermeiras obstétricas que culminaram com a inserção dessas profissionais numa Casa de Parto, que tem história própria e importante significado em razão de sua especificidade e pioneirismo em termos de local e filosofia assistencial, no atual contexto da assistência ao parto no Brasil. Esses fatos justificaram a realização desta pesquisa com o objetivo de descrever os motivos que levaram enfermeiras obstétricas a atuar em uma Casa de Parto.

2. METODOLOGIA

Método de Pesquisa

A história oral temática⁽³⁾ foi o método desenvolvido neste estudo, cuja escolha fundamentou-se no fato de permitir o levantamento de uma variedade de dados da vida das pessoas e constituir-se em um caminho possível para resgatar a historicidade pessoal de cada uma delas. Ela constitui também uma oportunidade da interlocução para indivíduos que habitualmente não possuem voz.^(3,4) A pertinência desse método foi avaliada para conhecer os motivos que levaram as enfermeiras obstétricas a atuar na Casa.

A colônia deste estudo, termo entendido como os traços preponderantes que ligam a trajetória das pessoas⁽³⁾, refere-se às enfermeiras obstétricas e à respectiva rede. Uma subdivisão da colônia foi constituída pelas profissionais que atuam na Casa de Parto. Na seqüência, esta será referida apenas como Casa, como forma de evitar repetições desnecessárias.

As enfermeiras obstétricas, que compõem a rede deste estudo, serão denominadas colaboradoras porque o emprego do termo é percebido como o mais adequado quando se trata de pesquisa com utilização da oralidade.⁽³⁾

Local

O estudo foi realizado na primeira Casa vinculada ao projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS) do Programa Saúde da Família que foi implantado em 1998 pela Fundação Zerbini, do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que se encontra localizada na zona leste da Cidade de São Paulo, e sua inauguração foi motivo de destaque na imprensa escrita e falada da época.⁽²⁾

Suas instalações são contíguas à edificação de uma Unidade Básica de Saúde, embora o ambiente físico da assistência ao parto seja independente dela. O quadro de profissionais que prestam assistência ao parto, é específico da Casa, assim como os princípios filosóficos que fundamentam o cuidado à gestante e sua família.

Coleta dos Dados

A coleta dos dados foi feita mediante a realização de entrevistas individuais com todas as enfermeiras obstétricas atuantes na Casa que, na época da pesquisa, totalizavam seis profissionais.

Os aspectos éticos do estudo respaldaram-se na Resolução nº 196 de outubro de 1999, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.⁽⁵⁾ O projeto foi submetido à apreciação e aprovado por uma comissão de ética em pesquisa, credenciado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Não houve recusa na concessão dos depoimentos, ao contrário, as profissionais demonstraram grande satisfação em colaborar com o estudo e registrar a trajetória profissional e os motivos que as levaram a atuar na Casa.

O consentimento livre e esclarecido foi obtido antes do início das entrevistas. Nele constavam esclarecimentos relativos ao objetivo da pesquisa, sua finalidade, a necessidade da gravação dos depoimentos, a manutenção do anonimato e a divulgação dos dados em periódicos e eventos científicos. As características pessoais das colaboradoras foram registradas em um impresso próprio

e, posteriormente, seus nomes verdadeiros foram substituídos por números, com a finalidade de preservar seu anonimato e para que elas não viessem a sofrer prejuízos no futuro.

O cerne das questões colocadas às colaboradoras orientou-se na compreensão dos motivos que as levaram a desenvolver o trabalho naquela Casa. Alicerçadas nesta pergunta introdutória, todas as colaboradoras demonstraram facilidade em dar início e prosseguimento a seus depoimentos e cada qual deu um rumo próprio e desejado para eles.

As entrevistas foram feitas no período entre fevereiro e junho de 2001 e a duração de cada uma oscilou entre 20 minutos e 1 hora e meia. Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora.

Análise dos dados

Segundo Meihy⁽³⁾, os depoimentos foram editados em três etapas, e o inteiro teor do conteúdo oral das fitas magnéticas foi transportado para a forma escrita. A seguir, foi textualizado e para tanto as perguntas foram suprimidas, assim como os termos repetitivos e os elementos considerados dispensáveis, que não acarretavam prejuízos de conteúdo. Com o encerramento do trabalho, obteve-se o texto transcrito, cuja característica é a existência de uma seqüência lógica com o sujeito na primeira pessoa.

O conjunto dos depoimentos foi submetido a um processo analítico contínuo de caráter indutivo e interpretativo. Esse trabalho possibilitou reduzir dados e compor categorias descritivas das experiências profissionais prévias e os motivos que levaram à inserção dessas profissionais da saúde na Casa. O trabalho possibilitou compor um modelo manejável, tal como preconizado por Janesick.⁽⁶⁾ A pesquisadora compara o processo de análise de dados qualitativos à composição de uma coreografia, cujo trabalho foi desenvolvido com grande senso de liberdade, porém, com a premissa da manutenção do sentido intencional constante nas narrativas.

Os critérios de rigor desta pesquisa basearam-se nos estabelecidos por consagrados estudiosos do método qualitativo.^(7,8,9) O crédito que se atribui à pesquisa ou à capacidade de apreensão da realidade tal qual ela se apresenta, está diretamente relacionado ao preparo do próprio pesquisador que deve estar atento para não induzir respostas. Nesse sentido, todas as colaboradoras tiveram total liberdade para expressar a visão pessoal do tema abordado.

A credibilidade da pesquisa alicerçou-se no fato de o conteúdo das histórias ter sido integralmente transcrito; o texto transcrito foi conferido e validado por todas as colaboradoras e as sugestões para modificação foram incorporadas ao texto final. Quanto à saturação teórica dos dados, ressalta-se que todas as profissionais do quadro institucional foram entrevistadas.

3. RESULTADOS

Na época da realização do estudo, as colaboradoras tinham a média de 46 anos de idade e 22 de vida profissional. Todas apresentavam experiências anteriores em hospital filantrópico, cinco em hospital público, duas

na rede privada e duas na docência em enfermagem; quatro enfermeiras trabalhavam na Casa desde a inauguração e duas foram inseridas no ano seguinte.

As categorias descritivas dos motivos que levaram as enfermeiras obstétricas a desenvolver seu trabalho naquela Casa são apresentadas a seguir:

As experiências de assistência no modelo médico e na cultura hospitalar

As colaboradoras apresentaram um fato que foi comum a todas, qual seja, a experiência de trabalho no contexto hospitalar no qual se praticava a obstetria segundo o modelo médico, o que lhes causava inquietação. Relembrou que, em tempos passados, a assistência prestada naqueles moldes era vista por elas mesmas como sendo normal, concepção esta condicionada pela cultura institucional, sobre a qual muitas não tinham questionamentos.

“No hospital, fomos condicionadas a trabalhar um tipo de produção, saía satisfeita com a quantidade” (E1); “Nos hospitais, os partos eram feitos com indução, jejum, a rotina própria do pré-parto, sem a companhia da família. Você tem essa formação, não tem como fugir disso. Lembro que tinha que dar água escondida do médico, mas tinha que me sujeitar às rotinas do hospital, não tinha como fugir disso” (E2)

Com o decorrer do tempo, passaram a perceber que as práticas hospitalares, até então realizadas e ou presenciadas, provocavam-lhes a sensação de desconforto, visto que eram contrárias a seus valores e crenças sobre a assistência, e muito pouco podia ser feito contra isso. A situação fazia com que elas se sentissem em conflito em relação ao convívio com esse modelo biomédico e sua conseqüente reiteração.

“É evidente que o constrangimento não é de fazer ou não o parto, mas de fazer o parto nos moldes da medicina” (E3)

Neste ínterim, tiveram a oportunidade de entrar em contato com o paradigma humanístico da assistência obstétrica que estava sendo divulgado em alguns eventos científicos da área.

“Comecei a participar de seminários que falavam de humanização e a aprender coisas que não passavam pela minha cabeça, pois para mim era natural fazer lavagem intestinal, episiotomia e achava que não tinha outro jeito. Quando comecei a borbulhar sobre o parto humanizado e o resgate da fisiologia do parto, a gente começou a se questionar sobre o tipo de assistência” (E2)

As reflexões resultantes do contato com essas novas idéias levaram tais profissionais ao questionamento quanto a assistência que ofereciam e ao conseqüente desejo de transformá-la, o que lhes despertou maior interesse em se envolver com um novo modelo de assistência e trabalho.

Esse impulso inicial fez com que elas averiguassem com mais profundidade suas práticas de trabalho no contexto hospitalar; suas experiências profissionais passaram a lhes aguçar ainda mais a sensação de contradição em relação aos próprios princípios relativos à assistência obstétrica, pois constatavam que as práticas hospitalares sobre as quais tinham questionamentos eram muitas.

A postura intervencionista que caracterizava as condutas obstétricas estabelecidas por algumas instituições hospitalares, às quais deviam se subordinar, não eram passíveis de questionamento nem por elas nem pela

clientela, era o dia-a-dia do trabalho. Havia também aspecto da postura hegemônica dos profissionais, igualmente inquestionável, que provocava angústia nas profissionais. Qualquer iniciativa de ação contrária ao estabelecido era repudiada pelos demais membros da equipe de trabalho.

“Às vezes, não fazia episiotomia e os médicos chegaram a me criticar” (E1); “Os residentes escolhendo mulheres para locar o fôrcipe. Não se preocupavam em saber o nome ou o que esperavam do parto” (E3)

O desrespeito à fisiologia do trabalho de parto e ao parto também fez parte das experiências de atuação nos hospitais. Era visto como uma das conseqüências de uma cultura institucional que valoriza a quantidade, o que demanda entre outras práticas a indução e ou a condução do parto por meio de recursos medicamentosos, realizada, muitas vezes de forma sistematizada. Outros fatores como a restrição à alimentação, à deambulação e falta de opções quanto às posições de parto foram motivos do sentimento de apreensão entre as profissionais.

“Tinha certas condutas médicas que tínhamos que aceitar, por exemplo, gestantes internadas em observação, em jejum, sem poderem sair dos leitos, como se fossem perder a vaga” (E1)

Entre outras problemáticas, a despersonalização da assistência que decorria da grande quantidade de gestantes a serem atendidas, acabava resultando na dificuldade de envolvimento com cada uma delas. Como produto desses fatores, ficava a gestante resumida a um número de leito e conseqüente abandono.

“No hospital, a gestante vai sozinha para um lugar desconhecido, e é apenas umas das parturientes, onde são chamadas de mãezinhas” (E4)

A falta de condições para a realização de alguns cuidados como o toque corporal e a massagem, que eram resultantes também dos fatores acima mencionados, é lembrada como parte de suas experiências.

“A gente não conseguia, pela quantidade de parturientes, dar uma assistência personalizada, dar cuidados como toque, massagem” (E2)

A falta de envolvimento com as gestantes também caracterizava o trabalho realizado nos hospitais, pois a preocupação principal estava voltada ao trabalho de produção para poder dar conta de todas as parturientes.

“No hospital, após uma hora, você nem lembra mais o rosto da puérpera que se fez o parto” (E4)

A submissão ao modelo médico era uma condição do trabalho no contexto do hospital que dificultava a adoção de práticas inovadoras.

“No hospital, tinha certas condutas médicas que tínhamos que aceitar e, no hospital, não se consegue inovar” (E3)

Estas características do cotidiano no contexto hospitalar desmotivaram essas profissionais para continuidade de seu trabalho.

A convergência das enfermeiras para a Casa

O motivo que direcionou as enfermeiras à Casa foi o desejo de transformar a prática vigente no âmbito da assistência obstétrica. Os contatos com seminários de humanização e a aprendizagem relativa aos novos modelos de cuidado potencializaram o desejo da transformação das práticas culturalmente arraigadas de assistência ao parto. Seus questionamentos em relação ao cuidado

prestado nas instituições de saúde foram aprofundando-se; muitos exemplos de assistência vistos nos hospitais passaram a causar indignação com a realidade da assistência obstétrica com a qual se convivia.

“Foram atraídas pessoas insatisfeitas, violentadas, se não pessoalmente, mas os amigos, as mulheres que elas assistiam e que tinham uma indignação” (E3)

Esta situação levou-as a se mobilizarem, em razão do desejo e reflexão sobre a necessidade de transformação da realidade até então vivenciada. Em muitas situações presenciadas, sentiam-se imobilizadas para agir, pois tinham consciência de que eram práticas profundamente arraigadas nos profissionais e nas rotinas institucionais.

“Chegavam e falavam: esta aqui eu vou locar... (fôrcipe). Este exagero a que chegou, é que eu fiquei mais indignada. Aquilo me chocou muito porque já tinha contato com trabalhos de humanização... Eu tinha o limite de minha liberdade no hospital, cheguei até onde foi possível” (E3)

O processo de busca de outra forma de assistir o parto foi motivado, também, pela necessidade de ter liberdade para exercer a função, considerada básica, de enfermeira obstétrica, que é ficar ao lado da mulher e poder defendê-la, valorizando sua própria potencialidade na hora do parto, e dar vazão ao processo fisiológico do mesmo.

A chegada à Casa caracterizou-se como “uma paixão à primeira vista”, pois imaginava-se que neste local seria possível a concretização dos sonhos tidos sobre a melhor forma de prestar assistência obstétrica. Implicava, também, vencer um desafio profissional.

“Fui a uma palestra sobre parto humanizado e lá surgiu o convite para trabalhar num hospital, e de lá, o convite para a Casa do parto. Pensei que bom este desafio, parecia um sonho!” (E5); “Fui convidada a trabalhar na Casa do parto, mas não aceitei. Não sei se foi temor... estava dividida, mas me atraía a idéia... Fui conhecer a Casa do parto e fiquei apaixonada” (E2)

Após a chegada, houve um processo de preparo preliminar das enfermeiras para o desenvolvimento do trabalho que abrangeu o âmbito do paradigma da assistência que nortearia o trabalho da Casa, como o aspecto técnico que incluía todas as orientações relativas ao processo de cuidar propriamente dito.

“Com a visita das parteiras do Japão, trocamos experiências e tivemos orientações sobre a atuação da enfermeira em várias situações: o que fazer com os acompanhantes, evitar medicações, não laquear rápido e deixar a criança com a mãe” (E1); “Tivemos curso de capacitação em neonatologia, de reanimação e todas as complicações em neonatologia” (E6); “Aqui é preciso estudar. O que não estudei antes, estudei aqui” (E6)

A satisfação com o trabalho

A satisfação em ser enfermeira da Casa é uma tônica de todas as narrativas, é produto de todo o investimento pessoal e grupal em torno de um objetivo comum, cujos frutos puderam visualizar. O orgulho do trabalho realizado, em relação ao qual existem muitas expectativas, e a constatação de que ele está produzindo grandes benefícios à gestante e sua família e à coletividade são razões para que as enfermeiras envolvam-se cada vez mais com a Casa.

Percebemos que as profissionais tomam para si a grande responsabilidade por tudo o que a Casa representa, sobretudo pelos possíveis reflexos positivos para o futuro

da enfermagem obstétrica, como categoria autônoma e importante para a sociedade num sentido restrito à profissão e à própria assistência obstétrica e no, sentido mais amplo, o impacto do trabalho desenvolvido em curto, médio e longo prazos.

Todos estes significados simbólicos, que indicam maior consistência, associados aos resultados práticos demonstrados em seus relatórios de atividades são razões para a grande satisfação e contentamento das enfermeiras obstétricas com seu trabalho.

“Nosso trabalho é de muita responsabilidade, porém, muito gratificante. Temos o prazer em trabalhar ao ver que as coisas estão caminhando bem” (E1)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar uma retrospectiva dos motivos que levaram as enfermeiras obstétricas a se inserirem naquela Casa com o intuito de atuar nela, é possível constatar que elas tentam colocar em prática uma modalidade de práxis⁽¹⁰⁾, visando, fundamentalmente, a transformar a realidade da assistência ao parto até então predominante neste País.

O desejo dessa transformação originou-se da inquietação que essas profissionais tinham em relação às práticas intervencionistas e ao desrespeito à fisiologia, comuns na assistência ao parto fundamentado no modelo biomédico. Segundo a experiência delas, esse modelo acarretava pouco envolvimento com a gestante no decurso da assistência e resultava num cuidado despersonalizado. Esses fatos causavam-lhes muito incômodo, porém pouco podiam fazer para transformar essa realidade no contexto institucional em que estavam inseridas, pois deviam submeter-se às normas e rotinas vigentes e, sobretudo, à hegemonia do modelo médico de assistência.

Nessa conjuntura, o convívio com essa assistência obstétrica e o seu desenvolvimento causavam muitos conflitos e esse conjunto de fatores desestimulava a continuidade do trabalho no contexto hospitalar. São fatos que levaram essas profissionais à convergirem em direção a Casa. Nesse local, tiveram condições para transformar suas práticas e prestar assistência baseada em um novo paradigma assistencial que, entre outros aspectos, possibilitava-lhes ficar ao lado das parturientes e exercer o verdadeiro “obstare” que originou o atual termo obstetrícia. Atualmente, sentem-se satisfeitas com a opção feita e em relação ao trabalho que desenvolvem com as gestantes e respectivos familiares que procuram assistência naquela Casa.

Avalia-se que essas profissionais são dignas de louvor por parte da categoria de enfermagem obstétrica em razão da coragem e determinação na conquista de um grande desafio dessa profissão. Além disso, estão contribuindo de forma significativa para a visibilidade desta profissional nos cenários social e político da assistência ao parto, o que é muito recomendado⁽¹¹⁾ e deve fazer parte das metas que todos os profissionais que realizam uma práxis comprometida com a realidade vivida, devem buscar para sua transformação.⁽¹⁰⁾

As enfermeiras obstétricas brasileiras devem conscientizar-se do fato de esta categoria profissional encontrar-se atualmente em um momento histórico importante, como classe e também no âmbito da assistência obstétrica. Existe uma demanda clara, em termos de assistência ao parto

dentro da política de assistência obstétrica no Brasil, e as expectativas dos formuladores dessa política são relativas à correspondência adequada à demanda atual e futura no que se refere à qualidade e à quantidade de profissionais para o cumprimento pleno de seu papel. Isso pôde ser constatado nas entrelinhas das narrativas das profissionais que iniciaram a prestação de assistência na Casa.

Há, portanto, necessidade de uma política de formação de recursos humanos em nível nacional para o atendimento desta demanda que se projeta para futuro próximo. A enfermagem obstétrica brasileira tem diante de si um grande desafio a ser enfrentado e vencido. Cremos que o objeto do trabalho da enfermagem obstétrica é algo de que é possível orgulhar-se. Um trabalho em que se luta por um ideal que se mostra como sendo universal – a saúde e o bem-estar da gestante e sua família e, conseqüentemente, a vida e saúde das futuras gerações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rattner D. Humanizando o nascimento e parto: o workshop. In: Síntese do Seminário Estadual “Qualidade da Assistência ao Parto: Contribuições da Enfermagem”; 1998 maio 14-15; Curitiba, Brasil. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Paraná; 1998. p.24-7.
2. Sepúlveda MAC. A casa de parto de Sapopemba. [Acesso em: 28 Jun 2000]. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/sapopemba.htm>>
3. Bom Meihy JCS. Manual de história oral. 2ª. ed. São Paulo: Loyola; 1998.
4. Fontana A, Frey JH. Interviewing: the art of science. In: Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage; 1994. p.361-76.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 out 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Mundo Saúde 1996; 21: 52-61.
6. Janesick VJ. The dance of qualitative research design: metaphor, methodolatry, and meaning. In: Denzin NK, Lincoln YS. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks: Sage; 1998. p.35-55.
7. Guba EG, Lincoln YS. Naturalistic solutions to methodological problems. In: Guba EG, Lincoln YS, editors. Effective evaluation. 6th ed. San Francisco: Jossey Bass; 1988. p.85-127.
8. Morse JM. Designing funded qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks: Sage; 1998. p.56-85.
9. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park: Sage; 1990.
10. Bordieu P. El sentido práctico. Madrid: Taurus Humanidades; 1991.
11. Gordon S. Nursing’s public image: making the invisible profession visible. In: Sullivan EJ. Creating nursing’s future: issues, opportunities, and challenges. Mosby: Saint Louis; 1999. p.58-66.

O MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL – VISÃO DE FAMILIARES

MENTAL HEALTH CARE – THE VIEW OF FAMILY MEMBERS

EL MODELO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL - VISIÓN DE FAMILIARES

Paula Cambraia de Mendonça Vianna¹

Sônia Barros²

Annette Souza Silva Martins da Costa³

RESUMO

Este estudo tem como objetivo compreender, na visão dos familiares, o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. Os cenários utilizados foram a Associação Franco Basaglia (AFB) de São Paulo e a Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM) do Rio de Janeiro. A coleta de dados constou de consulta aos documentos relativos à criação e organização das duas associações e entrevistas semi-estruturadas. Foram realizadas dez entrevistas com familiares que ocupam cargos de direção nas Associações. A investigação revelou que, para os familiares da AFDM, a dificuldade na convivência com a doença, a descrença no atendimento prestado pelos novos serviços, a certeza de que o Estado não vem desempenhando o seu papel na assistência à saúde da população são exacerbadas pela possibilidade de fechamento dos hospitais psiquiátricos. Para os familiares da AFB, a sobrecarga do cuidado é amainada pela certeza da parceria com os serviços e profissionais na assistência prestada ao doente mental. A superação dar-se-á a partir da construção e do desenvolvimento de um trabalho realizado pelo Estado, pelos serviços, pelas instituições formadoras e pelos profissionais de saúde, voltado para a realidade social e histórica vivida pelas famílias na assistência prestada ao doente mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Psiquiatria Social; Prestação de Cuidados de Saúde; Família

ABSTRACT

The objective of this study is to understand the process of restructuring psychiatric care in Brazil from the point of view of family members. The settings used in this study were the Associação Franco Basaglia (in São Paulo) and the Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM - in Rio de Janeiro). Data collection included the analysis of documents about the creation and organization of both associations and semi-structured interviews. There were ten interviews with relatives who were also members of the board of the Associations. The investigation showed that, for the family members of AFDM, besides the difficulty in living near the mental patients, the lack of trust in the assistance provided by our services, and the fact that the State does not do its role in providing health care to the population, there is also the possibility of closure of the local psychiatric hospitals. For the families of AFB, the burden of caring for their mental patients is mitigated by the partnership with the services and professionals who give assistance to the mental patients. The problem may be solved by the construction and development of State services and institutions, training centers and health professionals, focusing on the social and historical context faced by the families of mental patients.

Key words: Mental Health; Community Psychiatry; Delivery of Health Care; Family

RESUMEN

El objetivo de este estudio es entender, desde el punto de vista de los familiares, el proceso de reestructuración de la asistencia psiquiátrica en Brasil. Los escenarios utilizados fueron la Asociación Franco Basaglia (SP) y la Asociación de Amigos, Familiares y Enfermos Mentales de Brasil (RJ). La colecta de datos incluyó búsqueda en documentos de la fundación y organización de ambas asociaciones y entrevistas semiabiertas. Se realizaron diez entrevistas con familiares a cargo de la dirección de las Asociaciones. La investigación ha revelado que, para los familiares de la AFDM, la dificultad en convivir con la enfermedad yace en la falta de confianza en la atención que ofrecen los servicios y que la convicción de que el Estado no ejerce bien su papel en cuanto a atención a la salud de la población aumenta con la posibilidad de que cierren los hospitales psiquiátricos. Para los familiares de la AFB la sobrecarga de cuidado se atenúa con la seguridad de una alianza entre los servicios y profesionales en la asistencia brindada al enfermo mental. La superación tendrá lugar con la construcción y desarrollo de un trabajo entre el Estado, los servicios, las instituciones de formación y los profesionales de salud, orientado a la realidad social e histórica vivida por las familias en la asistencia al enfermo mental.

Palabras clave: Salud Mental; Psiquiatría Comunitaria; Prestación de Atención de Salud; Familia

¹ Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem/UFGM.

² Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem/USP.

³ Doutoranda em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem/UFGM.

Endereço para correspondência: Av. Alfredo Balena, 190, sala 600 - Belo Horizonte/MG - CEP 30130-100 - E-mail: paulacambraia@bol.com.br

I. INTRODUÇÃO

Todo modelo de atenção em saúde mental estabelece intermediações entre o aspecto técnico e o político e nele devem estar presentes os interesses e as necessidades da sociedade, o saber técnico, as diretrizes políticas e os modos de gestão dos sistemas públicos. Isso implica um processo de contínua criatividade, voltado para as necessidades mutáveis dos usuários, para as características sociorregionais e para o oferecimento dos serviços.⁽¹⁾ Para Merhy⁽²⁾, “ao se falar de modelo assistencial, estamos falando tanto da organização da produção de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais”.^(2: 84)

É através da definição de um modelo assistencial que elaboramos as ações de saúde a serem desenvolvidas, delimitamos o seu universo de atendimento, traçamos o perfil dos profissionais e os objetivos a serem alcançados. O modelo é, portanto, a mola mestra para a organização e o direcionamento das práticas em saúde.

A atual Reforma Psiquiátrica vem-se contrapor ao modelo hegemônico de assistência, centrado no hospital psiquiátrico e na exclusão social do doente mental. “A mudança no discurso oficial não representa por si qualquer modificação na realidade concreta das instituições psiquiátricas, mas já aponta uma tendência de reformulação do modelo, uma vez que vem sendo acompanhada de reais transformações do aparato institucional, nem sempre patrocinadas explicitamente pelo Estado”.^(3:172)

Até alguns anos atrás, a voz das famílias e dos usuários era calada por um movimento opressor dos técnicos e das instituições hospitalares, que definiam a exclusão social do louco. Com a Reforma Psiquiátrica, surgem novos protagonistas no movimento: os usuários e familiares. “Com esse novo protagonismo, delinea-se, efetivamente, um novo momento no cenário da saúde mental brasileira. O louco/doente mental deixa de ser simples objeto da intervenção psiquiátrica para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevisíveis no teclado psiquiátrico ou nas iniciativas do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM”.^(4:130)

A partir das novas propostas assistenciais da Reforma Psiquiátrica, as famílias organizam-se em associações de familiares e/ou usuários dos serviços de saúde mental. Segundo Sommer, citado por Lougon e Andrade⁽⁵⁾, “o movimento de familiares de doentes mentais surge nos EUA como uma resposta à política de desinstitucionalização, na medida em que esta devolve às famílias a maioria dos cuidados com seus membros doentes... Uma segunda causa do surgimento do movimento envolve a necessidade de retirar a culpa e o estigma lançados sobre as famílias pelas teorias sociogenéticas”.^(5:515) No Brasil, as associações surgem no bojo da Reforma Psiquiátrica e se organizam contra ou a favor das propostas preconizadas por esse movimento.

A organização dos familiares e usuários dentro dessas associações fez com que o movimento da Reforma Psiquiátrica introduzisse atores importantes nas suas discussões sobre a assistência prestada ao doente mental. Se algumas dessas associações assumem as discussões

sobre as propostas da Reforma Psiquiátrica, buscando resgatar o direito tolhido ao louco sobre a vida e a liberdade, outras lutam para que seja mantido o modelo hospitalocêntrico de assistência.

Buscamos, neste estudo, compreender, na visão dos familiares inseridos em Associações de familiares de serviços de saúde mental, o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo foi realizado em duas associações de familiares dos serviços de saúde mental. A Associação Franco Basaglia (AFB), localizada em São Paulo, posiciona-se favoravelmente às propostas preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, enquanto a Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM), localizada no Rio de Janeiro, luta não só pela manutenção do modelo hospitalocêntrico de atendimento, bem como pela criação de outras formas de tratamento como hospitais-dia, centros de referência etc.

Foram realizadas dez entrevistas semi-estruturadas com familiares que ocupam cargos de direção nas Associações, visto que eles detêm a história oral das mesmas, seus objetivos e sua organização.

De acordo com os dados socioeconômicos levantados, podemos inferir o seguinte perfil dos familiares entrevistados: a maioria é do sexo feminino, em geral a mãe, com idade variando entre os 50 e 70 anos, casada, com grau de instrução oscilando entre o médio e o superior, renda familiar entre 10 e 20 salários mínimos, residente em casa própria com até três moradores.

Gostaríamos de salientar que os dados acima citados foram inseridos no estudo apenas com o objetivo de traçar o perfil dos sujeitos participantes da pesquisa. Por se configurar como uma amostra muito pequena, não pudemos fazer uma interpretação que se baseasse nos dados estaduais e nacionais fornecidos pelo IBGE, analisando-os em termos de Brasil. Além disso, não foram detectadas evidências que apontem a interferência dessas variáveis na escolha e inserção dos familiares em uma ou outra associação estudada.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, foi analisado sob o aspecto ético-legal e, atendendo às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi, portanto, aprovado.

Para a realização das entrevistas, os familiares assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias: uma lhes foi entregue e a outra, arquivada pela pesquisadora. Foi, também, esclarecido que as informações emitidas durante a entrevista seriam tratadas sigilosamente, assegurando o anonimato dos informantes, de acordo com os princípios éticos da pesquisa científica.

Na construção das categorias empíricas, foi utilizada a técnica de análise de discursos, a partir da apreensão dos temas contidos nos discursos dos entrevistados.

3. DESENVOLVIMENTO

O modelo assistencial hegemônico em saúde mental é centrado no hospital psiquiátrico, apesar de a Reforma Psiquiátrica atual objetivar a transformação desse modelo,

buscando a implantação de uma rede comunitária de atenção em saúde mental.

Na época da criação do asilo, buscou-se transferir o cuidado aos doentes mentais dos hospitais gerais para essas instituições, saneando a cidade e excluindo aqueles incapazes de participar do processo capitalista vigente. A criação do asilo teve como funções essenciais o tratamento médico, que reorganizaria o louco (sujeito da razão), a proteção aos loucos pobres e à sociedade.

Dessa maneira, o hospício traz para dentro de si as contradições e as desigualdades de uma sociedade que busca a uniformização do social, um ideal de normalidade para sobreviver. Basaglia⁽⁶⁾ afirma que “se a psiquiatria desempenhou um papel no processo de exclusão do ‘doente mental’ quando forneceu a confirmação científica para a incompreensibilidade de seus sintomas, ela deve ser vista também como a expressão de um sistema que sempre acreditou negar e anular as próprias contradições, afastando-as de si e refutando sua dialética, na tentativa de reconhecer-se ideologicamente como uma sociedade sem contradições”.^(6:124) É como se duas sociedades diferentes coexistissem lado a lado, escondendo as diferenças e contradições uma da outra: “À sombra da cidade burguesa nasce essa estranha república do bem imposta pela força a todos os suspeitos de pertencer ao mal”.^(7:73)

Goffman⁽⁸⁾ define uma instituição total como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.^(8:11) São características dessas instituições: o planejamento racional e consciente que atenda aos objetivos da instituição; a separação física e psíquica do internado em relação ao mundo exterior; a ruptura com os papéis anteriormente desempenhados pelo internado; a restrição na transmissão de informações pela equipe dirigente; a grande distância social entre internados e dirigentes; a renúncia do internado à sua vontade em favor dos interesses da instituição e, sobretudo, a detenção do poder pela equipe dirigente. Podemos citar como instituições totais os manicômios, os asilos, os campos de concentração, as prisões e os conventos.⁽⁸⁾

Nessas instituições, o sujeito é despido das concepções existentes no mundo exterior, no seu mundo doméstico. Passa a existir o mundo institucional com suas leis, normas, seus privilégios e castigos.

A admissão em uma instituição total é marcada por uma grande mutilação do sujeito. Despojado de seus bens, de suas vestes e de sua identidade, o internado passa a ser mais um no meio de tantos outros e aprende a conviver com um anonimato forçado, que lhe tira a voz e o poder de decisão. Daí para frente, seu destino será traçado pelos dirigentes da instituição, sem nenhuma preocupação com a singularidade de cada um, pois existe, nas instituições totais, uma norma racional única.

A intimidade do internado é freqüentemente violada pela presença do outro, pois ele nunca está completamente sozinho, está sempre em posição de ser visto por alguém. Os quartos e banheiros que não se trancam, o uniforme que marca o poder institucional sobre a pessoa, a impossibilidade de se estar só, o compartilhamento de um espaço

com pessoas nunca antes vistas são exemplos da violação da liberdade e da autonomia do internado. É como se a instituição fosse “um enorme receptáculo cheio de um certo número de corpos impossibilitados de se viverem e que estão ali à espera de que alguém os tome e lhes dê vida à sua maneira: na esquizofrenia, na psicose maniaco-depressiva ou na histeria. Definitivamente coisificados...”.^(6:122)

As atividades mais corriqueiras como o barbear-se, o ir ao banheiro, a liberdade de ir e vir, o uso de talheres para se alimentar são restritas ao poder de outras pessoas, que podem ou não lhe fornecer os instrumentos necessários para a realização dessas atividades. A vida do internado é norteadada por uma sanção vinda de cima e, dessa maneira, violenta-se a autonomia do ato.

“Eu não me aventuro a ficar aí querendo fazer análise, pontos de vista técnicos, filosóficos, nada disso. Eu falo do banheiro, da privada, do banho frio, da violência do atendente mal preparado, do eletrochoque, daquela roupa que eles amarram o cara naquela roupa. Falo da sedação, falo da prepotência do conhecimento, da prepotência que, às vezes, o psiquiatra tem dentro do hospício. É dessas coisas que eu falo e eu não estou falando não é porque eu li não. Eu estou falando porque eu vivi isto com uma pessoa que é a coisa mais importante da minha vida” (AFB).

O tempo institucional “tem um significado diferente do tempo aqui fora. O relógio do tempo interno são as tarefas da enfermagem, a alimentação, as restrições e as permissões”.^(9:129) O tempo, portanto, é organizado para atender às necessidades da instituição e não as do doente. A rotina organizada possibilita que a equipe dirigente tenha total controle da instituição e não venha a se sentir ameaçada pelos “incidentes” que possam surgir. É o poder de mando do opressor sobre o oprimido, entendido pelo internado como atos de bondade e caridade para com a sua pessoa. “Antes de ser um doente mental, ele é um homem sem poder social, econômico ou contratual: é uma mera presença negativa, forçada a ser aproblemática e contraditória com o objetivo de mascarar o caráter contraditório de nossa sociedade”.^(6:113)

Mantém-se um policiamento contínuo sobre as emoções e os desejos que não podem ser ditos e nem vividos. No mundo institucional, anestesia-se o afeto, pois ele desafia a norma. “Essa perspectiva, a da repressão, a da falsa neutralidade, leva à fantasia de que a loucura como desrazão transforma o desejo de todos em desvio”.^(9:133)

Para os familiares da AFB, o hospital representa um espaço de exclusão e aprisionamento do doente mental. Lugar marcado pela violência, pela contenção, pela prepotência do conhecimento e pela perda de habilidades. O tratamento prestado e o funcionamento do hospital geram desconforto na família e representam uma experiência negativa na vida do familiar.

“Eu fiquei incomodado quando vi o hospício do lado de dentro, quando eu adentrei aquele lugar, aquele espaço que segrega e aprisiona as pessoas e vi meu filho completamente dopado, completamente impregnado. Perdeu todas as habilidades. Ele não conseguia nem abotoar o botão daquele uniforme estigmatizador do hospital, ele sujo, os pés sujos. Foi me incomodando profundamente e eu comecei quase desesperadamente procurar saber o que é isso, porque é daquele jeito” (AFB).

“Eu acho que ele foi internado três vezes (...) têm umas coisas que eu quero apagar da minha vida” (AFB).

Mas a realidade dos hospitais psiquiátricos é ainda a única realidade plausível para os familiares da AFDM.

“Eu não sou contra a reforma, a AFDM do Brasil não é contra a reforma, em absoluto. Eu acho que a reforma tem de existir sim, mas a reforma tem de ser feita com critério. Não da forma que realmente vem sendo feita. Botando os doentes mentais na rua” (AFDM).

“As coisas estão complicando, não se encontra lugar algum para internar paciente. Você anda, anda, anda e tem família que não tem recurso algum” (AFDM).

“Eu tenho convênio. Agora, eu imagino estas pobres coitadas que não têm, não sabem às vezes nem falar direito, não sabem onde ir, não sabem se articular e estão na dependência do serviço público” (AFDM).

“Manda perguntar este povo quantas vezes eles subiram morro para buscar doente mental. São todos de ar condicionado, de gabinete, com teorias do exterior que não deram certo lá na Itália” (AFDM).

“O Brasil de verdade está aqui. O Brasil de verdade é uma mãe negra, pobre, desassistida, com um filho doente, que ela não consegue tratar em casa e que o governo nega tratamento para ele” (AFDM).

Apesar de afirmarem que se sentem preocupados com a permanência de seus familiares nos hospitais, julgam que essa é ainda a única forma de assistência em saúde mental existente no país que supre as necessidades da família e dos pacientes. A descrença nas políticas de saúde mental e nas novas formas de assistência, a falta de informações sobre o tratamento do doente mental, as precárias condições sociais e econômicas em que vivem esses familiares são fatores que dificultam a participação da família como um dos atores fundamentais para o sucesso da reforma.

Romper com a condição de mando, de anulação do sujeito, de obediência cega à instituição, de inferioridade é o que a Reforma Psiquiátrica atual propõe. Busca-se construir um novo pacto social, uma nova ética, que eleve o indivíduo à condição de sujeito, criando mecanismos que viabilizem o seu retorno à vida pública. Esse novo modelo assistencial pretende “modificar substancialmente a lógica assistencialista, a falta de autonomia e a dependência da prestação habitual de serviços sociais”.^(10:47) Centra-se na construção de uma cidadania possível para o louco e compromete-se com a liberdade como um de seus princípios, deparando-se com toda uma ordem de questões clínicas, políticas e sociais em sua trajetória.

Portanto “a ‘negação da instituição’ não é a negação da doença mental nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social”.^(11:44) Nesse contexto, podemos afirmar que a desconstrução do manicômio não pode ser realizada apenas na sua destruição física. Ela deve acontecer, sobretudo, em seu interior, junto aos profissionais de saúde e a clínica por eles exercida. “Uma ‘sociedade sem manicômios’ entendida simplesmente como sem ‘hospitais psiquiátricos’ poderia ainda assim permanecer fortemente

manicomial”.^(12:26) A desconstrução do manicômio implica, principalmente, a ruptura com os paradigmas que fundamentam a assistência psiquiátrica.

Corroborando essa afirmação, Rotelli⁽¹³⁾ afirma que “desconstruir o manicômio significa bem mais que o desmantelamento de sua estrutura física; significa o desmantelamento de toda a trama de saberes e práticas construída em torno do objeto doença mental, com a conseqüente re-construção da complexidade do fenômeno existência-sofrimento, que implica a invenção de novas, e sempre novas, formas de lidar com os objetos complexos”.^(13: 90)

Dessa maneira, as críticas ao modelo manicomial não podem se restringir ao manicômio como espaço físico, mas também devem levar em conta a ideologia psiquiátrica, senão se reproduzirá em outros cenários essa mesma ideologia. Para Gramsci⁽¹⁴⁾, “o início da elaboração crítica é a consciência daquilo que somos realmente, isto é, um ‘conhece-te a ti mesmo’ como produto do processo histórico até hoje desenvolvido, que deixou em ti uma infinidade de traços recebidos sem benefício no inventário”.^(14:12) Isso implica uma profunda reflexão sobre aquilo em que realmente acreditamos e se nos dispomos a (re) construir em nossa prática um novo modelo assistencial. O tratar “fora” exige mais dos técnicos, dos serviços de saúde, da família, de todos os atores envolvidos nesse processo. Exige, sobretudo, competência, disponibilidade e flexibilidade diante das necessidades do usuário, da família, da comunidade e dos serviços. Portanto “a ruptura da segregação manicomial não significa somente humanização do lugar desumano, mas interrupção da convivência entre técnicos e ideologia da razão burguesa, crise da cientificidade fundada sobre a normativa paterna e a violência do dominador”.^(15:66)

Para os familiares da AFB, o novo modelo de assistência centrado nos serviços substitutivos evita a cronificação, trazendo o doente à vida pública e criando condições para que o indivíduo possa viver fora do hospital.

“No momento em que entrei no CAPS junto com o meu filho, que eu descobri a Associação Franco Basaglia, comecei a participar das reuniões e, enfim, fui me envolvendo cada vez mais de forma completamente apaixonada e cada vez me convencendo mais que os lugares de tratar não são esses chamados hospitais psiquiátricos” (AFB).

“O CAPS foi uma surpresa maravilhosa pra mim. Porque o meu filho foi tratado durante 8 anos numa clínica semelhante, só que particular. Então, isto custou uma verdadeira fortuna. Quando eu cheguei ao lugar que o tratamento era tão bom quanto, e de graça, fornecido pelo governo, eu fiquei maravilhada” (AFB).

Os familiares da AFDM analisam o novo modelo assistencial, adotando uma ótica estritamente numérica, muito utilizada até então na assistência psiquiátrica. Em seus discursos, a relação numérica leito psiquiátrico/habitante é freqüentemente citada e, talvez, para eles, esse seja o único parâmetro disponível para inferir a qualidade da assistência prestada.

“Toda vez que eles fecham um hospital público, estão privatizando a saúde, pois fica mais na mão dos ricos, dos particulares. Quem é que se arreventa nesta história? Quem se arreventa nessa história é o pobre. Porque um hospital público não lhe custa nada, um hospital do SUS não lhe custa

nada, um hospital privado tem que ser pago, um hospital de plano de saúde tem que ser pago” (AFDM).

“Eu pergunto: onde estão os 33000 doentes que ocupavam os 33000 leitos nos últimos 10 anos? Onde estão esses doentes? estão sendo atendidos? Onde? em que condição? Onde estão os doentes que ocupavam esses leitos? Economizaram dinheiro, pra quê? Pra fazer o CAPS, pra fazer o NAPS. Precisamos de CAPS e NAPS? Precisamos sim. Sabem como é que eles devem ser? Segundo o presidente da Associação de Psiquiatria da Itália, deveria ser 1 para cada 30000/40000 habitantes. No Rio de Janeiro, deveríamos ter mais de 100, temos 10/12 para cinco milhões de habitantes. Cadê o Ministério da Saúde? Esses caras estão lá há 10 anos, o pessoal da luta antimanicomial. Estão dando conta do sistema? Cadê a humanização do sistema?” (AFDM).

Segundo Desviat⁽¹⁰⁾, alguns problemas têm dificultado o processo de desinstitucionalização do doente mental. Esses problemas variam em grau de dificuldade conforme os países e as regiões, mas podem ser considerados comuns ao movimento em todo o mundo. São eles:

– a insuficiência de recursos econômicos no desenvolvimento dos programas comunitários. A saída dos pacientes dos hospitais psiquiátricos não foi acompanhada por uma equivalente transferência de verbas para a criação dos serviços substitutivos que vem acontecendo em ritmo lento devido, sobretudo, à crise de financiamento do sistema de saúde. A desativação dos leitos hospitalares não se faz acompanhar de uma alocação eficiente de equipamentos extra-hospitalares.

– os programas de saúde mental comunitária não foram projetados para atender os pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos. Acreditou-se, no início da reforma, que a cronicidade desapareceria junto com os muros do hospício e com o tratamento na comunidade. Entretanto o que se observou foi a manutenção de um núcleo rígido, resistente aos programas de reabilitação e carente de um meio protegido de vida, que oscila entre um hospital de cuidados mínimos e uma moradia assistida.

– a sociedade não está preparada para receber os pacientes desinstitucionalizados. Verificamos que quase todos os esforços se voltam para a modificação do comportamento dos pacientes e poucos, para a modificação das crenças e preconceitos da sociedade em relação ao doente mental.

– a falta de planejamento e a inexistência de uma gestão unificada dos recursos públicos. É importante salientar que a Reforma Psiquiátrica brasileira não vai acontecer de forma semelhante em todas as regiões de um país com imensas desigualdades sociais, econômicas, culturais e profissionais. Com certeza, os serviços substitutivos estarão alocados, em maior quantidade, nas regiões mais ricas do país.

– a carência de serviços sociais e recursos alternativos que centrem suas ações nas necessidades mutáveis dos pacientes.

Segundo Campos⁽¹¹⁾, “os conservadores têm se aproveitado destas lacunas do projeto reformista para apontá-lo como pura ideologia, como incapaz de alterar o curso da doença mental e de não guardar nenhuma especificidade técnico-profissional. Ou seja, todas as reformas propostas para a saúde seriam apenas uma variante da atividade política, como se a negação que

fazemos do manicômio, do papel de controle social da clínica e da psiquiatria terminasse por negar a própria necessidade das práticas em saúde”.^(1:16)

Os familiares da AFDM apontam que a reforma propõe a negação da psiquiatria como ciência médica. A assistência em saúde mental seria, então, exercida pelos diversos profissionais da área, sem considerar uma especificidade técnica. Segundo Nogueira e Morgado⁽¹⁶⁾, “se é o médico quem responde pelo ato da internação, então, é porque este é um ato médico; no entanto, apesar de lhe atribuir a responsabilidade, retira-lhe o poder de decisão – mesmo que fundamentado em criteriosa avaliação clínica – e o transfere a outros profissionais que pouco ou quase nada sabem sobre doença mental”.^(16:624)

“Os psiquiatras estão sendo excluídos do processo do tratamento e, por causa disso, o Conselho Federal de Psicologia dá amplo apoio, não sei se por natureza ideológica ou se só por interesse, dá amplo apoio à luta antimanicomial e faz apologia da luta antimanicomial para que o tratamento seja enfatizado na área da psicologia” (AFDM).

“O pessoal da luta antimanicomial argumenta que é preciso extinguir os manicômios porque fazem parte do sistema capitalista. Nesses manicômios são internadas as pessoas diferentes, as pessoas que representam risco para o sistema capitalista. E que os psiquiatras, na verdade, são instrumentos desse sistema e ajudam, colocando os doentes internados para atender este sistema capitalista” (AFDM).

Entretanto Lobosque⁽¹⁷⁾ afirma que “os novos dispositivos desenham figuras sem centro. Por conseguinte, a psiquiatria não é substituída ali por uma outra disciplina; a posição central é que deixa de existir. Estes serviços se afirmam teoricamente por uma conjugação, um entrecruzamento de saberes diversos: a psicanálise, a psicofarmacologia, a nosologia da psiquiatria clássica, a saúde pública, a epidemiologia, as ciências políticas e sociais... O cruzamento interdisciplinar em que nos encontramos convida-nos a traçar rumos férteis de pesquisa e de trabalho – muito diversos daqueles de tantos estereotipados manuais que nos são oferecidos (...) Assim, se a luta antimanicomial surge em defesa da voz e da cidadania dos loucos, ela só pode defender também uma psiquiatria que recuse a banalização e aceite desafios. Uma psiquiatria que saiba distinguir sua importância verdadeira do seu apego aos privilégios de um poder”.^(17:93) O que a Reforma Psiquiátrica pretende, portanto, é diluir o poder da decisão sobre a loucura, centrado nas mãos do psiquiatra durante décadas, entre outros atores igualmente importantes para o processo da reforma, tais como os demais profissionais da área de saúde mental, os familiares e os usuários. O saber técnico de cada profissional deve ser respeitado, visto que o trabalho interdisciplinar enriquece e humaniza a assistência.

Para os familiares da AFDM, a reforma, como “ideologia”, nega a existência da doença mental e coloca os doentes mentais como seres diferentes. Essa postura inviabiliza qualquer tentativa de intervenção na assistência prestada a esse grupo populacional. Segundo esses familiares, a assistência em saúde mental é um processo de natureza ideológico, de luta contra o capitalismo. E como luta, são adotadas “estratégias de guerra” como a mentira, a propaganda e a calúnia a respeito das pessoas que se posicionam contra o movimento.

“Esse processo é ideológico e ele tem sido um processo ideológico de luta, de guerra. Ele admite a calúnia e a mentira. E ele admite a propaganda como estratégia” (AFDM).

“O compromisso deles é com a ideologia, não é com o doente mental. Esses caras, muitos deles sofreram repressão. Então, é tudo contra o capitalismo e o doente mental não tem nada nem contra nem a favor do capitalismo. Ele quer é ser bem tratado, ele tem o direito da cidadania dele” (AFDM).

A falta de recursos substitutivos suficientes para o atendimento em saúde mental, a crise do sistema de saúde, a inoperância dos técnicos em lidar com a loucura faz com que o hospital se mantenha “como um saco sem fundo, uma tentação permanente diante do incômodo ou da impotência técnica, uma lixeira para aquilo que ninguém quer, um recurso fácil na contratransferência das equipes profissionais ou na ignorância ou oportunismo. É um quarto escuro que perverte todas as reformas”.^(10,89)

“Como a maioria das pessoas costuma fazer, eu fui procurar o lugar que eu achava que era o lugar que se tratavam as pessoas adoçadas mentalmente. E onde é que eu fui? Eu fui num médico psiquiatra, conversei com ele e ele me disse que o meu filho estava em crise, muito mal, que ele precisaria ser internado e eu achei uma boa solução. Me senti até compensado. Que bom, vou internar meu filho” (AFB).

A reestruturação da assistência psiquiátrica impõe a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços. Nesse contexto, a transformação do modelo assistencial em saúde mental faz com que a forma do lidar prático e teórico sobre a desinstitucionalização assuma, segundo Amarante⁽¹⁸⁾, conceitos diferentes:

1. Como desospitalização – inspira-se no paradigma psiquiátrico tradicional, assumindo a validade de seus princípios e partindo do pressuposto de que a reforma implica a correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas, ou simples rearranjo e condução administrativa. A causa da falência do sistema psiquiátrico não estaria na psiquiatria, mas na má aplicação dela.

2. Como desassistência – significa abandonar os doentes à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com essas pessoas e familiares, seja por compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo.

3. Como desconstrução – estabelece estratégias mediadas, tais como a luta pela extinção/superação das instituições de violência, que traduzem um processo prático de construção de uma nova realidade em torno da realidade existente e da psiquiatria.

Para os familiares organizados na AFB, a desinstitucionalização traz o sentido de desconstrução e de reinvenção de novas formas de lidar com a loucura.

Em contrapartida, para a AFDM a reforma tem acontecido de forma demagógica e ideológica, gerando desassistência. Para esses familiares, existe uma preocupação mínima do Estado com o destino do doente e de seus familiares. Esse novo modelo de assistência coloca a família como a grande responsável pelo cuidado do doente mental sem oferecer os suportes emocionais, financeiros e assistenciais necessários para a manutenção do paciente fora da instituição psiquiátrica. A reforma,

segundo eles, não respeita o sofrimento das famílias, que são colocadas como “o carrasco” dos doentes.

“Quantos e quantos finais de semana eu perdi dentro dos hospitais psiquiátricos. Você acha que eu gostei disso? Você acha que eu tive prazer? Será que esses caras que falam que a família interna o seu doente para se ver livre dele, será que esses caras não têm consciência? Existe coisa mais chata e mais triste do que, num final de semana, você ir para um hospital psiquiátrico no meio de uma tarde? Existe coisa mais desgastante do que ir para uma emergência psiquiátrica levando um doente em crise? Essas pessoas não têm respeito nenhum pelos sofrimentos das famílias, não têm respeito nenhum. Porque essas pessoas se dão ao direito de não acreditar na existência deste sofrimento. E que nós, na realidade, somos carrascos dos nossos filhos” (AFDM).

O que percebemos, entre esses entrevistados, é que as famílias delegaram aos serviços de saúde a responsabilidade do cuidado com seus doentes, seja pelas internações frequentes ou pela estada em hospitais de longa permanência. Essa delegação do cuidado e a dificuldade em lidar com a loucura fora do hospital, entre outras coisas, apontam para um sistema de saúde que não vem atendendo às necessidades emocionais e assistenciais da família e de seu doente. Uma das reclamações mais frequentes desses familiares é em relação ao fato de a reforma ter colocado a família à margem de toda a discussão, não atentando para as experiências e dificuldades vividas por ela no convívio com o doente mental. Entretanto é importante salientar que essa condição de marginalidade parece surgir, principalmente, quando o doente está em seu domicílio e entra em crise. Quando ocorre a internação, “o estar à margem de” adquire um sentido menos pesado, uma vez que os familiares da AFDM não reivindicam uma participação expressiva da família no tratamento do paciente hospitalizado.

“Eu queria que as autoridades deste país ouvissem a família, porque têm uns que estão fazendo a psiquiatria com demagogia. Tem muitos adeptos no mundo e fica difícil a família ter uma convivência maior para dizer que não é isto que vocês estão pensando. Então, vamos ouvir a família, ver o que a família tem a dizer. Mas não, na hora que fazem as coisas, a família não é consultada. É da maneira que jogam e a família tem de aceitar” (AFDM).

De maneira oposta, os familiares da AFB, por compartilharem da mesma visão de mundo dos que se posicionam a favor da Reforma Psiquiátrica, sentem-se parte integrante de toda a discussão sobre as políticas de saúde mental que vêm acontecendo no país, através da participação nos Conselhos de Saúde. A grande diferença que marca a assistência desses familiares deve-se ao fato de a AFB estar inserida dentro de um CAPS, com todo o suporte técnico e emocional necessário à assistência, enquanto a AFDM não conta com o amparo direto de nenhuma instituição de saúde mental. Vemos, portanto, que é urgente a presença de um modelo assistencial que consiga direcionar as políticas de saúde mental para as necessidades da comunidade.

Deparamo-nos, então, com duas situações opostas. A primeira, vivida pela AFDM, aponta para a crise do sistema de saúde em que vivemos, com os familiares sentindo-se desamparados e sozinhos na assistência em saúde mental,

sem contar com parceiros importantes no cuidado ao doente mental. A segunda é pautada pela participação dos familiares na elaboração e implementação das políticas de saúde e no processo de cuidar. Em nenhum momento, os familiares da AFB apontam que o tratamento dispensado nos serviços substitutivos é perfeito, sem falhas. O que vale, realmente, para esses familiares, é a relação de parceria que se estabelece entre eles, os profissionais e o serviço.

A AFDM, segundo os familiares entrevistados, não luta somente pela permanência do hospital psiquiátrico no País como uma modalidade de tratamento, mas também pela criação de serviços complementares ao hospital que atendam à demanda pela assistência em saúde mental em nosso país. Para Macedo⁽¹⁹⁾, “os principais pontos de desacordo com a luta antimanicomial dizem respeito ao radicalismo com que eles encaram a questão dos leitos psiquiátricos e a forma romântica como concebem a doença mental”.^(19:3) Para essa autora, a necessidade de uma Reforma Psiquiátrica no país é o único ponto consensual entre a AFDM e a luta antimanicomial. Entretanto a associação não deseja uma reforma como a que está sendo feita atualmente e nem que se mantenha o modelo de atenção psiquiátrica prestado no país atualmente. O que os familiares filiados à AFDM desejam “é uma reforma que melhore a qualidade dos hospitais psiquiátricos, que repense a distribuição dos leitos, que desative os macro-hospitais, que implante unidades de emergência funcionando 24h todos os dias, que recrie o atendimento domiciliar e que amplie as modalidades assistenciais disponíveis, garantindo o acesso universal a todas as formas de tratamento. Mas isso só será aceito pelas famílias se for feito com serenidade e equilíbrio, com todas as garantias de que não ocorrerá desassistência”.^(19:4)

A aprovação da Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001⁽²⁰⁾ representa, para a AFDM, uma vitória dos familiares sobre o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, pois essa lei considera o hospital psiquiátrico como um local de tratamento.

“A lei Paulo Delgado foi desmembrada em dois substitutivos que eram do senador Lucídio Portela e do senador Lúcio Alcântara. Nós fomos para Brasília. Só que nós conseguimos ganhar no Senado por 18 a 4. Nós, familiares dos doentes mentais do Brasil, conseguimos ganhar de 18 a 4” (AFDM).

“A lei que foi aprovada tem o número 10216 e a única semelhança entre esta lei e o projeto de lei do deputado Paulo Delgado é que ambas estão redigidas na língua portuguesa. Se vocês se derem ao trabalho de comparar os textos, verão o seguinte. O projeto que foi aprovado é basicamente o substitutivo do senador Lucídio Portela, com pouquíssimas alterações introduzidas pelo senador Sebastião Rocha” (AFDM).

Concordamos que o texto aprovado pela Câmara guarda uma enorme distância do texto original, apresentado pelo deputado Paulo Delgado. A lei garante, essencialmente, os direitos aos doentes mentais. Mas o hospital descrito na lei tem características bastante diferentes da grande maioria dos hospitais psiquiátricos existentes no Brasil. A Lei 10.216⁽²⁰⁾, em seu artigo 4, exige que o tratamento em regime de internação seja estruturado de forma a oferecer assistência integral ao doente mental, devendo ser utilizado apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Em seu artigo 5, a lei determina que “o paciente

há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário”.⁽²⁰⁾ Não basta, portanto, manter o que se tem, pois a lei prioriza o tratamento comunitário e não faz menção à criação de novos leitos psiquiátricos.

Não resta dúvida de que o projeto do deputado Paulo Delgado trouxe à tona a discussão da assistência psiquiátrica prestada no país, provocando uma reflexão tanto entre os simpatizantes do movimento como entre os que não o aprovam. Esse projeto “intervém no modelo assistencial, imprimindo nela (na assistência) uma mudança pronunciada e radical de rumo”.^(21:81) Dessa maneira, “o debate da lei, com os riscos que uma legislação específica sempre acarreta, transcende a norma legal e propõe um modelo de atenção à saúde e um modelo de organização dos serviços socio-sanitários, daí sua relevância”.^(10:150)

Para os familiares da AFDM, a Reforma Psiquiátrica tem acontecido com base em portarias, sem a presença de uma lei que legitime o fechamento dos hospitais e justifique a mudança de rumo na assistência psiquiátrica. A reforma deveria, assim, ser considerada ilícita, visto que não encontra suporte legal para as modificações que vêm acontecendo.

“O pessoal da luta antimanicomial, que está no poder, está implantando na marra uma Reforma Psiquiátrica que não foi homologada por lei” (AFDM).

“Desde 89-90, por aí, estamos brigando em cima desta reforma que está sendo feita na base da portaria, administrativamente. Não é lei, é portaria” (AFDM).

Entretanto, em vários estados da federação (Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul), existem leis que fundamentam e legalizam as novas formas de intervenção em saúde mental, desde o ano de 1992. Em todas essas leis, está prevista a substituição progressiva do hospital psiquiátrico por outros serviços ou dispositivos assistenciais. Regulamentam também a criação dos centros de atenção diária, a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação da internação involuntária e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

A AFDM considera os familiares da AFB como “testas de ferro” da Reforma Psiquiátrica que, por reforçarem o modelo assistencial defendido por ela, têm condenado a maioria dos doentes mentais e as famílias à desassistência.

“É por causa de uns gatos pingados, que são testa de ferro da luta antimanicomial, em detrimento de uns poucos privilegiados, de uma casta psiquiátrica. Por causa destes poucos, quantos João-ninguém estão aí na rua?” (AFDM).

O caminho percorrido pelos familiares das duas associações aponta, contudo, semelhanças em seu percurso. O início da doença é o mesmo – os sintomas apresentados, o não saber como agir com o familiar, a quem procurar. Muita dor, muito sofrimento, muito desconhecimento sobre a doença. O hospital aparece como a única solução conhecida e possível. O que muda são as histórias de vida. No meio do caminho, as estradas

tomam rumos diferentes. Para os que se sentiram acolhidos nos serviços substitutivos, as propostas da reforma tornaram-se mais fáceis de serem assimiladas e defendidas. Para os outros familiares que não se sentiram amparados nestes serviços, ou não os procuraram, o hospital continua sendo a solução, mesmo que não seja a solução desejada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Várias são as críticas. Várias são as contradições. Duas associações que não compartilham da mesma visão de mundo. Enquanto a AFB apóia a atual política nacional de saúde mental, a AFDM é contrária às diretrizes que norteiam essa política e defende o modelo hospitalocêntrico como forma de tratamento para a doença mental.

A análise do discurso de familiares das duas associações pesquisadas revelou uma atuação bastante significativa desses atores sociais que representam forças necessárias no cenário atual da saúde mental.

A mudança de concepção no trato com a loucura, proposta pela reforma psiquiátrica, ensejou um posicionamento e uma organização dos familiares que culminaram em visões opostas que, na medida em que se consolidam, constituem elemento de força propulsora para o debate no campo da saúde mental.

Para além de ser simplesmente contra ou a favor das diretrizes que norteiam a reestruturação da assistência em saúde mental e da maneira como estão sendo conduzidas, pudemos constatar a legitimidade dessa oposição no sentido de que a luta de ambas as associações nasce das dificuldades advindas do convívio com o familiar portador de sofrimento psíquico. É importante reconhecer a vitalidade que isso representa no esforço de se evitarem mecanismos de exclusão social e fazer avançar a reforma psiquiátrica.

Sem dúvida, são muitos os impasses criados a partir de visões tão opostas. A realidade histórica e social vivida pelas famílias na assistência prestada ao doente mental há que ser considerada, portanto, na formulação de políticas públicas, atendendo, inclusive a uma das recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental que é a de reconhecer e valorizar a experiência de familiares e usuários, garantindo a integração e o diálogo com os saberes populares.

Consideramos essencial, neste momento, a definição e aceitação, por parte das famílias, de um modelo assistencial que cuide dos direitos fundamentais do usuário e da família e que permita a convivência dos métodos terapêuticos com a cidadania e a liberdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos GWS. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde Deb* 1992; (37): 16-9.
2. Merhy EE, Cecílio LCO, Nogueira RC. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde mental em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde Deb* 1991; (33): 83-9.
3. Delgado PGG. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos). In: Tundis SH, Costa NR, organizadores. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1990. cap. 5, p. 172-202.
4. Amarante P, organizador. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.
5. Lougou M, Andrade MS. O movimento dos usuários e trabalhadores em saúde mental: uma perspectiva histórica e internacional comparada. *J Bras Psiquiatr* 1995; (44): 515-8.
6. Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
7. Foucault M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva; 1978.
8. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1992.
9. Miranda CML. *O parentesco imaginário*. São Paulo: Cortez; 1994.
10. Desvati M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.
11. Rotelli F, Amarante P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Bezerra Júnior B, Amarante P, organizadores. *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992. cap. 2, p. 41-55.
12. Lobosque AM. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec; 1997.
13. Rotelli F. A instituição inventada. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Riso C. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-99.
14. Gramsci A. *Concepção dialética da história*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1987.
15. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá; 1999.
16. Nogueira AB, Morgado AF. Reforma Psiquiátrica brasileira: dois projetos de lei. *J Bras Psiquiatr* 1998; 47 (12): 619-25.
17. Lobosque AM. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.
18. Amarante P. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.
19. Macedo VGG. *AFDM: Brasil*. Rio de Janeiro; [s.d.]. /Mimeografado.
20. Brasil. Lei n. 10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.
21. Delgado PGG. Reforma Psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. *Saúde Deb* 1992; (36): 80-4.

RISCOS PARA O TRABALHADOR EM LAVANDERIAS HOSPITALARES

RISKS FOR WORKERS IN HOSPITAL LAUNDRIES

RIESGOS PARA LOS TRABAJADORES EN LAVANDEROS DE HOSPITALES

Solange Cervinho Bicalho Godoy¹
Ellen Midori Ribeiro dos Santos²
Natália de Cássia Horta²
Soraia Menezes Gontijo²
Alexandra Freire Vilela²

RESUMO

A lavanderia hospitalar representa grande importância no controle de infecções hospitalares, já que a roupa suja ou contaminada pode ser um veículo para disseminação de microrganismos. Pode ser uma fonte de contaminação para os profissionais envolvidos no processo de trabalho desse local, onde medidas de controle rigorosas devem ser direcionadas para a biossegurança. Foi realizada uma revisão de literatura desde 1995 até 2003 sobre lavanderia hospitalar, com a finalidade de descrever quais os agentes agressivos presentes nesse setor e que podem contribuir para o adoecimento do trabalhador. Estudos evidenciam que o setor de lavanderia hospitalar é responsável, em grande parte, pela ocorrência de acidentes de trabalho, abaixo somente dos postos de enfermagem. Compreende-se que o quesito primordial para a prevenção de doenças ocupacionais e de acidentes de trabalho é a conscientização, por parte dos administradores e dos trabalhadores, quanto à aplicação das normas de biossegurança.

Palavras-chave: Riscos Ocupacionais; Saúde Ocupacional; Lavanderia; Hospitais; Medidas de Segurança

ABSTRACT

Hospital laundries are very important in the control of hospital infection, since dirty or contaminated linen may become a channel disseminating microbes. They may be a source of contamination for the laundry workers, where strict control measures must be taken for biosecurity. A review of the literature from 1995 to 2003 on hospital laundries was carried out in order to describe which aggressive agents are present in this sector and which may contribute to worker illness. Studies have shown that hospital laundries are responsible in part for work accidents, second only to nursing posts. It is understood that the main requirement to prevent occupational diseases and work accidents is the awareness of administration and workers about the use of biosecurity norms.

Key words: Occupational Risk; Occupational Health; Laundering; Hospitals; Security Measures

RESUMEN

Los lavaderos de hospitales son sumamente importantes para el control de las infecciones hospitalarias. La ropa sucia o contaminada suele ser un vehículo para la diseminación de microorganismos y puede ser una fuente de contaminación para profesionales que trabajan o acceden a dicho local. Por tanto, en pro de la bioseguridad, es importante que haya rigurosas medidas de control. Con la finalidad de observar qué agentes agresivos están presentes en los lavaderos de hospitales, se efectuó una revisión de literatura comprendida entre 1995 y 2003. Se sabe que dichos agentes son en gran parte responsables de la incidencia de accidentes de trabajo, superados sólo por aquéllos de los puestos de enfermería. Se entiende que la condición principal para prevenir enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo es que tanto administradores como trabajadores tomen conciencia de la importancia de la aplicación de las normas de bioseguridad.

Palabras clave: Riesgos Laborales; Salud Ocupacional; Lavaderos; Hospitales; Medidas de Seguridad

¹ Enfermeira. Prof. Assistente do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG.

² Alunos do 5º período do curso de Graduação em Enfermagem da UFMG

Colaboradores: Cristina Beatriz Araújo, Flávia Maria Teixeira, Manuel João Mateus (Alunos do 5º período do curso de Graduação em Enfermagem da UFMG)

Endereço para correspondência: Rua Prof. Antonio Aleixo, 222 apto. 802- Tel. (31) 3248-9853 - Belo Horizonte/MG - E-mail: ange@enf.ufmg.br

I. INTRODUÇÃO

O hospital é caracterizado pela prestação da atenção terciária à saúde, possuindo como função básica a prestação de assistência a pessoas doentes. Sendo uma instituição que apresenta uma organização de alta complexidade, incorpora no seu trabalho ações direcionadas para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o atendimento e a recuperação de doentes. É uma empresa constituída por vários subsistemas, que são representados pelos diversos setores que a compõem, como laboratório, almoxarifado, raio X, lavanderia, entre outros. ^(1,2) Entre tantos subsistemas que o hospital apresenta, a lavanderia constitui parte importante desse complexo, sendo por isso escolhida como objeto deste estudo.

A lavanderia hospitalar é uma unidade funcional de apoio às atividades assistenciais, que tem a finalidade de coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar, fornecer e distribuir as roupas (consideram-se “roupas” todos os artigos têxteis enviados à lavanderia) em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação para todas as unidades do hospital. ^(3,4,5)

A lavanderia hospitalar tem grande importância no controle de infecções hospitalares, já que a roupa suja ou contaminada pode ser um veículo para disseminação de microrganismos. Mas, também, pode ser uma fonte de contaminação, principalmente para os profissionais envolvidos no processo de trabalho desse local, sendo necessário adotar medidas de controle rigorosas direcionadas para a biossegurança.

Biossegurança pode ser entendida como um conjunto de normas e procedimentos considerados seguros e adequados à manutenção da saúde do trabalhador em atividades de risco de aquisição de doenças profissionais. ⁽⁶⁾ A preconização das normas e procedimentos serve para proteger o trabalhador da área da saúde da exposição a agentes potencialmente infecciosos.

Em relação à localização, a lavanderia pode ser instalada em um edifício externo ao hospital, ou dentro deste. Deve-se preocupar com a disposição da lavanderia quando esta estiver dentro do hospital, afastando-a dos locais de cuidados aos pacientes, das áreas de preparo dos alimentos e da central de esterilização.

No aspecto funcional, a lavanderia é dividida em duas áreas. A área suja, onde as roupas são recebidas e lavadas e a área limpa, onde ocorre o manuseio da roupa lavada e sua distribuição. De acordo com Brasil ⁽⁷⁾, a comunicação entre essas duas áreas deve ser feita por meio de interfonos e visores, para impedir que a roupa limpa entre em contato direto com microrganismos presentes na roupa que ainda vai ser lavada.

Segundo Fernandes *et al.* ⁽⁸⁾, a área suja da lavanderia é considerada uma das áreas críticas hospitalares, pois apresenta maior risco de transmissão de infecções, tanto para os usuários como para os próprios trabalhadores desse setor. Na área limpa ocorre o processamento da roupa limpa, devendo ter um local adequado para armazenamento da roupa processada. Portanto, são necessários ambientes rigorosamente distintos para o processamento da roupa suja e da limpa, com ventilação adequada para que não haja mistura de ar das duas áreas, as quais devem ser separadas por barreira de contato

com visor, ou por pressão negativa na área suja, ou ainda por fluxo de ar da área limpa para a suja.

O ciclo de processamento das roupas na área suja ou contaminada consta basicamente de atividades como coleta, separação, pesagem e processo de lavagem. A coleta da roupa suja deve ocorrer de forma a minimizar a contaminação do ambiente e das pessoas que a manipulam. As roupas devem ser adequadamente acondicionadas em sacos de tecido ou de plástico. Nos sacos plásticos, são colocadas, principalmente aquelas contaminadas com sangue e fluidos corpóreos. Na área da separação, os sacos de roupas sujas devem ser divididos por grau de sujeira, tipo de tecido e cor. Essa operação deve ser realizada com o mínimo de agitação possível, evitando a contaminação das pessoas e do ar.

De acordo com Santos ⁽⁹⁾, a separação constitui atividade de maior risco para a aquisição das infecções ocupacionais. Após a separação, a roupa deve ser devidamente pesada em balança bem nivelada, para controle contábil e operacional da lavanderia. Em seguida, vem o processo de lavagem, que consiste na eliminação da sujeira fixada na roupa, deixando-a com aspecto agradável, níveis bacteriológicos reduzidos e confortável para uso.

O processo de lavagem reduz em até 99% o risco de contaminação biológica, por meio da ação mecânica da água, temperatura, alteração de pH e química dos alvejantes e amaciantes. ⁽⁸⁾

Na área limpa, considerada como setor de acabamento, desenvolvem-se as seguintes atividades: centrifugação, calandragem, secagem e estocagem. A centrifugação é a fase em que ocorre a eliminação da água. A calandragem é a fase em que se secam e passam, ao mesmo tempo, as peças de roupas. Ao final de todo o processo, as roupas deverão ser estocadas em locais próprios, preferencialmente em sala exclusiva, armários fechados e em local limpo, livre de poeira e umidade. Durante a execução do processamento das roupas na lavanderia, os trabalhadores inseridos nesse setor enfrentam problemas relacionados às condições ambientais de trabalho, como pouca iluminação, ruído indesejável e prolongado e sistema de ventilação ineficaz, os quais podem comprometer a saúde e segurança dos trabalhadores no exercício de suas atividades. ⁽⁵⁾

Entende-se que a lavanderia é um setor importante de uma instituição hospitalar, merecendo atenção especial em relação à biossegurança, pois é um local que apresenta grande potencial para acidentes de trabalho e desenvolvimento de doenças ocupacionais. Godoy ⁽¹⁾ observou que entre os vários setores pertencentes ao hospital, como a clínica médica (64,7%), clínica cirúrgica (60%), oftalmologia (37,6%), unidade de terapia intensiva (50,2%), a lavanderia apresentou um índice de licença de trabalhadores que receberam afastamento por motivo de doença. As doenças que apresentaram o maior percentual, em relação às licenças médicas adquiridas pelos trabalhadores foram, afecções dos aparelhos respiratório e digestivo, do sistema osteomuscular e transtornos mentais.

Em estudo realizado, constatou-se que, entre os trabalhadores que atuam na lavanderia, 74,2% eram constituídos por indivíduos de baixa escolaridade e

pouca qualificação, trabalhando em condições ambientais que oferecem riscos.⁽⁹⁾ As condições ambientais, de acordo com o Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾, estão relacionadas com o espaço físico onde o trabalhador desenvolve determinada atividade. Na lavanderia, o espaço físico pode sofrer interferências de fatores ambientais, os quais irão influenciar o trabalhador, diante da exposição ao ruído de máquinas, calor das calandras, umidade na área suja etc .

Os trabalhadores submetidos a condições insalubres de trabalho geralmente são menos qualificados, o que pode acarretar um absenteísmo crescente, por diversos motivos, entre eles, o sofrimento psíquico decorrente do trabalho.⁽¹¹⁾ Tal fato explica, segundo Godoy⁽¹⁾, por que os profissionais de nível superior adoecem menos, quando comparados com profissionais de nível médio. Os profissionais de nível superior têm acesso a maior número de informações, como por exemplo no que se refere aos fatores de riscos ambientais, além de não lidarem constantemente com sofrimento, dor e morte, apresentando em geral melhores condições socioeconômicas o que poderá facilitar o acesso aos meios preventivos.⁽¹¹⁾

Compreende-se que o absenteísmo-doença gera alto custo para a empresa e é um fenômeno de importância crescente, uma vez que implica custos diretos e indiretos, como a desorganização da equipe, alteração na qualidade do serviço prestado, sobrecarga de trabalho e problemas administrativos.^(1,11) Entendemos que as condições ambientais oferecidas para os trabalhadores na lavanderia favorecem o aumento do nível de absenteísmo, diante da constante exposição aos diversos riscos.

A literatura aponta que as lavanderias hospitalares apresentam múltiplos riscos ambientais, e Prochet⁽¹²⁾ adverte que o trabalho exercido neste local é muitas vezes negligenciado ou simplesmente não valorizado pelos administradores.

Dentre tantos riscos presentes no ambiente da lavanderia, destaca-se, de acordo com a literatura, o risco biológico. Este representa um importante problema nos hospitais tanto para o paciente como para os trabalhadores. A constante manipulação de roupas com sangue e outras secreções vindas de pacientes, representa um risco muito próximo para o trabalhador, principalmente no ambiente da lavanderia, onde as roupas sujas encontram-se misturadas contendo em alguns momentos materiais perfuro-cortantes contaminados.

Em relação à questão da exposição do trabalhador no ambiente da lavanderia, podem-se destacar também situações como insatisfação no trabalho, número excessivo de horas trabalhadas sem repouso, carga de trabalho, entre outras, que podem contribuir para o desgaste psíquico e o adocimento.

Diante desses fatos, sentiu-se a necessidade de recorrer à literatura, a fim de descrever quais os fatores de risco presentes na lavanderia que podem contribuir para o adocimento do trabalhador. Compreende-se que essa preocupação tem por finalidade chamar a atenção dos que trabalham nesse local quanto aos riscos a que estão expostos e com isso favorecer para que medidas técnico-administrativas sejam providenciadas a fim de melhorar as condições de trabalho, reduzindo assim os índices de absenteísmo-doença.

2. METODOLOGIA

O levantamento bibliográfico foi feito utilizando como fontes as bases de dados da Bireme e Medline/Pub.Med., as quais disponibilizam o acesso ao Comprehensive Medline e o Lilacs. Para a pesquisa foram utilizados unitermos como: Lavanderia (Laundry), Riscos (Risk), Trabalhadores (Labourer), Saúde (Health), Hospital (Hospital), Biossegurança (Biosafety) e Acidentes (Accident). Após levantamento bibliográfico, o material foi localizado com o apoio do sistema de automação da Biblioteca Baeta Vianna do Campus de Saúde da UFMG.

A identificação das referências bibliográficas foi desde 1995 até 2003, excluindo pesquisas realizadas em unidades primárias e secundárias de atenção à saúde e serviços industrializados, como lavanderias autônomas. De posse do material bibliográfico compilado, iniciou-se a leitura exploratória e fichamento bibliográfico a fim de facilitar o andamento do trabalho. Foi construído um fichário contemplando a lista de autores em ordem alfabética, assuntos, títulos e data de publicação.

Após essa fase, foi dado início a uma etapa de documentação, cujo momento, de acordo com Salomon⁽¹³⁾, permite coligar metodicamente o material que irá fornecer a solução ao problema estudado. Foram confeccionadas fichas-resumo contendo um cabeçalho e o resumo de exposição do autor, cujo texto é objeto de documentação do próprio trabalho.

As idéias-chave dos diversos autores foram anotadas, sendo organizadas por ordem de importância e prevalência, a fim de possibilitar uma análise crítica da documentação.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O hospital é um complexo que engloba vários serviços administrativos, lavanderia, manutenção, depósitos de produtos químicos, laboratório, centros cirúrgicos, entre outros.⁽¹⁴⁾

Na área de saúde existem várias atividades profissionais que favorecem a exposição a riscos ocupacionais sendo que o hospital é o principal ambiente de trabalho dos profissionais que atuam nessa área e concentra um maior número de riscos.⁽¹⁵⁾

Considera-se como risco uma ou mais condições de uma variável com potencial necessário para causar danos. Os riscos ocupacionais podem ser classificados em químicos, físicos, biológicos, mecânicos, psíquicos e fisiológicos.^(5,16) Tais riscos, considerados riscos ambientais, existem no ambiente de trabalho e são capazes de causar danos de acordo com sua natureza, concentração e/ou intensidade e tempo de exposição a que são submetidos os trabalhadores. O risco químico está relacionado às substâncias químicas utilizadas em hospitais com a finalidade de atuar como agentes de limpeza, desinfecção, esterilização; soluções medicamentosas e produtos de manutenção de equipamentos. O risco físico está associado ao calor, ruído, radiação ionizante e não ionizante, pressões anormais e má iluminação. O risco biológico ocorre intensivamente no ambiente hospitalar através dos agentes biológicos. O risco mecânico refere-se a situações que estão relacionadas com a carga física e a postura, considerando também a presença de fatores como o piso escorregadio e o transporte de cargas.⁽¹⁶⁾ O risco fisiológico refere-se a manipulação

de peso excessivo, movimentação de cargas, atividade em pé ou sentado, em grande parte da jornada de trabalho. No risco psíquico enquadra-se o estudo das tarefas cansativas, repetitivas e monótonas, acrescido também dos conflitos vivenciados com a organização do trabalho, considerando a pressão organizacional, a dificuldade nas relações interpessoais, sobrecarga de trabalho, entre outros fatores.⁽³⁾

Para Galafassi⁽¹⁷⁾, um dos mais modernos métodos utilizados na prevenção é a análise dos riscos, que descreve as causas dos mesmos e as maneiras de minimizá-los.

Os fatores de riscos por agentes biológico, físico e químico estão presentes na área hospitalar, caracterizando assim, a insalubridade e periculosidade em hospitais.⁽¹⁴⁾

Observa-se que na lavanderia, pode ser encontrada, a presença dos riscos psicossociais e ergonômicos como importantes causadores de agravos no ambiente de trabalho, uma vez que dificultam a relação do trabalhador com o modo operatório prescrito pela organização.

A lavanderia hospitalar faz parte do complexo hospitalar, servindo de apoio ao atendimento dos pacientes, uma vez que é responsável pelo processamento de roupas e distribuição destas em perfeitas condições de higiene e quantidade adequada às diversas unidades assistenciais do hospital.⁽⁸⁾

Para a execução do processamento das roupas na lavanderia, os trabalhadores enfrentam problemas que dizem respeito às condições ambientais que acarretam o comprometimento da sua saúde e segurança no ambiente de trabalho.

Em relação aos trabalhadores atuantes tanto na assistência aos pacientes, como nas áreas de limpeza e lavanderia hospitalar, o MINISTÉRIO DA SAÚDE⁽¹⁸⁾ orienta que as trocas de roupa sejam feitas com a menor agitação possível, a fim de evitar a dispersão de microrganismos no ar, oriundos especialmente de pacientes submetidos a isolamento respiratório, ou acometidos por doenças com lesões cutâneas suturadas, ou com infecções intestinais. O recolhimento deverá ser feito em sacos impermeáveis identificados e devidamente lacrados, para serem encaminhados para a lavanderia. A manipulação desses artigos deverá ser feita pelo trabalhador de acordo com as medidas de precauções universais recomendadas pelo *Center for Disease Control* - CDC.

A existência de riscos decorrentes do contato do trabalhador com microrganismos provenientes de secreções, excreções, roupas e campos contaminados, bem como a manipulação de material perfurocortante, lixo e dejetos resultantes dos procedimentos hospitalares servem para reforçar a importância dos trabalhadores de lavanderias hospitalares de se conscientizarem quanto à necessidade de mudança de hábitos, adotando medidas de controle de infecção, em face da exposição a infecções por hepatite B, *Cytomegalovirus* (CMV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), rubéola, meningite, difteria, doenças originadas pelo *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Salmonelae*, *Streptococcus*, *Pseudomonas*, entre outros.^(3,8)

Dessa forma, ressalta-se neste local o risco biológico por sua relevância em função da possibilidade de disseminação de microrganismos potencialmente patogênicos.

Segundo Lisboa⁽³⁾, as cargas biológicas expõem os funcionários a doenças transmissíveis agudas e crônicas,

parasitoses, reações tóxicas e alérgicas. O autor ressalta que os funcionários que coletam e separam roupas estão expostos a tal risco se não utilizarem equipamentos de proteção individual.

As variáveis para esse risco relacionam-se com o agente (virulência, toxicidade e via de infecção), o hospedeiro (idade, sexo, imunidade) e principalmente a atividade ocupacional no serviço de saúde.⁽¹⁵⁾

Rodrigues et al.⁽¹⁹⁾ citam que essas variáveis dificultam o estabelecimento de parâmetros de contaminação biológica pela não utilização de medidas de proteção individual e coletiva, pela existência de outros fatores determinantes e que interferem na contaminação, tais como resistência individual e patogenicidade do agente.

Praça e Grandi, citados por Rodrigues et al.⁽²⁰⁾ enfocam que são relevantes os riscos a que estão sujeitas as populações que atuam na lavanderia hospitalar, devido ao contato com sangue e fluidos corpóreos dos pacientes tratados no hospital.

Segundo Fernandes⁽⁸⁾, na lavanderia hospitalar, os riscos ocupacionais biológicos relacionam-se às atividades profissionais em que existe possibilidade de exposição da pele, olhos, membranas mucosas, ou contato parenteral (acidente com perfurocortante) com fluidos corpóreos potencialmente contaminados. É fundamental que se identifiquem as situações de risco em que os funcionários estão expostos, a partir de suas funções, tais como transporte, recebimento, classificação e lavagem da roupa suja, para que medidas específicas sejam padronizadas.

Gir⁽²¹⁾ percebeu que na prática profissional cotidiana depara-se, com certa frequência, com verbalizações de profissionais que expressam a subestimação do risco e das conseqüências dos acidentes com material perfurocortante.

Os maiores riscos não são trazidos pelo ferimento em si, mas principalmente pelos agentes biológicos veiculados pelo sangue e secreções corporais e que estão presentes nos objetos causadores do acidente.⁽²²⁾

Ainda considerando o risco biológico, os acidentes com perfurocortantes encontrados nos sacos de roupas são inevitáveis.⁽³⁾

Um plano de controle desse tipo de risco deve objetivar a redução do contato com agentes biológicos, principalmente o vírus da hepatite B e HIV, minimizando a manipulação da roupa contaminada, a fim de diminuir a exposição por contato tegumentar ou acidente perfurocortante. Assim, é importante a realização de campanhas educativas no hospital para que se descartem adequadamente materiais perfurocortantes, prevenindo sua chegada junto com a roupa, e de campanhas de vacinação contra hepatite B.⁽⁸⁾

O risco químico também se faz presente pela característica do serviço realizado no ambiente alvo deste estudo. Tais riscos podem desencadear irritação das vias aéreas superiores, dores de cabeça, náuseas, sonolência, convulsões e até morte como no caso de acidentes com nitrogênio e acetileno.

Uma substância é considerada tóxica quando provoca algum efeito adverso no organismo, podendo produzir lesões celulares, e os efeitos da exposição podem surgir inicial ou mesmo tardiamente.⁽¹⁵⁾

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos sobre riscos ocupacionais em estabelecimentos de saúde

registrou a presença de 179 substâncias, que fazem parte do trabalho hospitalar e que foram consideradas irritantes para a pele e os olhos. Desse grupo, em que foram usados, de formas variadas, líquidos, aerossóis, gases, poeira e vapores, destacaram-se 135 substâncias, que apresentavam características carcinogênicas, mutagênicas ou teratogênicas. ⁽¹⁴⁾

As cargas químicas contêm compostos que causam prejuízos à saúde do trabalhador, como alvejantes, desinfetantes, inseticidas, lâmpadas e limpadores especiais, medicamentos, solventes, detergentes, sabões desecrostantes, gases, poeiras e vapores.

O contato direto com as substâncias químicas pode causar irritação forte nas membranas mucosas do nariz, boca e olhos, incluindo também queixas de mal-estar. A dermatose nos serviços médicos representa mais da metade das doenças profissionais diagnosticadas. ^(3,14)

Dentre outros riscos que estão presentes em uma lavanderia hospitalar, destacam-se os riscos físicos. Entre os sinais e sintomas manifestados pela exposição ao risco físico, podem ser encontrados cansaço, irritação, dores de cabeça, perda auditiva em caso de ruídos acima dos níveis permitidos, alterações celulares, câncer e problemas visuais em presença de radiações, doenças do aparelho respiratório, quedas e doenças da pele por causa de umidade, taquicardia, choque térmico, perda de sais e cáibras devido a diferenças altas de temperatura.

Na lavanderia hospitalar, as cargas físicas correspondem às variações atmosféricas como calor, frio e pressão, ruído e vibrações, iluminação, umidade, vapores e choques. ⁽³⁾ Os ruídos podem acarretar além da perda auditiva, o desvio da atenção e falhas na comunicação o que favorece a ocorrência de acidentes. A umidade pode causar escorregões e quedas nesse ambiente, como também favorecer reações alérgicas.

Há uma necessidade de integração operacional e treinamento na lavanderia principalmente por ser esse um local onde as condições ambientais como monotonia (diminui a capacidade de percepção), desconforto (horas em pé), excesso de ruídos, tráfego constante de pessoas, iluminação precária, umidade, calor excessivo etc deixam muito a desejar. ⁽³⁾

Os agentes ergonômicos e psicossociais estão contemplados na legislação brasileira na Norma Regulamentadora de Ergonomia NR 17, a qual visa estabelecer parâmetros que permitem a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. ⁽²³⁾

A ergonomia hospitalar, segundo Godoy ⁽¹⁾, propõe estudar os postos de trabalho em relação às atividades ali realizadas, preocupando com a carga física, mental, afetiva, horários, turnos de trabalho e ambiente laboral. No entanto, percebe-se a contínua exposição do trabalhador da área hospitalar aos riscos ergonômicos, que podem ser encontrados em diversos ambientes.

O grande desafio da ergonomia é preservar a saúde mental dos trabalhadores pois a carga mental ocorre com uma intensidade cada vez maior, uma vez que a organização do trabalho passa pelo psíquico impondo modos de funcionamento de acordo com a exigência da tarefa.

Os fatores ambientais presentes na lavanderia, como

ruídos, iluminação inadequada, temperaturas muito altas ou baixas, podem certamente favorecer o aumento na incidência de transtornos mentais e comportamentais, segundo Volpi ⁽²⁴⁾, uma vez que prevalece o distanciamento entre o trabalho ideal e o trabalho real.

A condição e a organização de trabalho são mantidas por um controle empresarial sobre os trabalhadores incluindo ritmo, quantificação e pausa de trabalho, trazendo repercussões sobre a saúde mental dos trabalhadores e, com isso, sofrimento psíquico, doenças mentais e físicas.

A diminuição dos riscos de doenças ocupacionais só poderá ocorrer se houver modificação de equipamentos, mobiliários, alteração de algumas questões ante a organização em se tratando de pausas regulares e rodízio de tarefas na jornada de trabalho.

O trabalhador da lavanderia, quando comparado aos demais trabalhadores do hospital, exerce tarefas não qualificadas, tem baixo nível de escolaridade; suas tarefas são consideradas sujas e desprestigiadas e não há reconhecimento do valor do seu trabalho. ⁽¹⁵⁾

Esse trabalhador pode apresentar um quadro de insatisfação e desmotivação, uma vez que o seu trabalho é socialmente desvalorizado, pois lida diariamente com a sujeira. ⁽⁵⁾

A falta de interação do trabalhador com o ambiente de trabalho e/ou a presença dos riscos biológicos, físicos, químicos, mecânicos, fisiológicos e psíquicos conduzem o trabalhador a sofrer diversas insalubridades, uma vez que trabalha em um local psicologicamente insalubre, propenso a, stress, fadiga e baixa auto-estima. ^(3,5)

Nesse contexto, devem-se procurar novas formas de organização do trabalho, utilizando novas tecnologias e adotando estratégias que busquem a qualificação da força de trabalho, a fim de permitir que esse trabalhador consiga adaptar o trabalho aos seus desejos, tornando a relação homem-máquina mais tolerável e até mesmo favorável à saúde física e mental desse trabalhador.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de existirem poucos estudos voltados para o tema lavanderias hospitalares, conseguiu-se realizar uma análise e foram encontradas descrições de riscos ocupacionais, os quais apresentam-se diretamente relacionados com as condições ambientais e organizacionais oferecidas aos trabalhadores desse setor.

O trabalho executado nesse setor traduz uma concepção administrativa que não atende às aspirações do trabalhador, uma vez que não apresenta para este, um planejamento de vida que o incentive a querer alcançar um plano de carreira, com ganhos econômicos. O trabalhador é visto como um operário que atua em um local desprestigiado, onde prevalece a baixa escolaridade, falta de qualificação profissional e a baixa renda. Alguns são analfabetos, dependentes de drogas e alcoolismo, podendo-se perceber então a importância do papel social da empresa, que deveria buscar reintegrar esse indivíduo ao ambiente de trabalho de maneira satisfatória.

É nítida a falta de interação do indivíduo com o ambiente de trabalho, uma vez que ele sofre pela exposição diária a um local insalubre, que oferece uma carga de trabalho fatigante e estressante, desencadeando nos profissionais, cansaço, dores musculares, quadros hipertensivos, afecções

digestivas, tensão e alterações no sono. Esta situação faz com que ocorram baixa produtividade, acidentes de trabalho e o absenteísmo-doença.

Em relação à organização do serviço da lavanderia, no que diz respeito a localização, área física, emprego de máquinas e equipamentos e utilização dos equipamentos de proteção individual, considerando as medidas preconizadas pelo Ministério da Saúde, nota-se que há negligência, uma vez que as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho aparecem em grande parte dos estudos. O controle dos riscos baseia-se em conhecimentos diversos e envolve principalmente os de higiene e biossegurança do trabalho, educação, administração, engenharia e recursos legislativos.

Entende-se que o quesito primordial para a prevenção tanto de doenças ocupacionais quanto de acidentes de trabalho é a conscientização, por parte dos administradores e dos trabalhadores, quanto à aplicação das normas de biossegurança. A melhoria das condições de trabalho poderá ser alcançada com a aproximação entre o administrador e o trabalhador, por meio da qual, poderá ocorrer a redução de acidentes, a conscientização da prevenção de doenças ocupacionais e o aumento da qualidade e da produção do trabalho.

A instituição poderá promover treinamentos específicos em normas de biossegurança, uso correto de EPIs, no que diz respeito a higiene, conservação e rotina de troca, precauções padrões, prescritas pelo CDC, prevenção de acidentes perfurocortantes e outros riscos.

Compreende-se que o enfermeiro do trabalho seja o profissional que pode conseguir estabelecer, dentro de uma equipe multidisciplinar, a ligação do setor de lavanderia com a administração hospitalar, considerando que ele interage com o trabalhador, de forma global e individualizada, identificando problemas, planejando, prescrevendo, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo. As avaliações sistemáticas tanto do trabalhador, como das suas condições de vida e trabalho e a compreensão dos vários impactos manifestados na sua saúde, possibilitam à equipe estabelecer um nexo causal ou técnico entre a doença e a atividade atual ou pregressa do trabalhador. A promoção e a proteção da saúde do trabalhador só poderão ser alcançadas por meio de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e das condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador, bem como de ações que visem à organização e à prestação da assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Godoy SCB. Absenteísmo-doença entre funcionários de um hospital universitário [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2001.
2. Moura GMSS. O estudo da satisfação no trabalho e do clima organizacional como fatores contributivos para o ser saudável no trabalho da enfermagem. *Texto Context Enf* 1992; 2: 167-79.
3. Lisboa TC. Lavanderia hospitalar: reflexões sobre fatores motivacionais [dissertação]. São Paulo: Universidade Mackenzie; 1998.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Manual de lavanderia hospitalar. Brasília; 1986.

5. Torres S, Lisboa TC. Limpeza e higiene: lavanderia hospitalar. 2ª. ed. São Paulo: CLR Balieriro; 2001.
6. Queiroz MCB. Biossegurança. In: Oliveira AC, Albuquerque CP, Rocha LCM. Infecções hospitalares: abordagem, prevenção e controle. Rio de Janeiro: MEDSI; 1998. p.75-86.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Lavanderias de serviços de saúde. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2000.
8. Fernandes AT, Fernandes MOV, Soares MR. Lavanderia hospitalar. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p.1256-65.
9. Santos AAM. A Lavanderia e o controle das infecções hospitalares. In: Couto RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção hospitalar: epidemiologia e controle. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p.239-46.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília; 1994.
11. Alves M. Causas de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho [doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
12. Prochet TC. Lavanderia hospitalar: condições e riscos para o trabalhador. *Rev Nurs* 2000; 28: 32-4.
13. Salomon DV. Como fazer uma monografia. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
14. Proteção. Check-up na saúde. *Rev Proteção* 1996: 24-33.
15. Souza M. Controle de risco nos serviços de saúde. *Acta Paul Enf* 2000; 13: 197-202.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Segurança no ambiente hospitalar. Brasília: Departamento de Normas e Técnicas; 1995.
17. Galafassi MC. Medicina do trabalho: programa de controle médico de saúde ocupacional. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Manual de controle de infecção hospitalar. Brasília; 1987.
19. Rodrigues AB, Magalhães MB, Sales SM. A questão dos níveis da imunodeficiência humana e a autoproteção no trabalho. *Rev Bras Enf* 1995; 48: 272-85.
20. Praça, Grandi. A enfermeira obstétrica e a prevenção no risco ocupacional de contaminação pelo vírus HIV em centro obstétrico. *Rev Bras. de Enfermagem*. 1989; 42:101-05. *apud* Rodrigues AB, Magalhães MB, Sales SM. A questão dos níveis da imunodeficiência humana e a autoproteção no trabalho. *Rev Bras Enf* 1995; 48: 272-85.
21. Gir E, Costa FPP, Silva AM. A enfermagem frente a acidentes de trabalho com material potencialmente contaminado na era do HIV. *Rev Esc Enf USP* 1998; 32: 262-72.
22. Brandi S, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidentes de trabalho por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário da cidade de Campinas. *Rev Esc Enf USP* 1998; 32: 124-33.
23. Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria nº 3.214 de 8 de junho de 1978. Normas Regulamentadoras. In: Segurança e Medicina do Trabalho. 44ª ed. São Paulo: Atlas; 1999. NR 17. p.217-20.
24. Volpi S. Ergonomia como fator de qualidade de vida global. *Rev Cipa* 2003; 278: 48.

LITERATURA DE ENFERMAGEM SOBRE TRANSMISSÃO HETEROSSEXUAL DO HIV NO SÉCULO XX: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA ¹

HETEROSEXUAL HIV TRANSMISSION IN TWENTIETH CENTURY NURSING
LITERATURE: A QUALITATIVE APPROACH

LITERATURA DE ENFERMERÍA SOBRE TRANSMISIÓN HETEROSSEXUAL
DEL VIH EN EL SIGLO XX: UN ENFOQUE CUALITATIVO

Daniela Angelo de Lima²
Neide de Souza Praça³

RESUMO

O progressivo aumento dos casos de transmissão do HIV em mulheres motivou este estudo que teve como objetivo identificar as áreas temáticas abordadas nas publicações de enfermagem sobre transmissão heterossexual do HIV no período de 1980 a 2000. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa. Na análise, foram estudados 133 resumos de publicações, nacionais e internacionais, de trabalhos desenvolvidos por enfermeiros. Encontraram-se cinco áreas temáticas: aspectos epidemiológicos, conhecimento, percepção de risco, comportamento e prevenção. Concluiu-se que os enfermeiros, em 20 anos, preocuparam-se em conhecer as especificidades da transmissibilidade do HIV e realçaram a valorização das diversidades da clientela assistida para efetividade das ações.

Palavras-chave: HIV; Saúde da Mulher; Enfermagem; Aids

ABSTRACT

This work was motivated by the progressive increase of HIV transmission in women. The objectives are to identify the thematic areas addressed in nursing publications on HIV heterosexual transmission, published from 1980 to 2000. It is a qualitative bibliographical study based on data collected from 133 national and international abstracts by nurses. Five thematic areas were found: epidemiological aspects, knowledge, risk perception, behavior and prevention. It was concluded that, over 20 years, the nurses were interested in understanding the specific characteristics of HIV transmission, highlighting the importance of the diversity of clients in order to achieve effectiveness in the actions.

Key words: HIV; Women's Health; Nursing, AIDS

RESUMEN

El aumento progresivo de los casos de transmisión del VIH en mujeres motivó este estudio cuyo objetivo fue identificar los campos temáticos enfocados en las publicaciones de enfermería sobre transmisión heterossexual del VIH entre 1980 y 2000. Se trata de una investigación bibliográfica con enfoque cualitativo. Para el análisis fueron estudiados 133 resúmenes de publicaciones nacionales e internacionales de enfermeros. Se encontraron cinco áreas temáticas: aspectos epidemiológicos, conocimiento, percepción de riesgo, comportamiento y prevención. Se concluyó que en los 20 años estudiados los enfermeros se preocuparon por conocer las especificidades de la transmisibilidad del VIH por la vía heterossexual realizando la valoración de las diversidades de la clientela para obtener efectividad en las acciones.

¹ Extraído da Monografia de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 2002.

² Enfermeira Obstétrica. Hospital e Maternidade São Camilo. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

³ Enfermeira Obstétrica. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César - São Paulo/SP - CEP 05403-000 - Telefone: (11) 3066-7602
E-mail: ndspraca@usp.br

I. INTRODUÇÃO

A história da epidemia de AIDS mostra que, no ano de 1983, surgiu um novo dado sobre a abrangência da doença: as crianças, filhas de mulheres com vida sexual promíscua ou usuárias de drogas endovenosas, estavam sendo atendidas nos hospitais com as mesmas manifestações clínicas identificadas nos adultos, homossexuais e hemofílicos. A doença deixava, então, de ser conhecida como exclusiva do gênero masculino para passar a ser identificada também entre mulheres que a transmitiam a seus filhos.⁽¹⁾

No início dos anos 90, resultados de estudos mostravam contágio por via heterossexual em países industrializados e que sugeriam um crescimento de transmissão por essa via. Com base nesses estudos, previa-se um aumento progressivo do número de mulheres infectadas pelo HIV, em nível global.⁽²⁾

Ainda em meados da década passada, esboçava-se preocupação com o avanço da epidemia de AIDS no Brasil.⁽³⁾ Na mesma época, constatava-se que toda a sociedade estava envolvida no risco de transmissão do HIV.⁽⁴⁾ Essas considerações expressavam o aumento de preocupação com as relações heterossexuais, principalmente quanto às práticas sexuais entre casais com união estável.

Os dados mostravam, também, que 45% das mulheres com AIDS, em São Paulo, tinham parceiros exclusivos.⁽⁵⁾

Atualmente, os dados epidemiológicos da AIDS mostram o aumento do número de casos da doença em mulheres, especialmente no Brasil.

Esse aumento de transmissão do HIV por via heterossexual, no Brasil, pode ser constatado pela progressiva redução da razão de sexo entre as categorias de exposição: de 24 homens:1 mulher, em 1985, a 2 homens:1 mulher, em 1999/2000.⁽⁶⁾

Os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde⁽⁷⁾ confirmam esta afirmação ao mostrarem que o maior número de casos notificados de AIDS em mulheres com mais de 13 anos, atualmente, teve como categoria de exposição a via sexual, sendo a maior representatividade para o contato heterossexual (86,2% do total de casos de mulheres notificados), seguido pelas mulheres usuárias de drogas injetáveis (12,4%).

Considerando esta situação, realizou-se a presente pesquisa bibliográfica que identificou a produção científica de enfermeiros com abordagem na transmissão heterossexual do HIV em duas décadas de epidemia. Dessa forma, procurou-se responder às questões: Os enfermeiros têm publicado estudos que apresentam como tema a transmissão heterossexual do HIV? Em caso positivo, quais são os temas abordados pelos artigos? Essas publicações trazem subsídios para a assistência de enfermagem?

Para responder a estas questões, traçou-se o seguinte objetivo: identificar as áreas temáticas abordadas nas publicações de Enfermagem sobre transmissão heterossexual do HIV no período de 1980 a 2000.

2. MATERIAL E MÉTODO

Este estudo bibliográfico com abordagem qualitativa foi realizado no período de agosto a novembro de 2002. É importante destacar que o mesmo teve como ponto de partida os resultados de estudo anterior⁽⁸⁾ que identificou e caracterizou a produção científica de enfermagem sobre

transmissão heterossexual do HIV, publicada entre 1980 e 2000.

As bases de dados utilizadas para identificação das publicações de interesse foram:

on-line:

- MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieved System On-Line) – abrange a literatura mundial em ciências biomédicas e afins, em seu idioma de origem.

- LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) – abrange a produção científica da área da saúde realizada pelos países Latino-Americanos e do Caribe.

- DEDALUS (Banco de Dados Bibliográficos da USP – Catálogo Online Global) – contém informações bibliográficas e localização das dissertações/teses e produção técnico-científica e artística do corpo docente e de pesquisadores da Universidade de São Paulo.

impresas:

- CINAHL (Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature) – é a base internacional da produção da área de enfermagem, divulgada em língua inglesa e disponível em publicação escrita e em CD-Rom.

- Informações sobre Pesquisas e Pesquisadores em Enfermagem – CEPEn – ABEn – é a base de dados de dissertações e de teses de enfermagem produzidas no Brasil, reunidas e divulgadas em língua portuguesa pelo Centro de Estudos e de Pesquisa em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem. A busca nesta base de dados foi feita com pesquisa direta nos exemplares correspondentes ao período em estudo, e disponíveis na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A busca da produção científica, nacional e internacional, realizou-se pelas palavras-chave: AIDS, HIV, mulher, transmissão, heterossexual e vulnerabilidade. Estas foram cruzadas entre si, e associadas ao termo “Enfermagem”. Foram empregadas também em inglês e espanhol.

Identificadas as publicações de enfermagem com abordagem na transmissão heterossexual do HIV, foi feita cópia dos resumos disponíveis. Quando não houve a disponibilidade on-line, a publicação foi identificada, diretamente, nas bibliotecas que compõem o Sistema de Bibliotecas da Universidade de São Paulo (SIBI-USP) e na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

Nesta pesquisa foi realizada análise temática dos 133 resumos das publicações identificadas anteriormente (110 internacionais e 23 nacionais).

3. ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados utilizou-se o referencial⁽⁹⁾ que direcionou para as seguintes fases: leitura exaustiva dos resumos para identificação dos temas abordados, destaque para o enfoque principal de cada estudo e categorização dos textos por afinidade temática. Esta abordagem proporcionou identificar os temas abordados em cada um dos resumos de interesse ao estudo.

Os resultados qualitativos que emergiram da categorização realizada serão apresentados sob a forma descritiva e discutidos a seguir.

4. RESULTADOS

Ao final do processo de busca, realizado no estudo

anterior, identificaram-se 159 publicações, das quais 133 revelaram-se pertinentes à proposta desta pesquisa. Vale acrescentar que o primeiro texto de enfermagem sobre o tema - transmissão heterossexual do HIV - foi publicado em periódico internacional em 1989.⁽⁸⁾

Para maior clareza dos dados, julgou-se oportuno apresentar os tipos de estudo, por período e região de publicação, identificados em pesquisa anterior⁽⁸⁾, e que serviram de base para a análise deste estudo.

Na referida pesquisa, verificou-se que, entre 1989 e 1992, foram publicados, no País, 2 estudos epidemiológicos sobre transmissão heterossexual do HIV, com igual número de publicações internacionais. Quanto ao total de publicações, os estudos sobre comportamento foram representados em 9 publicações (28,1%), os relatos de situação foram 11 textos (34,4%), estudos sobre intervenção foram 4 (12,5%), e relato de experiência, 1 (3,3%). Com exceção dos estudos epidemiológicos, todos os demais se constituíram em publicações internacionais. Entre 1993 e 1996 constatou-se, também, predomínio das publicações em nível internacional, embora se identifique aumento nas publicações nacionais sobre o tema. Os estudos epidemiológicos estiveram representados em 6 publicações (17,6%), estudos sobre comportamento em 13 (38,2%), sobre relato de situação em 9 (26,5%) e houve 1 (3%), internacional, sobre intervenção. No período compreendido entre 1997 e 2000, foram verificados 11 estudos epidemiológicos (9,6%), 60 estudos sobre comportamento (52,6%), 9 estudos sobre intervenção (7,9%), 6 sobre relato de situação (5,3%), 5 sobre relato de experiência (4,4%) e 5 estudos bibliográficos (4,4%) estes apenas internacionais.⁽⁸⁾

Vale acrescentar que, entre os trabalhos identificados, 11 foram classificados em mais de um tipo de estudo, sendo a maior associação verificada entre estudos epidemiológicos atrelados a comportamento. Ressalta-se, também, que as primeiras publicações internacionais tiveram como objetivo principal expor ao leitor uma visão mais abrangente da transmissão sexual do HIV, com destaque para a categoria heterossexual. Relatavam a epidemiologia da AIDS, direcionando, a seguir, seu conteúdo à área de enfoque principal. Com o passar do tempo, os pontos abordados foram se refinando, os conteúdos deixaram de ser generalistas e passaram a se concentrar em aspectos ou populações específicas. As publicações envolvendo intervenções estavam ligadas principalmente à descrição da implantação de programas de educação em saúde numa determinada comunidade, ou voltadas a um grupo específico (principalmente mulheres, adolescentes e universitários). Estudos que traziam relato de experiência também descreviam ações, mas sempre associadas a discussões dos resultados ou comparações com outros estudos.⁽⁸⁾

A análise temática destes resumos mostrou que as publicações abordaram cinco áreas temáticas: aspectos epidemiológicos, conhecimento, percepção de risco, comportamento e prevenção, apresentadas a seguir:

Aspectos epidemiológicos

As publicações com enfoque neste tema permitem reconhecer a trajetória da AIDS, pois ao longo do período estudado, apontaram aspectos diferentes da síndrome,

discorrendo sobre a expansão da infecção pelo HIV e mostrando seu papel atual, em nível global. O aumento do número de casos e a previsão de aumento para os próximos anos foram discutidos nas publicações que, também, apresentaram a preocupação dos órgãos governamentais quanto à necessidade de expansão dos programas de suporte para os infectados pelo HIV. Foram discutidos, ainda, a morbidade, a mortalidade e os fatores de risco para DST, associados à AIDS.

Estas publicações abordaram, também, o perfil dos grupos alvos de cada estudo encontrado, assim como seu conhecimento sobre formas de transmissão, causas de morte dos doentes de AIDS e noção que estes indivíduos possuíam sobre a gravidade da doença. As pesquisas indicaram a necessidade de a enfermagem intervir de maneira mais efetiva na educação em saúde da população acerca da transmissão do HIV, realizando programas educativos, e assim corrigir conceitos errôneos, com novas informações e/ou reforço das já existentes.

Conhecimento

A relação entre o conhecimento sobre AIDS e o comportamento sexual foi tema freqüente nas publicações estudadas. Abordaram, principalmente, as práticas sexuais de determinados grupos, com enfoque no uso de preservativo. Exploraram, também, os aspectos vinculados à investigação de crenças e de valores sobre sexualidade e DST.

Apenas uma publicação associava o conhecimento sobre método anticoncepcional de barreira à sua relação com comportamentos preventivos da transmissão do HIV.

Essas publicações exploraram, também, as crenças de mulheres latinas sobre AIDS, relacionando-as com o conhecimento sobre a doença, o tratamento e as formas de transmissão do vírus. Com relação ao tratamento, uma publicação investigou as crenças de mulheres sobre aspectos naturais e sobrenaturais, tais como dieta, estresse, Deus e o diabo. Esses textos realçaram a necessidade de intensificação de programas culturalmente embasados, pois o conhecimento dos grupos sob estudo permanecia incompleto.

Percepção de risco

As publicações com esta temática mostraram o quanto determinados grupos se sentiam expostos à infecção pelo HIV. Predominantemente, os estudos utilizaram questionários nos quais os sujeitos classificaram sua percepção de risco como de alto, médio, baixo ou de nenhum risco. Em sua maioria, as perguntas estavam relacionadas às práticas sexuais dos grupos envolvidos, principalmente com relação ao uso de preservativo.

Discutiram, também, os fatores que interferem na percepção de risco. Foram investigados a relação entre percepção de risco e auto-estima, bem como conhecimentos sobre AIDS, diferença de gênero e etnia.

A epidemia de AIDS na população feminina foi descrita com enfoque nas categorias de risco, no avanço da doença e na necessidade de os serviços de saúde prepararem um sistema de tratamento de qualidade ao indivíduo infectado. Nas publicações, discutiu-se a importância de se conhecerem os riscos de infecção pelo HIV em mulheres, como

passo anterior à construção de estratégias eficientes de prevenção. A necessidade de compreensão do envolvimento da mulher na epidemia de AIDS, sob a perspectiva de gênero, também foi mencionada nessas publicações.

Foi reduzido o número de resumos que caracterizaram a clientela atendida em centros de tratamento para indivíduos infectados pelo HIV com enfoque nos fatores de risco e destaque para o uso de drogas. Outros estudos tiveram como objetivo utilizar os dados obtidos para a formulação de programas educativos e sistematizados sobre AIDS.

As publicações classificadas nesta temática abordaram, também, a intervenção com população específica e enfoque na necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos para perceberem a possibilidade de infecção pelo HIV em mulheres a partir de DST e de infecções vaginais.

Os resumos com abordagem nesta temática recomendaram a ampliação dos programas contínuos de educação em saúde, com vistas à redução de comportamentos de risco para a transmissão do HIV. Essas intervenções deveriam ser individualizadas, atendendo à necessidade de cada população.

Comportamento

Neste tema foram identificadas as categorias barreiras e determinantes de risco.

. Barreiras

As publicações que abordaram esta temática tiveram como foco a identificação de barreiras à adesão de comportamentos preventivos, a investigação da percepção de risco dos indivíduos, o uso de preservativo, a identificação de comportamentos de risco e as crenças dos sujeitos.

Foram exploradas as barreiras que as mulheres encontraram para a adesão a comportamentos preventivos relacionados à infecção pelo vírus da AIDS.

Entre as barreiras encontradas, verificou-se a dificuldade de a mulher conversar com seu parceiro sobre o uso de preservativos devido a aspectos culturais e às condições de vida, como exposição à violência doméstica, o que limitava seu poder de negociação para o uso de preservativo ante o parceiro agressor. A exposição da mulher à violência, tanto física quanto emocional foi estudada como um fator limitante para a prática do autocuidado.

Encontraram-se, ainda, publicações que investigaram a relação das mulheres com seus parceiros, em relacionamentos estáveis, nas quais demonstrou-se que muitas delas consideravam este tipo de relacionamento como fator “protetor” para DST/AIDS.

Valores familiares, relação de gênero, religião e crenças também foram questões abordadas como fatores que influenciaram o comportamento sexual dos indivíduos.

Foi reduzido o número de textos voltados à investigação da percepção dos adolescentes sobre os benefícios e os custos da iniciação sexual em tempos de AIDS.

Houve uma publicação que discutiu a necessidade de os prestadores de cuidado, inclusive o enfermeiro, desenvolverem estratégias para melhor orientar a população sobre a transmissão do HIV, e dessa forma, proporcionar

a redução de comportamentos de risco da sua clientela.

As publicações classificadas nesta categoria investigaram a percepção de risco, a partir do levantamento dos comportamentos de risco para o HIV dos sujeitos. Também foram investigadas as relações entre a percepção de risco e o conhecimento sobre HIV, assim como as condições de vida dos membros desses grupos. Estas publicações revelaram, ainda, a necessidade da criação de programas educacionais que visem à mudança de comportamentos pela modificação da percepção de risco dos próprios indivíduos.

. Determinantes de risco

A investigação dos determinantes de risco foi o tema dessas publicações. Os comportamentos de risco pesquisados foram: sexo oral, anal e vaginal sem proteção, uso de drogas e de álcool, parceiros em risco para infecção pelo HIV e história anterior de DST. Um texto explorou a relação entre a escolha de método anticoncepcional com a opção por um método preventivo do HIV.

Os estudos demonstraram que as mulheres deveriam ser mais bem orientadas com relação às práticas preventivas da infecção pelo HIV, tanto com relação à necessidade do uso de preservativo, quanto sobre como usá-lo.

Um trabalho explorou aspectos sociodemográficos, conhecimento sobre HIV/AIDS, religião e cultura como fatores vinculados ao comportamento de risco.

As publicações desta categoria alertaram para que as intervenções de enfermagem voltassem sua atenção para todas as faixas etárias, e que fossem empregadas diferentes estratégias para promover o uso de preservativos, assim como para encorajar a população a realizar o teste anti-HIV para identificar, precocemente, os novos casos. O levantamento dos fatores que interferem na prática de sexo seguro poderiam ser úteis na criação de programas intervencionistas, com vistas à redução de comportamentos de risco.

Prevenção

Neste tema, foram identificadas as seguintes categorias: uso de preservativo e programas de educação para a saúde.

. Uso de preservativo

Foram classificadas nesta categoria as publicações que apresentavam os métodos preventivos disponíveis, utilizados para evitar infecção pelo vírus da AIDS pela via sexual, adotados por grupos distintos. Trata-se de pesquisas que investigaram os fatores que influenciam o indivíduo na escolha do método preventivo, vinculando-o, algumas vezes, à idéia de anticoncepção. Discutiam, também, a limitação do poder da mulher na decisão de escolher e de usar o método de preferência, bem como a dificuldade de negociação com o parceiro. As diferenças entre gêneros e fatores socioeconômicos que interferem na opção pelo uso do preservativo também foram conteúdo dessas publicações. Identificou-se consenso entre os autores quanto à associação desses fatores como favorecedores de comportamentos de risco para o HIV, pela mulher.

Essas publicações descreveram pesquisas que ensinavam os indivíduos a usar o preservativo, que discorriam sobre os valores individuais, a confiança no parceiro, o poder de negociação com o parceiro e a estabilidade do

relacionamento. Também encontraram-se trabalhos que investigaram a frequência do uso de preservativo, a influência da etnia e as interferências interpessoais e intrapessoais na decisão de usar este método preventivo de infecção pelo HIV.

Houve ainda pesquisas sobre a relação entre a intenção de uso do preservativo e o nível de conhecimento sobre o método e as expectativas com relação ao seu uso.

As publicações desta categoria trouxeram um alerta aos profissionais de saúde para que considerassem a necessidade de informar a população sobre prevenção do HIV, e de desenvolver estratégias e programas de prevenção, com discussão sobre os métodos preventivos adequados a cada indivíduo, para que as pessoas incorporem medidas preventivas, não somente com relação à infecção pelo HIV, mas também relacionadas a outras DST. Propuseram, ainda, o incentivo, pelo profissional de saúde, de mulheres em idade fértil, para optarem pelo uso de um método anticoncepcional de barreira.

. Programas de educação para a saúde

Nas publicações com esta abordagem houve destaque para a atuação da enfermagem na realização de programas educativos de prevenção do HIV e de intervenção.

Os textos localizados basearam-se em diferenças de gênero e na cultura do indivíduo. Encontram-se descritos os passos empregados na criação de programas de prevenção de AIDS, enfocando a identificação de barreiras que impedem a redução de comportamentos de risco pela clientela. Discutiram, também, a preocupação que se deve ter para com a equipe que trabalha nesses programas.

Nesta categoria classificaram-se publicações que expuseram trabalhos de educação em saúde realizados por indivíduos que não são profissionais da área. Foram descritos programas nos quais alunos e professores foram treinados para transmitir informações sobre HIV/AIDS para a população jovem (estudantes do ensino fundamental e médio). Outra estratégia identificada nesses estudos foi o envolvimento de segmentos da sociedade, tais como centros comunitários, escolas e igrejas na luta contra a infecção pelo HIV em mulheres. Esta ação, segundo os autores, aumentaria a disseminação de informações de qualidade à população, e assim, proporcionaria a adesão das pessoas aos comportamentos preventivos de infecção pelo HIV.

As publicações mostraram que os programas de educação em saúde deveriam ser direcionados à necessidade de grupos específicos, devendo ser construídos a partir de levantamento que possibilite conhecer os fatores sociais, econômicos, de gênero, bem como a idade, a etnia, os aspectos psicológicos e os comportamentos da população atendida. Realçavam que deveriam ter como objetivo principal o reforço da auto-estima.

Entre as publicações analisadas, encontrou-se, também, descrição da criação de programas de educação em saúde que contavam com o trabalho de enfermeiros. Esses programas tiveram como enfoque principal a diminuição da transmissão do HIV, oferecendo subsídios às mulheres para terem maior poder de decisão perante o parceiro quanto ao uso de método preventivo. Para alcançar seus objetivos, os textos sugeriram que esses programas devem atender às necessidades sociais da população alvo e

oferecer informações de qualidade sobre práticas sexuais seguras.

As publicações analisadas expuseram a necessidade de os enfermeiros investirem na criação de programas de educação em saúde para prevenção da infecção pelo HIV, baseados no atendimento das necessidades de cada grupo. Para o alcance deste tipo de atenção, os autores apontaram a necessidade do conhecimento dos dados epidemiológicos próprios ao grupo alvo. Deixaram claro que a enfermagem deve envolver-se nesta questão e desenvolver estratégias para mudança de comportamentos da clientela, bem como deve oferecer apoio e tratamento ao indivíduo infectado. Deve, também, participar de programas intervencionistas. Reforçaram a idéia de que um programa ideal deve ser planejado e executado com base nas características da população alvo. Além disso, os programas devem constituir um processo contínuo.

Por sua vez, as publicações com abordagem na intervenção, de maneira geral, apresentaram os resultados de programas de educação em saúde/prevenção. Geralmente, discorriam sobre a avaliação realizada com os participantes do programa antes e após sua realização. Como parâmetros para a avaliação da qualidade desses trabalhos, feita pelos próprios autores, foram utilizados o conhecimento adquirido sobre HIV/AIDS, os aspectos psicológicos e a redução de comportamentos de risco, representados pela redução do número de parceiros sexuais e do uso de drogas injetáveis, e pelo aumento do uso de preservativo.

5. DISCUSSÃO

Os temas identificados nas publicações – aspectos epidemiológicos, conhecimento, percepção de risco, comportamento, prevenção – mostraram que a enfermagem acompanhou a evolução da epidemia de AIDS ao longo dos 20 anos em estudo. Preocupou-se em conhecer determinantes de comportamentos de risco, associando-os à expansão da doença e às atividades de prevenção.

Atualmente, no Brasil, a epidemia de AIDS em mulheres caracteriza-se por uma situação, na qual a prevenção da transmissão do HIV é fortemente influenciada por fatores socioculturais, demonstrados nos estudos apresentados a seguir.

Ainda que a epidemia de AIDS tenha contribuído para maior divulgação/discussão de estudos sobre sexualidade e comportamento sexual, esta liberalização não se fez acompanhar pelo “afrouxamento nos limites morais” que permeiam a visão da sociedade. Aceitar as diferenças de comportamento entre o homem e a mulher ainda faz parte da cultura brasileira. Assim, atualmente, permanece a falta de suportes sociais que propiciem maior autonomia da mulher quando se trata do exercício de sua sexualidade.⁽¹⁰⁻¹¹⁾

Verifica-se, ainda, que há mulheres que, apesar de conhecerem as vias de transmissão do HIV e o comportamento de risco do companheiro, não utilizam medidas de prevenção. Outras tentam proteger-se exigindo fidelidade ou fazendo uso de preservativo. Muitas mulheres, no entanto, submetem-se aos comportamentos de risco à infecção pelo HIV por medo de abandono, de privação de recursos materiais ou por medo de agressão

física e emocional. A discriminação e a violência à mulher, que ocorrem no Brasil, principalmente contra grupos específicos, colocam a população feminina em situação de vulnerabilidade à infecção pelo HIV.⁽¹²⁻¹³⁾

Em estudo realizado com mulheres residentes no município de São Paulo, verificou-se que o uso do preservativo continua reduzido na população de baixa renda e de baixa escolaridade. O estudo mostrou que, entre 384 mulheres, 12% usavam preservativos em todas as relações, 56% nunca usaram preservativo e que, destas, 18% nunca pensaram em usá-lo. A maioria das mulheres reconhece no preservativo a função anticoncepcional e não a de prevenção de DST/AIDS.⁽¹¹⁾

O conhecimento da existência de comportamentos de risco evidencia a necessidade da criação de estratégias de educação em saúde sobre sexo seguro. Tais medidas devem intervir na dificuldade verificada entre parceiros fixos quando da negociação de medidas preventivas, principalmente para as mulheres com parceiros únicos. Assim, a epidemiologia mostra que o número de mulheres com parceiro único, infectadas, vem aumentando, ao passo que houve diminuição da infecção de mulheres que exercem a prostituição.⁽¹⁴⁾

A par dessa situação, as ações de atenção à saúde devem reconhecer os aspectos culturais do grupo alvo, com destaque para o envolvimento do casal, pois, a vulnerabilidade da mulher reside, também, no comportamento do parceiro.⁽¹⁵⁾

A análise do conteúdo dos resumos citados mostrou que, para um combate efetivo do HIV/AIDS é necessário compreender que a AIDS tem características da cultura da sociedade onde se desenvolve, apresentando especificidades ligadas a determinações culturais. Este fato reforça a necessidade de se conhecerem as características da população para o desenvolvimento de medidas preventivas e eficazes para a prevenção da infecção pelo HIV.⁽¹⁶⁾

6. CONCLUSÃO

A análise temática dos resumos das publicações identificadas neste estudo possibilitou conhecer a atenção que a enfermagem vem dando à transmissão heterossexual do HIV.

Os trabalhos com enfoque na epidemiologia preocuparam-se em caracterizar o perfil das populações estudadas e em situá-las no quadro geral da epidemia. Realçaram a importância da definição de políticas de saúde direcionadas à população na prevenção da transmissão heterossexual do HIV. Apontaram, também, para a necessidade de participação efetiva da enfermagem na disseminação de programas de educação para a saúde.

Os textos classificados no tema “conhecimento” procuraram associar o conhecimento sobre a transmissibilidade do HIV às práticas sexuais adotadas pela população. As crenças e os valores sobre sexualidade, DST e AIDS foram outros assuntos de destaque classificados neste grupo. Notou-se, nos resumos, o realce da importância da intensificação de programas de educação em saúde baseados no conhecimento da população alvo.

A “percepção de risco” esteve representada nas publicações que exploraram a visão da população sobre

sua vulnerabilidade ao vírus da AIDS e às práticas sexuais. Houve destaque para a necessidade de a enfermagem conhecer as representações da população com a qual trabalha para individualizar o seu cuidado.

Os textos classificados no tema “comportamento” realçaram as barreiras consideradas pelas mulheres na prevenção da transmissão do HIV. Outra abordagem verificada relacionou-se à identificação dos determinantes de risco aos quais a população está sujeita ao adotar comportamentos que favorecem a infecção pelo HIV. Notou-se a preocupação dos autores em alertar a enfermagem para seu papel de prestador de cuidados em programas de intervenção e de educador em saúde.

As publicações com abordagem sobre o uso de preservativo e os programas de educação em saúde caracterizaram o tema “prevenção”. Neles, verificou-se a preocupação em explorar as práticas de sexo mais seguro e os fatores intervenientes do comportamento sexual adotado. A experiência de planejamento e de implementação e atuação de enfermagem nos programas de educação para a saúde nortearam parte das publicações classificadas neste tema. Observou-se em ambas as categorias que os autores viam como relevante a individualização da clientela assistida para a construção do plano de trabalho da enfermagem.

Ao longo dos 20 anos, essas publicações buscaram explicações para o envolvimento da mulher na cadeia de transmissão do vírus da AIDS, e o que perpassa na conclusão da maioria dos trabalhos é a necessidade de maior envolvimento da enfermagem em programas que tenham como ponto de partida as crenças, o conhecimento, a percepção de risco, e as barreiras presentes em cada grupo estudado.

As autoras desse artigo acreditam que o conhecimento das crenças e dos costumes do cliente é relevante para a efetividade das ações de combate ao HIV transmitido pela via heterossexual, compartilhando assim do resultado das publicações consultadas.

AGRADECIMENTOS

Daniela Angelo de Lima agradece ao CNPq pelo apoio financeiro de bolsa PIBIC de Iniciação Científica para realização do estudo “Transmissão heterossexual do HIV: análise da produção científica de enfermeiros no período de 1980 a 2000”, concluída em 2002, e que originou este texto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amaral E, Passini Jr R, Faúndes A, Milanez H. Infecção pelo HIV e obstetria: revisão e reflexão sobre as várias faces de um problema. *Femina* 1991 fev; 19(2):104-14.
2. Cunningham I. La mujer y el Sida: una visión crítica. *P R Health Sci J* 1990; 9(1):47-50.
3. Barbosa RM. Feminino e AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p.153-68.
4. Guimarães K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p.89-113.
5. Barbosa RM, Villela WV. A trajetória feminina da AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p.17-32.
6. Dhália C, Barreira D, Castilho EA. A AIDS no Brasil: situação atual e tendências. *Bol Epidemiol AIDS* 1999/2000; 18 (1). Disponível em <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2002.
7. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Bol Epidemiol AIDS* 2002; 16(1).
8. Lima DA, Praça NS. Transmissão heterossexual do HIV: desenho da literatura de enfermagem do século XX. In: 2º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem-Trajecória Espaço-Temporal da Pesquisa; 2002, Águas de Lindóia. Livro-Programa. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002. p.254.
9. Minayo MCC. O desafio do conhecimento: pesquisa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1996.
10. Villela W. Mulher e AIDS: ambigüidades e contradições: a epidemia do HIV/AIDS entre as mulheres – desafio para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: NEPAIDS; 1997.
11. Praça NS, Latorre MRDO. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. *Rev Bras Saúde Mater Infan* 2003 jan/mar; 3(1):61-74.
12. Branco MEC, Coura LC, Morgado AF. AIDS e a mulher: uma questão de cumplicidade? *J Bras Psiquiatr* 1999; 48(4):177-82.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. A situação atual da epidemia de AIDS no Brasil. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> Acesso em: 10 set 2002.
14. Barroso MGT, Miranda CCL, Pinheiro PNC. A AIDS sob o olhar da companheira contaminada. *Rev Bras Enf* 1998 jul/set; 51(3):393-402.
15. Praça NS, Gualda DMR. Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. *Rev Latino-Am Enf* 2003 jan/fev; 11(1):14-20.
16. Xavier IM. Cidadania, gênero e saúde: a mulher e o enfrentamento da AIDS. *Rev Enf. UERJ* 1996 out; (edição extra): 89-100.

O INTERACIONISMO INTERPRETATIVO COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO PARA GERAR EVIDÊNCIAS NAS PESQUISAS EM ENFERMAGEM

INTERPRETATIVE INTERACTIONISM AS A METHODOLOGICAL FRAMEWORK TO GENERATE EVIDENCE IN NURSING RESEARCH

EL INTERACCIONISMO INTERPRETATIVO COMO REFERENTE METODOLÓGICO PARA GENERAR EVIDENCIAS EN LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Kátia Poles¹
Regina Szylit Bousso²

RESUMO

O presente trabalho discorre sobre o Interacionismo Interpretativo como referencial metodológico utilizado nas pesquisas qualitativas. Aborda a aplicação do referido método em uma pesquisa que busca compreender a experiência das enfermeiras no cuidado da criança e da família que vivenciam o processo de morte na UTI pediátrica, por meio de narrativas biográficas. Consideramos que esta é uma situação desencadeadora de significação/ressignificação do cuidado ao longo da trajetória dessas profissionais, possibilitando identificar fatores que interferem na aproximação e ou afastamento da criança e da família nesse momento particular.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Pesquisa em Enfermagem/ Métodos

ABSTRACT

This work intends to discuss Interpretative Interactionism as a methodological framework used in qualitative research. It discusses the application of this method in research which seeks to understand the experience of nurses caring for children and families who go through the death process in a pediatric ICU, through biographical narratives. We consider this to be a situation which triggers signifying/re-signifying of care throughout these nurses' professional life, enabling them to identify factors that interfere in getting close to or distancing the child and family at this specific moment.

Key words: Qualitative Research; Research in Nursing/ Methods

RESUMEN

El presente trabajo se propone discurrir sobre el Interaccionismo Interpretativo como referente metodológico empleado en la investigación cualitativa. Enfoca la aplicación del método referido en una investigación que busca comprender la experiencia de la enfermera en el cuidado del niño y de la familia que vive la experiencia de un fallecimiento en el CTI pediátrico, a través de narrativas biográficas. Consideramos que ésta es una situación que desencadena significación / resignificación del cuidado a lo largo de la trayectoria de estas profesionales, posibilitando identificar factores que interfieren en la aproximación o alejamiento del niño y de la familia en ese momento tan particular.

Palabras clave: Investigación Cualitativa, Investigación en Enfermería/ Métodos

¹ Enfermeira pediatra, Mestre em Enfermagem Pediátrica, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS.

² Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Rua Jair Guaraci, 1.015, Centenário – CEP 37200-000 - Lavras/MG - E-mail: kpoles@ig.com.br

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa qualitativa centra-se na importância de se conhecer, entender e interpretar a natureza dos eventos, ultrapassando a mera explicação do fenômeno estudado, priorizando a compreensão do mesmo.

Dessa forma, tal metodologia baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores.⁽¹⁾

Taylor e Bodgan⁽²⁾ complementam pontuando que a pesquisa qualitativa favorece a investigação dos fenômenos na perspectiva da própria pessoa, na sua realidade, no seu contexto, analisando e interpretando os dados descritivos, com base nas linguagens escrita e falada da própria pessoa ou por meio da observação dos fenômenos em estudo.

Neste cenário, o Interacionismo Interpretativo é uma metodologia qualitativa a qual reconhece que os significados das ações estão na experiência vivida. O método foi desenvolvido para coletar descrições de experiências pessoais, com enfoque nas interações humanas problemáticas.⁽³⁾

Ao realizarmos um estudo com o objetivo de compreender a experiência da enfermeira no cuidado da criança e da família durante o processo de morte, utilizamos a referida metodologia, por adequar-se às características expostas acima, visto que as enfermeiras reconstituíam sua história de vida ao evocar a temática proposta.⁽⁴⁾

Como método de pesquisa qualitativa, permite múltiplas perspectivas que buscam estudar a pessoa como um todo em seu contexto histórico, biológico e socio-cultural, sendo, particularmente, aplicável para pesquisas que situam seu objeto em circunstâncias históricas.⁽⁵⁾

Nesse sentido, ao abordarmos as enfermeiras, sujeitos do estudo, pretendíamos apreender sua trajetória ao longo de sua vivência no contexto da UTI pediátrica, bem como fatos marcantes de sua vida extra-hospitalar, que pudessem oferecer subsídios para a compreensão do significado atribuído ao cuidado da criança e da família em face do processo de morte.⁽⁴⁾

Assim, esta metodologia busca obter descrições densas e detalhadas de vivências desencadeadoras de significação/ressignificação, alterando o ser no mundo. Normalmente, tais vivências são biograficamente importantes, visto que influem de modo direto na forma como o indivíduo interagirá em seu contexto.⁽³⁾

2. DEFINIÇÃO DOS TERMOS UTILIZADOS

Pautados nestas considerações, alguns termos são definidos⁽³⁾:

Interpretativo: explica o significado, interpreta o ato ou confere significado;

Interação: é a ação mútua que emerge no contato com o outro, é simbólica e envolve o uso da linguagem;

Interação problemática: seqüência interacional que surge baseada no sentido atribuído a uma situação de vida problemática. A cada experiência as pessoas se autodefinem, bem como definem na relação com os outros;

Interacionismo interpretativo: é o ponto de vista que confere significado à interação problemática.

O Interacionismo Interpretativo trata da expressão e interpretação da experiência humana subjetiva. Cada

situação humana é nova, emergente e com múltiplos e, freqüentemente, conflitantes significados e interpretações.⁽⁵⁾

Deste modo, Denzin⁽⁶⁾ cita que interpretar é atribuir sentido a algo, criando condições para compreender e entender os significados, quer dizer, apreender uma experiência contada por outro indivíduo.

Ao utilizarmos esta perspectiva, visamos apreender a experiência da enfermeira durante o processo de morte da criança e sua interação com a família, buscando evidenciar os significados atribuídos a essa vivência e, com isso, identificar fatores que facilitam e/ou dificultam a interação com a família nesse momento peculiar.⁽⁴⁾

Este método busca capturar a essência dos significados e suas contradições. No entanto, o significado só pode ser descoberto quando o observador participa do contexto estudado.⁽³⁾ Assim, a opção por trabalharmos com enfermeiras de UTI pediátrica deveu-se, também, ao fato de a pesquisadora inserir-se nesse contexto.

3. CONCEITUAÇÃO DAS EPIFANIAS

Para os interacionistas interpretativos, alguns momentos deixam marcas profundas na vida das pessoas, possibilitando a transformação das experiências, nas chamadas *epifanias*. Nesse sentido, as epifanias ocorrem em situações interacionais problemáticas nas quais os sujeitos vivenciam momentos de crise.⁽³⁾

A partir dessa perspectiva, pode-se compreender que as epifanias⁽³⁾:

- alteram o direcionamento da vida;
- exercem efeitos nos níveis mais profundos do ser;
- são lembradas de forma que as experiências possam ser relatadas;
- ocorrem em situações problemáticas que necessitam ser reconsideradas pelo indivíduo;
- constituem-se em fenômenos interacionais;
- alteram-se, no decorrer do tempo, visto que os significados são atribuídos na interação.

As experiências marcantes, de acordo com Denzin⁽³⁾, deixam marcas permanentes na vida das pessoas, dividindo-a em duas partes heterogêneas: antes e após o acontecimento. Neste sentido, as epifanias apresentadas revelam o conceito de que a vida das pessoas gira ao redor desses eventos significativos que têm potencial para transformá-la.

A experiência de morte da criança é um evento marcante na vida da enfermeira que atua em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. Ao enfocarmos tal questão, no presente estudo, estamos possibilitando transformações na significação da enfermeira, além de identificar como se dá a interação com a criança e a família nesse contexto.⁽⁴⁾

4. AS FASES DO MÉTODO

Segundo Denzin⁽³⁾, as fases do método são:

1. Delimitação da questão: o processo de delimitação requer a habilidade de pensar – reflexiva, histórica e biograficamente – formulando uma questão que visa a esclarecer o modo como ocorre o processo da experiência que sofre influência da própria história do pesquisador;

2. Desconstrução do fenômeno: envolve uma análise crítica e interpretação de prioridades do fenômeno em questão. Significa mostrar o conteúdo total do relato, ou

seja, aquilo que foi e o que não foi dito;

3. Aprecensão do fenômeno: significa que o pesquisador apreende instâncias múltiplas da experiência estudada. Trata da apresentação das biografias, histórias de vida que abordam um fenômeno, com a localização das epifanias, pela obtenção de múltiplas histórias, envolvendo o fenômeno em questão;

4. Redução do fenômeno: nesta etapa, o pesquisador procura a chave ou fatos essenciais do processo examinado. Para tanto, localizam-se e isolam-se frases-chave, realizando a interpretação destas, buscando o significado para aquele que as pronunciou, explicitando tal interpretação para, a seguir, examinar o significado das frases e sua conexão com o fenômeno em estudo;

5. Construção do fenômeno: descreve as hipóteses para interpretar o evento ou o processo como um todo, pela compilação dos fatos de cada caso. Procura-se articular os dados adquiridos na fase anterior, com a finalidade de reconstruir a experiência vivida, considerando os elementos constituintes e analíticos extraídos;

6. Contextualização: quando o pesquisador reproduz o fenômeno no contexto da experiência vivida. Visa a interpretar e dar o conseqüente significado ao fenômeno.

5. A UTILIZAÇÃO DAS NARRATIVAS BIOGRÁFICAS

O objetivo desta metodologia é criar um corpo de conhecimentos que ofereça a fundamentação para interpretação e entendimento de uma situação problemática, pela compreensão do significado da experiência, por meio de narrativas biográficas.

Neste sentido, as narrativas possibilitam a compreensão da vida no tempo e do modo como as ações dos indivíduos constituem-se na formação da sua história, tentando entender que tipo de pessoas esses indivíduos estão se tornando a partir das experiências vivenciadas.⁽⁷⁾

As narrativas são utilizadas para expressar a compreensão do momento presente da vida de alguém e, possivelmente, antever o futuro, não se limitando apenas à reconstrução do passado. Além disso, fornecem um meio para comunicar e dar significado à experiência.⁽⁸⁾

Os estudos biográficos pressupõem que a vida pode ser estudada, construída, reconstruída e escrita, por meio da interpretação e conseqüente atribuição de sentido a algo. Dessa forma, é possível criar condições para compreender e entender os significados de uma experiência contada por outro indivíduo.⁽⁶⁾

A partir do método biográfico, o reconhecimento das epifanias se deu ao constatarmos que as enfermeiras recorriam a dados de sua memória autobiográfica para construir sua experiência presente, explicitando fatos significativos ocorridos no passado. Assim, as epifanias são entendidas como momentos de revelação na vida das enfermeiras ao cuidarem da criança e da família, no desenrolar do processo de morte.⁽⁴⁾

Aqui pretendemos retratar o caminho percorrido, para identificarmos os eventos marcantes da experiência das enfermeiras ao cuidarem da criança e da família quando vivenciam o processo de morte. A compreensão de tais fatos significativos possibilitou a apreensão da experiência e o entendimento do comportamento e ações

desenvolvidos no cuidado da criança e da família. Estes eventos conferem significado e promovem uma transformação na perspectiva do cuidar ao longo de sua trajetória.⁽⁴⁾

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, apresentamos o referencial metodológico utilizado para apreender a experiência das enfermeiras ao cuidarem da criança e da família que vivenciam o processo de morte.

Nesta situação, o entendimento do cuidado nos possibilitou identificar fatores que interferem na aproximação e ou no afastamento da criança e da família nesse momento particular. Os processos reconhecidos nas narrativas oferecem a compreensão dos significados dessa experiência às enfermeiras que trabalham em UTI pediátrica.

Consideramos que por meio do Interacionismo Interpretativo foi possível distinguir os eventos marcantes nas narrativas biográficas das enfermeiras. Dessa forma, reconstruímos a história da experiência das enfermeiras no cuidado da criança e da família ante a vivência do processo de morte, ressaltando os aspectos que possibilitaram a atribuição de significado à experiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Polit DF, Hungler BP. Pesquisa e análise qualitativa. In: Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.268-88.
2. Taylor SJ, Bodgan R. Introduction to qualitative research: the search for meanings. New York: John Wiley; 1984.
3. Denzin NK. Interpretative interacionism. London: Sage; 1989.
4. Poles K. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.
5. Mohr WK. Interpretative interacionism: Denzin's potencial contribution to intervention and outcomes research. Qual Health Res 1997; 7 (2): 270-86.
6. Denzin NK. Interpretative biography. London: Sage; 1989.
7. Mattingly MT, Garro LC. Narrative representations of illness and healing. Introduction. Soc Sci Med 1994; 38(6):771-4.
8. Melleiro MM. Experiências e expressões de gestantes na interação com o Sistema de Saúde: um enfoque fotoetnográfico [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

ENFOCANDO ESTRATÉGIAS DE ENSINO DE PESQUISA QUALITATIVA UTILIZADA NO CURSO DE GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FOCUSING ON QUALITATIVE RESEARCH TEACHING STRATEGIES IN THE NURSING
UNDERGRADUATE COURSE OF THE UNIVERSITY OF SÃO PAULO

ENFOCANDO ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA
EN EL PREGRADO DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SÃO PAULO

Miriam Aparecida Barbosa Merighi¹
Amélia Fumiko Kimura²

RESUMO

Cada vez mais, os resultados das pesquisas vêm sendo empregados para subsidiar as práticas de enfermagem. Nesse contexto, os estudos usando métodos qualitativos, também, têm aumentado, visto que melhor respondem às questões que emergem das vivências dessa profissão. Essa constatação justifica a relevância de se introduzir o ensino da pesquisa qualitativa na formação dos enfermeiros. Este artigo apresenta o relato da experiência sobre as estratégias empregadas no ensino da disciplina “Introdução à pesquisa qualitativa em enfermagem” aos alunos do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Palavras-chave: Pesquisa em Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Ensino de Graduação em Enfermagem

ABSTRACT

The results of nursing research are used increasingly to support nursing practices. In this context, the use of qualitative methods in the research produced in the field of nursing has also increased. These methods are more suitable to answer the questions that emerge from the nursing experience. This fact justifies the importance of introducing the teaching the qualitative research in the nursing undergraduate course. In this paper, the authors describe their experiences using strategies to teach the course “Introduction to Qualitative Research in Nursing” to undergraduate students of the School of Nursing of the University of São Paulo.

Key words: Nursing Research; Qualitative Research; Graduate Nursing Education

RESUMEN

Los resultados de las investigaciones han sido cada vez más empleados para subsidiar las prácticas de enfermería. En este contexto también han aumentado las investigaciones en enfermería que emplean métodos cualitativos, puesto que responden mejor a las cuestiones que emergen de las vivencias de dicha profesión. Tal constatación justifica la importancia de introducir en la formación de los enfermeros la enseñanza de la investigación cualitativa. Este artículo presenta el relato de experiencia sobre las estrategias empleadas en la enseñanza de la disciplina “Introducción a la investigación cualitativa en enfermería” a los alumnos del Pregrado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo.

Palabras clave: Investigación en Enfermería; Investigación Cualitativa; Enseñanza de Pregrado en Enfermería

¹ Enfermeira obstétrica. Profa Livre Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. Membro do Núcleo de Investigação Qualitativa EE – USP.

² Enfermeira obstétrica. Profa Dra do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. Membro do Núcleo de Investigação Qualitativa EE – USP. E-mail: fumiko@usp.br

Endereço para correspondência: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - São Paul/SP - CEP 05403-000

I. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A partir da década de 80 do século XX, as pesquisas em enfermagem vêm focalizando, com maior ênfase, as questões relacionadas à essência de sua prática, que são domínio de sua competência, buscando entendimento e respostas, realizando intervenções, com base em evidências científicas.

Certamente, a pesquisa em enfermagem fortalece a profissão, pois permite construir uma base de conhecimento adequado à implementação de seus resultados, cientificamente, validados na prática.

O enfermeiro deve compreender o processo de pesquisa, desenvolver habilidades para executá-la, pois, à medida que se torna mais capacitado para avaliar os conhecimentos provenientes dos trabalhos científicos, seu pensamento crítico, seu julgamento clínico e a habilidade de tomar decisão aperfeiçoam-se. Em última instância, o beneficiário é o paciente, que deve ser considerado o sujeito do processo.⁽¹⁾

Na atualidade, a tendência da enfermagem é despir-se do modelo de formação no qual as práticas de cuidar e pesquisar são, muitas vezes, estanques, pois esse modelo já não contempla os anseios da categoria. Deve-se partir, de forma efetiva, em busca da formação de profissionais que sejam cuidadores e pesquisadores, que aprendam e saibam explorar as situações emergentes do cotidiano, da prática do cuidar para elaborar suas problemáticas de estudo e reflexões que, após relativizadas e analisadas, retornem a essa prática como subsídios.⁽¹⁾

As escolas de enfermagem devem assumir a interdisciplinaridade entre a prática de cuidar e a de pesquisar, pois elas devem ser complementares e articuladas.

Assim sendo, tanto os alunos de graduação, como os de pós-graduação em enfermagem devem inserir-se no processo de pesquisa porque este é, realmente, o caminho que possibilita apreender as necessidades específicas da população, delinear o cuidado e avaliar a eficácia dos estudos com resultados comprovados.⁽²⁾

Por outro lado, muitas inquietações que surgem de nossa prática profissional não podem ser respondidas pelo modelo tradicional das ciências naturais e experimentais. Nesse sentido, busca-se o referencial metodológico qualitativo para compreender questões relacionadas à existência humana, extraídas de nosso cotidiano profissional, uma vez que questões dessa natureza não podem ser discutidas apenas como fatos, passíveis de causalidade, repetição e controle.

Os métodos qualitativos de pesquisa dispõem de instrumentos adaptáveis ao processo de cuidar em enfermagem, pelas interfaces comuns a ambos, relativas ao paradigma e às perspectivas filosóficas, sociais e culturais de se vislumbrarem os fenômenos. Nesse contexto, as questões que emergem das vivências de assistir, em enfermagem, podem ser respondidas, utilizando-se de metodologias qualitativas de pesquisa que, por sua vez, fornecem subsídios para reorientar as ações profissionais, havendo uma complementaridade e conduzindo para a construção e consolidação do conhecimento e apontando evidências científicas para nortear as práticas assistenciais.

Na área da enfermagem, as ações de intervenção

devem ser norteadas pelas necessidades apontadas pelos usuários e/ou clientes e não só definidas sob o ponto de vista do prestador da assistência.⁽³⁾

O método qualitativo contribui para a compreensão holística do homem, ao proporcionar condições para uma discussão aprofundada de temas, criando alternativas para a melhor exploração de algumas questões da enfermagem, conduzindo, assim o enfermeiro a uma maior reflexão sobre elas.⁽⁴⁾

Quando se deseja conhecer a realidade da vida cotidiana, deve-se utilizar uma metodologia que substitua as correlações estatísticas pelas descrições individuais, bem como as conexões causais por interpretações oriundas das experiências vividas, dos fenômenos de dimensões pessoais, como o medo, a tristeza, a angústia, a depressão e o pensamento. Esses fenômenos estão bastante presentes no cotidiano da prática profissional de enfermagem.⁽⁵⁾ Assim sendo, a pesquisa qualitativa vem ao encontro dos propósitos da enfermagem e pode contribuir sobremaneira para a reorientação de sua prática, construindo e consolidando o conhecimento em enfermagem, por meio de evidências científicas.

Como docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, acreditamos que, na formação do profissional enfermeiro, o ensino da pesquisa qualitativa contribui, consideravelmente, para o desenvolvimento das competências do cuidar e do pesquisar. Assim sendo, motivamo-nos a inserir a disciplina "Introdução à Pesquisa Qualitativa em Enfermagem" na Grade Curricular do Curso de Graduação dessa Escola.

2. INTRODUZINDO O ENSINO DA PESQUISA QUALITATIVA NO CURSO DE GRADUAÇÃO

É apresentada a experiência de ministrar a disciplina Introdução à Pesquisa Qualitativa em Enfermagem, como parte integrante da relação das disciplinas optativas que o aluno pode cursar, visando cumprir a carga horária mínima do currículo do curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Os objetivos dessa disciplina são: compreender a análise qualitativa de dados na pesquisa em enfermagem; identificar as principais modalidades da pesquisa qualitativa em enfermagem; estabelecer os contrastes entre coleta e análise de dados nos diferentes métodos de pesquisa qualitativa. Fazem parte do conteúdo: a pesquisa qualitativa como referencial metodológico; bases teóricas das principais metodologias da pesquisa qualitativa utilizada em enfermagem; características dos diferentes métodos em pesquisa qualitativa; rigor científico em pesquisa qualitativa, estratégias de coleta e análise de dados das diferentes abordagens em pesquisa qualitativa.

Desde a sua criação em 2000, a disciplina vem sendo oferecida como anual e focaliza a análise qualitativa dos dados para os alunos regularmente matriculados, a partir do quinto semestre do curso. A estratégia pedagógica adotada sofreu modificações no decorrer desses três anos, sobretudo, no que se refere às abordagens utilizadas em sala de aula, em consequência da necessidade de enfatizar as diversas modalidades das pesquisas qualitativas e os referenciais teóricos e filosóficos que embasam essas modalidades. As adaptações justificam-se pela completa

ausência de informações sobre tais referenciais, o que dificultava sua compreensão, por parte do aluno, durante o exercício prático de analisar criticamente os trabalhos qualitativos.

Atualmente, o ensino da disciplina se desenvolve em dez semanas, com uma aula semanal de três horas, totalizando uma carga horária de 30 horas, desenvolvida da seguinte forma:

1ª aula – As responsáveis pela disciplina disponibilizam aos alunos uma lista de 30 artigos publicados em periódicos científicos nacionais da área de enfermagem cujos conteúdos enfocam resultados de pesquisas qualitativas. Individualmente ou em dupla, o aluno seleciona um artigo para ser analisado, sendo informado sobre a data da apresentação oral e da entrega do relatório escrito. A análise do artigo é realizada, seguindo um roteiro fornecido pelas coordenadoras. Esse roteiro, produzido com base nos instrumentos de avaliação para elaboração de parecer, utilizado pelas revistas científicas para analisar os manuscritos enviados para publicação, contempla os seguintes itens: referencial teórico e metodológico adotado pelo autor para coletar e analisar os dados; relação entre referencial teórico e a temática do estudo; forma como foram tratados os aspectos éticos na condução da pesquisa; forma de organização e de apresentação dos dados; apreciação do texto quanto a compreensão, clareza, objetividade, profundidade, contribuição para ampliar o conhecimento da assistência e/ou do ensino de enfermagem; comentários sobre o rigor no manejo dos dados; coerência entre introdução, objetivos, resultados e considerações finais.

Na 1ª aula, além da apresentação dos objetivos da disciplina, do conteúdo programático, das atividades e exercícios de campo a serem desenvolvidos e as formas de avaliação do aproveitamento do aluno, as docentes introduzem o conteúdo relacionado às características da pesquisa qualitativa, sua contribuição e implicações para a enfermagem.

2ª aula – Compreende um período destinado aos alunos para elaboração das questões e ou perguntas que serão realizadas em entrevista a respeito da vivência da escolha profissional. Os alunos fazem um exercício simulado de entrevista, registrando os dados gerados nessa situação, utilizando-se de gravação e observações do cenário e do contexto, descrevendo as percepções de ser entrevistador, entrevistado e observador. Para esse exercício, são orientados a agruparem-se em trio, definirem entre si os papéis que cada um irá desempenhar – entrevistador, entrevistado e observador – no momento da entrevista. Vale lembrar que, nesse momento, o conteúdo sobre a técnica de entrevista em pesquisa qualitativa não foi discutido formalmente com os alunos em sala de aula para possibilitar que eles o façam em grupo, planejem e definam as perguntas que irão formular durante o exercício de conduzir uma entrevista em pesquisa qualitativa.

3ª aula – É complementado o conteúdo iniciado na 1ª aula sobre as características e os requisitos da pesquisa qualitativa, os recursos básicos, as modalidades, o rigor e as considerações éticas.

4ª, 5ª, 6ª e 7ª aulas – Apresentação das abordagens

qualitativas mais adotadas na área de enfermagem: fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, história oral e discurso do sujeito coletivo. Na 7ª aula, os alunos entregam a transcrição da fita cassete com o conteúdo gravado da entrevista (exercício cumprido na 2ª aula da disciplina) e o relatório da entrevista elaborado pelo aluno que assumiu o papel de observador.

8ª aula – Encontro das coordenadoras com os alunos para discutir a vivência do exercício de conduzir uma entrevista em profundidade, realizar observações de campo e transcrição de fitas. Apresentação do exercício realizado na 2ª aula (coleta de dados).

9ª aula – Encontro das coordenadoras com os alunos para analisar os dados obtidos por meio de entrevista. É o momento de introduzir o aluno nas etapas da análise de dados qualitativos, apontando estratégias para identificar os temas e as categorias emergentes dos próprios discursos, as formas mais comumente utilizadas para apresentação dos resultados – análise temática e narrativas.

10ª aula – Apresentação oral da análise crítica dos artigos selecionados pelos alunos na primeira aula, enfocando as questões metodológicas, baseadas no roteiro de avaliação e no conteúdo abordado na disciplina.

Em 2003, nessa última aula, foi solicitado aos alunos que realizassem uma avaliação por escrito sobre a disciplina, respondendo à seguinte questão norteadora: Como foi cursar a disciplina optativa Introdução à Pesquisa Qualitativa em Enfermagem?

As respostas foram analisadas pelas docentes, que elaboraram grupamento por similaridade dos relatos dos alunos. Nesses relatos, apareceram as seguintes avaliações: “importante e necessário para a área de enfermagem”; “experiência gratificante”; “estratégias utilizadas facilitam a compreensão”; “permite além do aprendizado acadêmico, um crescimento pessoal”.

A avaliação da disciplina, feita pelos alunos, bem como pelas coordenadoras da disciplina apontou que a proposta de analisar artigos publicados associada ao exercício de realizar entrevistas e examinar coletivamente os dados obtidos contribuiu para o aprendizado do conteúdo abordado. O resultado dessa avaliação corrobora a perspectiva defendida por Flick⁽⁶⁾ que, para alcançar uma adequada didática na abordagem dos métodos qualitativos, faz-se necessário descobrir caminhos entre o ensino das técnicas e o ensino da atitude necessária, pois o aproveitamento adequado na aprendizagem dos métodos decorre da experiência. Uma compreensão da pesquisa qualitativa deve superar o aprendizado em nível teórico e a instrução deve contemplar experiências práticas de utilização dos métodos qualitativos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que o ensino desta disciplina no Curso de Graduação em Enfermagem poderá contribuir para a reflexão a respeito da existência humana, possibilitando o repensar sobre os modos de organização do trabalho cotidiano, a relação com o paciente, a formação humana dos profissionais de saúde, entre outros aspectos, em uma lógica distinta do modelo cartesiano que sustenta a ciência positivista.

Esta reflexão é fundamental se considerarmos que esses

aspectos quase sempre acompanham o sentido da técnica e da ciência, ou seja, a repetição e a objetivação, com poucas possibilidades para despertar o “ser” próprio do homem. Nesse sentido, o ensino e a prática em saúde transformam-se em uma tarefa, um fazer desprovido do sentido do ser.⁽²⁾

Nesse contexto, a tendência atual é de se entender a pesquisa qualitativa como arte e método por exigir não só a mera aplicação de métodos, no sentido de agir tecnicamente, mas também incluir uma atitude através da qual o pesquisador busca alcançar os seus objetivos. Essas atitudes referem-se à curiosidade, abertura e flexibilidade na forma de lidar com os métodos, reflexão sobre o objeto de estudo e sobre o próprio processo de elaboração da pesquisa.⁽⁶⁾

Desse modo, enfatizamos que se faz necessário conceber a pesquisa qualitativa para além de quaisquer técnicas de investigação, aprofundando o saber humano que, embora muitas vezes esquecido, poderá contribuir para qualificar o saber em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LoBiondo-Wood G, Haber J, Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

2. Corrêa AK, Valle ERM. A pesquisa fenomenológica em saúde: uma possibilidade de compreensão da existência humana. In: Castro DS, Pokladek DD, Ázar FP, Piccino JD, Josysilberg RS, Organizadores.. Existência e saúde. São Bernardo do Campo: Editora da Universidade Metodista de São Paulo; 2002.

3. Praça NS, Merighi MAB. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.1-3.

4. Gualda DMR, Merighi MAB, Oliveira SMJV. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. Rev Esc Enf USP 1995; 29(3): 297-309.

5. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 1989.

6. Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2ª. ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.

MÉTODOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA PRÁTICA DOCENTE EM ENFERMAGEM: ABORDAGENS PROBLEMATIZADORAS EM DISCIPLINAS DE SAÚDE COLETIVA

TEACHING-LEARNING METHODOLOGIES IN NURSING PEDAGOGICAL PRACTICE

MÉTODOS DE ENSEÑANZA UTILIZADOS EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES
DE ENFERMERÍA

Serafim Barbosa Santos-Filho¹

RESUMO

Neste artigo, foram descritas as alternativas metodológicas utilizadas na condução de disciplinas de Saúde Coletiva/Epidemiologia, compreendidas como microcampos estratégicos em um novo Curso de Enfermagem da PUC-Minas. No projeto curricular e pedagógico, buscou-se a configuração dos microcampos, contextualizando os problemas atuais relacionados à formação de recursos humanos em saúde/enfermagem, incorporando conteúdos e métodos que representem e viabilizem a integração ensino-serviço. Utilizando abordagens problematizadoras, aponta-se para a formação de profissionais capazes de contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde no país.

Palavras-chave: Enfermagem; Educação em Enfermagem; Recursos Humanos de Enfermagem/Educação; Saúde Coletiva; Saúde Pública; Epidemiologia

ABSTRACT

This article describes some strategies and methodologies used in the teaching of Nursing Epidemiology and Collective Health in the Nursing Course at the Pontifical Catholic University- Minas, Brazil. The Course is based on a new curricular project and new pedagogical aspects. This project guides the elaboration of content of the discipline of Epidemiology, contextualized in the social problems and problems related to human resources in health services. The objectives and strategies include integration between the University and health services and the training of professionals to contribute to consolidate the Brazilian Health System.

Key words: Nursing; Nursing Education; Nursing Staff; Public Health; Epidemiology

RESUMEN

En este artículo se describen las alternativas metodológicas utilizadas en la conducción de disciplinas de salud colectiva / epidemiología, entendidas como microcampos estratégicos en un nuevo Curso de Enfermería de la PUC-MG. En un nuevo proyecto curricular y pedagógico, se buscó configurar los microcampos colocando en el mismo contexto los problemas actuales relacionados a la formación de recursos humanos en salud / enfermería, incorporando contenidos y métodos que representen y permitan integrar enseñanza-trabajo. Con enfoques a partir de problemas, se muestra que la formación de profesionales capaces puede ayudar a consolidar el Sistema Único de Salud brasileño.

Palabras clave: Enfermería, Educación en Enfermería; Personal de Enfermería / Educación; Salud Colectiva; Salud Pública; Epidemiología

¹ Médico Sanitarista, Mestre em Saúde Pública/Epidemiologia, Professor da PUC-Minas; Consultor do Ministério da Saúde.
Endereço para correspondência: Rua Timbiras, 1.484 apto. 1.401 Belo Horizonte/MG - CEP 30140-061
E-mail: serafimbs@ig.com.br - telefones: (31) 3222-3412 e (31) 9129-7611

I. INTRODUÇÃO

Os cursos de graduação na área da saúde no Brasil vêm sendo freqüentemente questionados quanto às suas limitações na formação de profissionais sintonizados com as diretrizes dos novos modelos de organização de serviços e da assistência no setor público de saúde. Tem-se reportado insistentemente a um tipo de profissional considerado de “perfil inadequado”, egresso das Instituições de Ensino, incorporado ou incorporando-se aos serviços de saúde, especialmente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Os aspectos que realçam esse “perfil inadequado” podem ser evidenciados em algumas contradições, como: ênfase no referencial técnico-biológico, dissonante da necessidade de um trabalhador preparado para abordagem integral do ser humano; hegemonia da assistência individual em oposição às dimensões de prevenção e promoção da saúde, tratadas no âmbito da saúde coletiva; inabilidade para atividades básicas de coordenação, planejamento e avaliação dos serviços; priorização do saber e da prática hospitalocêntrica, com enfoque sobre a doença; supervalorização da prática especializada, estreitamente dependente da incorporação de alta tecnologia. Subjacente a uma racionalidade técnico-biológica, reproduz-se uma prática centrada na produção de serviços e distanciada das necessidades das populações, ignorando problemas sociais atualmente relevantes.⁽¹⁾ As práticas sanitárias são exercidas de forma fragmentada, refletida tanto na organização dos processos de trabalho quanto na abordagem do usuário-paciente, “atendido” de forma isolada de seu contexto sociofamiliar.

Tomando-se a Medicina como o saber que centralmente influenciou as outras áreas da saúde, tais características da formação profissional são originárias do Relatório Flexner, ordenador de um novo ensino médico a partir do início do século XX, do qual emergiram os eixos de formação dos trabalhadores da saúde de um modo mais amplo. No caso da Enfermagem, observa-se influência direta da proposta flexneriana na constituição das Escolas de Enfermagem no Brasil, especialmente no ensino de Saúde Pública, enfocando inicialmente a disciplina de Higiene e posteriormente a priorização do ensino e prática hospitalar. Atribui-se a Abraham Flexner a idealização da união de médicos e enfermeiros a serem formados no ambiente hospitalar.⁽²⁾

Das teorias pedagógicas consideradas tradicionais ou liberais que norteiam o processo de ensino-aprendizagem nas instituições formadoras de Recursos Humanos, as tendências tecnicistas mantêm correspondência direta com os princípios flexnerianos. Operam com abordagens centradas no professor, partindo do pressuposto de que o aluno é objeto do conhecimento e receptor de mensagens a serem memorizadas e enfatizam métodos e conteúdos descontextualizados dos processos históricos e de perspectivas concretas de aplicabilidade do saber e das técnicas aprendidas.^(3, 4, 5)

Não obstante as críticas que vêm sendo realizadas a esses sistemas de ensino, e consideradas as iniciativas de adaptações curriculares aos novos sistemas de saúde⁽⁶⁾, ainda são escassas ou incipientes as experiências de superação desses modelos. Um dos eixos centrais que se

propõem entre as inovações é a ruptura com modelos tradicionais de formação e capacitação de recursos humanos, apropriando-se de estratégias problematizadoras na concepção e operacionalização do processo de ensino-aprendizagem.^(5, 7, 8)

2. ABORDAGEM DA SAÚDE COLETIVA / EPIDEMIOLOGIA NA GRADUAÇÃO

A área de Saúde Coletiva/Saúde Pública⁽⁹⁾ recorta o processo saúde-doença como seu objeto central de estudo, englobando disciplinas ou áreas de concentração que abordam as diversas dimensões desse processo. No caso da Epidemiologia, recortam-se centralmente os aspectos afetos à distribuição e à determinação de doenças/eventos nas coletividades humanas. Essa disciplina, fazendo parte dos currículos *tradicionais* dos cursos de graduação, habitualmente segue o mesmo formato de abordagem do ensino-aprendizagem *tradicional*, concentrando-se na exploração de conteúdos e ferramentas desvinculados da realidade dos serviços de saúde. Além disso, têm sido pouco trabalhados os eixos específicos da epidemiologia na avaliação da atenção e dos programas de saúde. Conseqüências dessas limitações repercutem diretamente na inadequação de perfil dos futuros trabalhadores dos serviços de saúde.

De acordo com os planos diretores para a Epidemiologia no Brasil^(10, 11, 12), faz-se necessária uma transformação do seu papel no contexto dos serviços, aprofundando estudos sobre necessidades, demandas, apontando a eleição de prioridades para ação e alocação de recursos, aí articulando-se à área de Planejamento. Faz-se assim uma adequada vinculação com as diretrizes do Sistema Único de Saúde, que não somente propõem o enfoque de compreensão da saúde-doença com base no saber epidemiológico, mas também orientam a descentralização de ações, novamente agregando o instrumental da epidemiologia para descrição das realidades locais (perfil epidemiológico), intervenções e ações.⁽¹³⁾

Acredita-se que esses mesmos eixos também devem-se constituir como diretrizes do ensino da epidemiologia na graduação, funcionando como motores centrais das mudanças no processo de ensino-aprendizagem.

O projeto pedagógico de um novo Curso de Enfermagem na PUC-Minas apontou para o desafio de superação das diretrizes tradicionais de organização pedagógica e curricular, tomando por base o Sistema Único de Saúde como ordenador da formação de recursos humanos. Dentro do projeto, a Epidemiologia desponta como um dos eixos centrais de viabilização de novas abordagens e, partindo dessa perspectiva, registram-se neste artigo algumas diretrizes de condução dos chamados Microcampos de Epidemiologia (e, por extensão, um microcampo de Saúde e Trabalho), ministrados em dois períodos do Curso (2º e 5º), operacionalizado no *campus* universitário de Betim.

Já de início, vale destacar e explicitar dois aspectos centrais: primeiro, com relação à substituição formal e sobretudo contextual da terminologia “disciplina” pelo conceito de microcampo, considerado na perspectiva mais ampla do currículo, que se abre para além de conteúdos técnicos no sentido restrito, constituindo-se como eixo

gerador de projetos; segundo, o atrelamento da bioestatística à epidemiologia, escapando da ênfase em cálculos e análises isoladas.

Os eixos que traduzem a concepção e condução dos microcampos estão agrupados em 5 blocos: seleção e priorização de conteúdos; direcionamento global dos microcampos; diretrizes pedagógicas na condução dos conteúdos; estratégias metodológicas utilizadas e alternativas de avaliação, descritos a seguir.

3. SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO DE CONTEÚDOS

Não obstante o amplo escopo de conteúdos da área de Epidemiologia, a escolha para esses Microcampos tem-se embasado centralmente nos *objetivos* do Curso, decorrendo deles as *competências* direcionadas para atuação em serviços de saúde. A seleção temática leva em consideração os objetivos propostos para o momento de formação do aluno, demarcando com clareza o *que se propõe* pautar para um futuro trabalhador da saúde, e com qual *finalidade*. Essa clareza é fundamental para se elegerem alguns conteúdos em detrimento de outros, sem a ansiedade comum de agregar grandes volumes de conteúdos apenas porque constam dos livros-textos convencionais.

Os conteúdos selecionados procuram responder principalmente aos objetivos de introdução do aluno no discurso científico sobre o processo saúde-doença; na compreensão de indicadores que refletem desigualdades sociais e de saúde; na observação dos usos da epidemiologia na organização dos serviços de saúde, pautando a aproximação entre epidemiologia, informação e planejamento; e na apresentação dos métodos de investigação epidemiológica, recortando centralmente sua contribuição na análise de desigualdades e, por outro lado, como eixo para discussão dos diferentes componentes envolvidos na produção, utilização e socialização do conhecimento científico.

Merece destaque a importância atribuída à epidemiologia nos serviços de saúde, temática que fomenta uma opção (e estratégia) radical de aproximação ao Sistema Único de Saúde. Essa aproximação, ela própria constituindo-se em objetivo central dos microcampos e do Curso, desponta como perspectiva de o aluno introduzir-se nos serviços, conhecer e lidar com a *informação* em saúde, abrangendo todos os componentes que permeiam o que se compreende por *informação* no âmbito dos serviços^(14, 15, 16) – conceito ampliado de informação; fontes, instrumentos, produção, coleta, registro e processamento de dados; noções sobre bases de dados e sistemas de informação universalmente utilizados no SUS, alinhando os primeiros conceitos e passos relacionados à *avaliação* e ao *diagnóstico* em saúde. Por outro lado, resgatam-se outras dimensões dessa questão, mais diretamente afetas à esfera da *comunicação*, possibilitando ao aluno um contato e uma reflexão inicial a partir da interlocução que ele observa entre diferentes atores: trabalhadores da saúde, categorias profissionais, usuários, comissões de saúde, chefias, níveis hierárquicos da instituição, todos compondo e constituindo-se em instâncias diferentes de interesses na produção, interpretação e utilização da informação. Ainda se não houvesse nenhuma apropriação, pelo aluno, de técnicas de se lidar com esses “temas”, o próprio contato inicial com espaços

de práticas sanitárias (unidades de saúde, mencionadas adiante), retomado sistematicamente em plenárias para debate, por si só provoca o interesse em começar a entender aquela realidade (seu futuro campo de trabalho).

Nesse sentido, o destaque maior que se quer neste artigo recai menos sobre a listagem dos conteúdos propriamente ditos, mas principalmente sobre as estratégias de abordagem e a condução do processo, aspectos tratados nos tópicos seguintes.

4. DIRECIONAMENTO GLOBAL DOS MICROCAMPOS

Por direcionamento global, compreende-se a marca que se imprime aos microcampos, conduzindo-os de modo a “convidar” incessantemente o aluno a conhecer e reconhecer contradições e fazer reflexões necessárias para o seu trabalho futuro, interligando: (i) o aporte de competências técnicas específicas, (ii) a serem exercitadas em meio a compromissos e papéis mais amplos, (iii) dentro da estrutura e dinâmica dos serviços (seu campo efetivo de atuação), (iv) contextualizados em um Sistema de Saúde (SUS) com avanços significativos, mas também cheio de limitações e desafios, (v) inclusive na perspectiva de se integrar em políticas intersetoriais. Mediante a introdução dos assuntos ou a partir de observações de campo, procura-se situar o saber técnico do enfermeiro no contexto real dos serviços de saúde, que lidam com limitações evidentes, decorrentes de fatores próprios e externos, inclusive extra-setoriais. Se, por um lado, o enfermeiro aprende, no plano técnico, como avaliar um programa ou ação em saúde, no cotidiano dos serviços várias limitações restringem o uso da própria técnica aprendida; e são esses os serviços (reais) que se abrem como seu campo de trabalho. Daí, a provocação para que o aluno (futuro trabalhador de saúde) comece a refletir sobre o seu papel (técnico e social) diante da realidade que se lhe apresenta.

Avançando um pouco mais nesse direcionamento, são introduzidos e canalizados debates, cuja tônica é ir além de “idéias abstratas” sobre alguns conceitos atualmente imprescindíveis para a formação em saúde, e que são considerados complexos pelos alunos: primeiro, busca-se objetivar a aplicabilidade do pensamento e da ação *interdisciplinares* e *intersetoriais*, necessários para a compreensão e intervenção sobre processos e eventos – como exemplo, são lançadas discussões que permitem ao aluno questionar a (in)suficiência do saber do enfermeiro (isoladamente) no enfrentamento de problemas extremamente usuais (de prevalências importantes), como desnutrição, dengue e outros equivalentes; segundo, busca-se objetivar também a idéia de articulação prática entre a epidemiologia e o planejamento, ilustrando as diferentes variáveis que são levadas em conta na definição de prioridades no âmbito de políticas públicas.

Ainda como um pilar da condução dos microcampos, busca-se sempre dimensionar o conteúdo “técnico” dos fenômenos da saúde-doença, contextualizando sua compreensão na perspectiva do “progresso da ciência” (tecnologias para conhecimento e intervenção) e também nas situações que interferem em sua utilização e alcance (respostas efetivas). Doenças como cólera, tuberculose, hanseníase, doenças mentais e mais recentemente a AIDS

e doenças crônico-degenerativas, como cardiopatias e diabetes, apresentam-se como bons exemplos para se ilustrar a complexidade envolvida nesses eventos, que possibilitam a aplicação de todo o potencial da Epidemiologia, mas também extrapolam muito o âmbito da abordagem “científica”, porque assumem importância como fenômenos sociais mais amplos. No momento atual, a violência urbana pode ser tomada como paradigmática para essa discussão e os alunos são convidados a refletir sobre o cotidiano dos serviços de saúde (seu trabalho), que têm recebido diariamente as múltiplas conseqüências da violência.

Observa-se que os esforços nessa esfera de condução dos microcampos confluem para estimular os futuros profissionais a refletirem sobre a realidade de saúde e sua própria escolha, incluindo nela a dimensão de sujeitos chamados a apontar propostas, indo além da posição (às vezes confortável) de apenas identificadores de problemas. Isso, do ponto de vista do planejamento dos microcampos, é o reflexo necessário da *missão* que se desenha para eles, coadunando com a *missão* do próprio curso; de outro modo, também pode-se entender como o fomento para apropriação das chamadas competências de alto nível, segundo Perrenoud⁽¹⁷⁾.

Essa tônica que se procura imprimir como “direcionamento global” dos microcampos abre-se para o aporte de metodologias específicas para lidar com os conteúdos, sobre o que se falará nos tópicos seguintes.

5. DIRETRIZES PEDAGÓGICAS NA CONDUÇÃO DOS MICROCAMPUS

As correntes pedagógicas presentes na área de educação podem ser, a grosso modo, agrupadas em duas grandes vertentes: as tendências que se enquadram em uma “pedagogia tradicional ou liberal” e as que se aproximam de uma “pedagogia crítica ou progressista”, que reúne variantes diversas, entre as quais a “pedagogia crítico-social dos conteúdos”.^(3,4,5) Os enfoques teórico-metodológicos tradicionais centram o ensino-aprendizagem na figura do professor e assumem uma atitude prescritiva de transmissão do conhecimento para o aluno. Elege-se o saber acumulado como o centro das atenções, independentemente de sua contextualização no plano histórico-social.

A tendência crítico-social dos conteúdos propõe a superação dos enfoques tradicionais, situando o aluno, o professor e o conhecimento em uma relação de equilíbrio no processo de ensino-aprendizagem. O aluno ocupa um lugar ativo e o professor assume o papel de mediador e sistematizador do conhecimento, que deve ser contextualizado, vinculado à realidade social.

Um dos elementos centrais derivados da pedagogia crítico-social dos conteúdos e outras correntes a ela relacionadas é o conceito operacional de *problematização*, através do qual o conhecimento vai sendo apropriado a partir da análise de conteúdos e situações concretas, propiciando aproximações sucessivas do objeto em discussão, até a formulação, sistematização e/ou o esclarecimento de conceitos. Operacionalmente, há um conjunto de diretrizes que orientam a utilização dessa concepção (e método), entre as quais a eleição de uma

situação-problema, que deve servir de tema gerador para discussão e construção do conhecimento.

Na condução desses microcampos, ainda que não se partindo sempre de clássicas situações-problema e mais do que um simples aporte de metodologia, procura-se espelhar nessa concepção de ensino-aprendizagem, adaptando-se abordagens problematizadoras na discussão dos conteúdos e situações levantadas. Dessa forma, os alunos são solicitados a se debruçar sobre os temas, discutindo-os em grupos com base em exercícios e laboratórios dirigidos. Para isso, utilizam-se diversas fontes como subsídio para o debate, como equivalentes de situações-problemas – indicadores sociais e de saúde, diagnósticos realizados no âmbito do SUS (realidades nacional, regionais e locais), notícias veiculadas na mídia destacando problemas atuais e relevantes, artigos e textos da literatura científica, estudos de caso de situações variadas, demandas e problemas acerca da própria operacionalização dos microcampos, e os trabalhos de campo nas unidades de saúde. A partir da exploração desses materiais e conteúdos, conceitos são introduzidos, formulados e/ou sistematizados.

6. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS UTILIZADAS NOS MICROCAMPUS

De modo muito especial, as abordagens problematizadoras e de aproximações sucessivas da realidade de saúde estão diretamente ligadas a uma estratégia central dos microcampos, que é a aproximação do ensino aos serviços de saúde. Dada a importância atribuída a esse eixo e sua estreita relação com a estratégia de problematização, optou-se por demarcar neste tópico a discussão da epidemiologia e avaliação de serviços, dimensionando-a em alguns passos encadeados. O primeiro deles representa um momento em que o aluno, antes de ir a um serviço, é convidado a apontar o que se deve ou pode ser observado em uma Unidade Básica de Saúde. Reúnem-se as diversas situações levantadas, iniciando em grupos uma discussão sobre *variáveis* em saúde, tendo como base o agrupamento de informações-chave utilizadas em processos de avaliação. Estimula-se o debate sobre os potenciais significados expressos pelas *variáveis*, noções sobre *fontes de dados* e formas de *coleta*. Após a primeira visita aos serviços, pautam-se os primeiros seminários de apresentação livre dos principais pontos *percebidos* pelos alunos, momento importante para pontuar dois aspectos: primeiro, uma reflexão sobre o objetivo daquela atividade, despertada pela seguinte provocação: em vez de uma simples busca de dados “prontos” (positivos ou negativos) sobre (e no) serviço, atentar para a aprendizagem sobre *o que ver* e *como ver* o funcionamento e desempenho do serviço, lançando uma semente preliminar sobre o que seriam métodos para observar, descrever e analisar uma realidade; segundo, uma reflexão sobre a necessidade de habilitar-se tecnicamente não apenas para identificar problemas (habitualmente presentes), mas também para apontar propostas de superação dos mesmos, avançando para além de um olhar *curioso*, do tipo *senso comum* e ganhando status de um ato técnico contextualizado. Nesse momento, resgata-se e estimula-se a discussão de conceitos sobre *dados* e *informação* em saúde. No momento seguinte, os grupos iniciam a consolidação de informações e sua

apresentação visual (gráfica). Com as visitas subseqüentes aos serviços, retoma-se a discussão de *indicadores* (trabalhados ao longo dos microcampos) e caminha-se para a formulação de conceitos de *avaliação* e *diagnóstico* em saúde. Dando continuidade aos seminários, retoma-se e aprofunda-se a discussão sobre *informação* e suas complexas dimensões no cotidiano dos serviços, desde os problemas na sua produção (local), passando pela trajetória de sua consolidação, representatividade e confiabilidade dos registros, até as diferentes interpretações, a divulgação e as limitações do seu uso efetivo para planejamento local e sua apropriação pelas comissões de saúde e população. Nesse percurso, os alunos já estiveram em contato com os chamados bancos de dados e grandes sistemas nacionais de informação padronizados pelo SUS, agora retomados para ilustrar o que foi levantado, fazendo-se um fechamento da Unidade.

Salienta-se a ênfase especial no tema *Informação* em saúde, não apenas por entendê-la como elemento técnico central na Epidemiologia, mas também recortando-a para demarcar a sua importância na esfera do controle social e localizando a discussão da *Informação* na ótica dos diferentes interesses e como recurso de poder.^(14, 16, 18)

Julgou-se pertinente reunir neste bloco os *recursos* e *procedimentos metodológicos* subjacentes a toda a concepção do ensino-aprendizagem nos microcampos. É preciso, por outro lado, ressaltar um elo fundamental entre as questões descritas nos tópicos anteriores (direcionamento global e diretrizes pedagógicas) e a importância que se atribui ao *processo* e ao *percurso* do aprendizado. Aqui, quer-se destacar essa importância, demarcando os recursos, procedimentos, métodos, as técnicas ou simplesmente os “movimentos” que são imprimidos na condução do microcampo, nomeados como estratégias metodológicas, e que permeiam as discussões. Com a licença de adaptações diversas e livres, esses “movimentos” englobam oficinas, laboratórios, seminários, grupos de discussão, plenárias gerais e exposições dialogadas, além de trabalhos de campo com visitas aos serviços de saúde. Regra geral, a introdução dos assuntos é feita a partir da apresentação de dados, textos e situações, solicitando aos alunos leitura crítica e proposição de soluções.

Essas “estratégias metodológicas”, na realidade, ultrapassam o seu status de método e estão diretamente relacionadas a algumas competências a serem alcançadas, constituindo-se no próprio exercício e na aquisição processual de habilidades de realização de trabalhos em equipe, oficinas, organização de dados, preparação de recursos didáticos para apresentações, entre outros. Esse processo envolve a disponibilização e o estímulo para o enfrentamento de problemas e tomadas de *decisão* no âmbito coletivo (equipe).

7. ALTERNATIVAS DE AVALIAÇÃO

Tradicionalmente, a *avaliação* apresenta-se como ponto crítico na área de educação. De um lado, prende-se a métodos desvinculados do aprendizado processual, centrando mensurações em termos de *eficiência* a partir do “repasso” de conhecimentos. Esse tipo de avaliação está subjacente às tendências pedagógicas tradicionais e se materializa através de provas e exercícios destinados à

captura de respostas. Por outro lado, as correntes pedagógicas mais avançadas apontam novos marcos conceituais para avaliação, porém, muitas vezes, de difícil operacionalização. É difícil dimensionar e aferir, de forma objetiva, as diferentes transformações e repercussões que ocorrem em meio ao processo de aprendizagem. Portanto, nem sempre se efetivam processos avaliativos coerentes com as novas propostas pedagógicas.

Apesar dessas limitações, neste artigo, recortam-se algumas iniciativas que têm sido enfatizadas, buscando-se uma aproximação com a chamada avaliação formativa, mais voltada para a aprendizagem e menos ocupada com medidas de conhecimentos estanques.⁽¹⁸⁾ Nesse sentido, o desenho da avaliação coincide com as estratégias utilizadas no planejamento dos microcampos, seguindo seu rastro. Os eixos da avaliação estão agrupados como se segue.

Participação do aluno nos debates em sala de aula – permite a observação da disponibilidade do aluno para interagir com o “movimento” em sala de aula, seja através do questionamento e das demandas por esclarecimentos sobre os conteúdos ou pela iniciativa em manifestar opinião e posicionar-se diante dos temas. Isso é particularmente significativo na medida em que se direcionam situações-problema capazes de mobilizar o aluno, ao se tratar, por exemplo, de indicadores sócio-sanitários que revelam realidades de abrangência universal, regional e local, sobre os quais os alunos são provocados a fazer leituras e interpretações livres, isoladas, depois direcionadas, contextualizadas e comparadas com diferentes realidades, países etc.

Comportamento do aluno no trabalho em equipe – permite a observação do movimento que o aluno faz para debater o assunto pautado, assumindo atitudes ora mais isoladas ora esforçando-se para envolvimento; assumindo papéis mais diluídos, mais marginais ou mais bem definidos, como a coordenação da discussão; cuidando do tempo para encaminhamentos; empenhando-se no acabamento dos produtos, inclusive no formato para apresentações; desenvolvendo atitudes e reações mediante exercícios mais estruturados ou mais abertos; selecionando o tipo e o volume de demandas que traz para o professor (a intensidade com que o professor é acionado e com quais finalidades, quais perguntas); demonstrando capacidade de síntese da discussão; revelando preocupação maior ou menor com a representatividade do produto (se reflete ou não a opinião da maioria). Pode-se dizer que essas vivências ajudam na preparação para o enfrentamento das diferentes situações-problema no cotidiano de trabalho.

Compreensão de conteúdos e habilidade para expressar essa compreensão, inclusive na forma de texto – observação da capacidade de articular e ordenar idéias com clareza, objetividade e visão crítica. Nesse quesito, a própria objetividade da linguagem epidemiológica contribui como referência para avaliação da capacidade do aluno em expressar de forma encadeada diferentes tipos de inter-relações (variáveis dependentes e independentes; determinantes e efeitos etc.). Por outro lado, os eixos do saber epidemiológico também são uma referência para avaliar os avanços do aluno na sua capacidade de contextualizar essas inter-relações (análises comparadas, pontuando causas, fatores influentes,

prevalentes etc.). A partir de discussões de séries históricas sobre mortalidade infantil, por exemplo, o aluno é acompanhado, através (também) de textos que refletem seu modo particular de expressar a compreensão dos diferentes componentes envolvidos com esse indicador, identificando e relacionando: determinantes, magnitude dos índices, reflexo social do indicador, intervenções possíveis e as que foram efetivas na história recente do país, e impacto das políticas de saúde e intersectoriais. A singularidade desse “exercício” é ressaltada também porque o aluno é estimulado a ir voltando ao seu texto, refazendo-o, após correção inicial, possibilitando avaliação de sua evolução com o decorrer dos microcampos, através de sucessivos contatos não somente com o tema, mas com todo o instrumental da epidemiologia.

Laboratórios com exercícios semi-estruturados, realizados em grupos – trabalhos direcionados em três vertentes: uma, que permite a discussão de dados epidemiológicos, textos e indicadores em geral; outra, englobando estudos de casos específicos e uma terceira, baseada na leitura de artigos de pesquisa epidemiológica, a partir dos quais são orientados na discussão sobre a metodologia e resultados dos estudos, particularmente no seu potencial de análise de desigualdades em saúde. Objetiva-se a introdução e o acompanhamento do aluno na busca de literatura especializada e familiarização com a linguagem epidemiológica vinculada a temas de relevância na atualidade (por exemplo, pesquisas sobre fatores envolvidos na violência urbana, causas externas de morte etc.).

Oficinas e seminários de sistematização de dados levantados nos serviços de saúde – os trabalhos de campo possibilitam o acompanhamento do aluno em vários momentos e eixos de aprendizagem: em suas observações (de campo) livres e nas impressões que decorrem dessas observações; na troca estabelecida entre colegas sobre a percepção dos “problemas” observados; na forma de expor as situações observadas, inicialmente de modo mais subjetivo e fragmentado e, posteriormente, de modo mais sistemático; na elaboração de relatórios com base em modelos orientados; na mobilização geral do grupo para buscar informações e sistematizá-las. Propiciam-se ao aluno substratos para que ele avance para além da simples (ou simplista) observação de problemas nos serviços visitados, passando a refletir sobre a necessidade e possibilidade de envolver-se em sua explicação e apontar propostas como agentes de mudança. Evidentemente essa discussão é apenas iniciada e, em meio à sua complexidade, almeja-se apenas aguçar no aluno o senso/sentido da *avaliação (e planejamento) sistemática*, despertando para o potencial da epidemiologia no cotidiano dos serviços.

Vale reafirmar que todos esses recursos de avaliação são iniciativas exploratórias, sobre as quais se pode fazer uma reflexão apenas preliminar e de ordem qualitativa. São experiências que exigem e comportam imprevistos e ajustes permanentes, e, até por essas características (e limitações), tornam-se difíceis de serem tomadas como objeto de validações criteriosas quanto aos seus resultados. De qualquer modo, acredita-se que a avaliação assim desencadeada aproxima-se da perspectiva formativa, no sentido de *contribuir para melhorar as aprendizagens em/no*

Curso⁽¹⁷⁾, colando-se ao desenvolvimento das competências desejadas para o aluno/futuro trabalhador da saúde.

8. DISCUSSÃO

A partir das décadas de 80 e 90, com a discussão sobre a nova política de saúde, iniciou-se na Enfermagem uma reflexão que a aproximou da pedagogia da Escola Crítica, apontando para a modernização curricular, partindo da concepção sobre o processo saúde-doença como de abrangência biopsicossocial e englobando indicadores de saúde e dos serviços em sua plataforma operacional.⁽⁴⁾

É nessa perspectiva que se inserem as potencialidades desses microcampos, tomando-se o projeto pedagógico do Curso em questão como referência para a decodificação de conteúdos e modos de operacionalizar o ensino. Vislumbra-se assim o potencial de exploração da Saúde Coletiva, particularmente a Epidemiologia, enfocando a complexidade do processo saúde-doença e a dinâmica do sistema de saúde. Nesse sentido, os microcampos funcionam inclusive como eixos geradores de projetos interdisciplinares, marcando as interfaces com outros microcampos como Saúde Ambiental, Bioética, Saúde do Trabalhador e os relacionados à Administração, ao Planejamento e à Gestão. Além desse eixo de integração, ressalta-se um outro, assegurado pela possibilidade efetiva de aprofundamento dos trabalhos iniciados em um período, retomando-os em outros períodos e em outros microcampos ligados à Saúde Coletiva.

Em meio a essas diferentes articulações, a estruturação dos microcampos orienta-se pelo perfil do egresso que se quer formar, hábil para uma prática que ajude na compreensão e transformação da realidade da saúde. Nesse sentido, vale reafirmar o conceito de *competência* para o educador Perrenoud, como a “faculdade de mobilizar diversos recursos cognitivos, incluindo saberes, informações, habilidades operatórias e principalmente inteligências, para, com eficácia e pertinência, enfrentar e solucionar uma série de situações ou de problemas”.⁽¹⁷⁾

Se a epidemiologia é um subsídio inquestionável para definição das políticas de saúde e de aplicabilidade evidente na operacionalização dos serviços, e se é a partir dos seus modelos que se pode compreender e intervir sobre o processo saúde-doença (base inclusive para outras disciplinas), sua concepção e seus recursos devem ser exaustivamente discutidos no âmbito da própria graduação. E para não se reduzir a uma discussão puramente “técnica”, precisa ser orientada por novos paradigmas pedagógicos. Segundo a pedagogia crítico-social dos conteúdos, a problematização permite tomada de atitudes, reflexão e superação de problemas.^(3, 5) O Projeto Pedagógico do Curso abre possibilidades de uso dessas estratégias.

Por outro lado, o currículo novo traz grandes desafios para os professores e dificuldades das seguintes ordens: de livrar-se da prisão dos conteúdos, instaurando-se o conflito entre volume, temas essenciais e prioridades; de abandonar a postura usual de ir ministrando capítulos de livros-texto em uma seqüência rígida, como um fim em si mesmos; de experimentar novas metodologias, repensando práticas até então consolidadas tanto na história do professor quanto nas “expectativas” tradicionais dos alunos; de romper com formatos tradicionais de avaliação

e de propor novos meios para avaliar processos, desempenho; de exercitar conflitos e negociações efetivas entre os atores envolvidos (instituição, professor e alunos), remetendo-se a prazos, tipos de trabalhos, forma de apresentação, pontuação etc.; de conceber e operacionalizar abordagens priorizando a idéia de processo (voltar aos trabalhos, deixar que os alunos revejam sua produção em diversos momentos, acompanhar essa produção, estimular a compreensão do saber e da prática como momentos inacabados); de manusear a distribuição de notas, sem priorizar a questão do volume de atividades (prescrição de uma série de atividades para compor os pontos *versus* trabalhar atividades em visão de processo); de enfrentar os alunos diante das demandas deles próprios por abordagens tradicionais e usuais; de envolver os alunos no planejamento do microcampo; de estabelecer interpenetrações de conteúdo entre os microcampos; de compreender efetivamente a interdisciplinaridade e o desenvolvimento de projetos nessa direção; de uniformizar metodologias de abordagem e avaliação entre os professores. Vale ressaltar que a experiência dos professores em serviços de saúde facilita muito a operacionalização dos microcampos, vinculando práticas e contextualizando o conhecimento.

Especialmente na relação com os alunos, destacam-se dentre os enfrentamentos: a introjeção do discurso de que é difícil mudar e se disponibilizar para novos métodos de aprendizagem (enfrentar esse discurso exige habilidade do professor); a conscientização de que os alunos, apesar de jovens e sem a experiência do dia-a-dia dos serviços de saúde, pendem para o discurso da “queixa” e desqualificação genérica do SUS, com dificuldade de avançar em problematizações e proposições (como sujeitos/cidadãos/futuros trabalhadores de saúde), o que também exige do professor domínio de técnicas, conhecimento dos serviços de saúde e nível mínimo de análise de conjuntura para contribuir com a (trans)formação desse aluno; percepção de que os alunos inicialmente sentem-se “muito soltos”, com a sensação de que o conteúdo não está sendo “repassado” (e essa não é realmente a intenção); o desconforto para o professor de não ter de prestar contas de modo tradicional e direcionado em trabalhos ou provas; a inexperiência e a estranheza em estabelecer outros tipos de comunicação e interlocução com o professor (que não seja o da prestação de contas de modo tradicional), revelando grandes dificuldades para compreender o que é e como se pode trabalhar no nível de negociações, “pactos” e cumprimento dos compromissos pactuados; a dificuldade para “escutar” e depurar informações, orientações e encomendas, fora das demandas tradicionais, normativas etc.

É necessário lembrar que se trata de alunos de graduação e que não há pretensão de pautar debates conceituais em níveis inapropriados para tal momento de formação. Avança-se, no entanto, na pauta sobre o alcance da epidemiologia nos serviços e na construção do SUS, tendo em vista que o saber epidemiológico possibilita o trânsito necessário entre técnica e contexto.

AGRADECIMENTOS

O autor manifesta seu agradecimento às Enfermeiras Terezinha Moreira, Consultora do Ministério da Saúde, e Telma Maciel Silva, diretora da Escola de Enfermagem da PUC-Minas, pela colaboração na leitura e comentários para a primeira versão deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minayo MCS. Acidentes e violências, um desafio para a educação médica. *Bol Assoc Bras Ens Méd* 2001; 9: 2.
2. Serrano HG. Hacia una enfermería crítica: breve reflexión epistemológica. In: Sena, RR. *Educación de enfermería en America Latina*. Bogotá: Universidad Nacional Real; 2000. p.2-12.
3. Gadotti M. *Pensamento pedagógico brasileiro*. São Paulo: Ática; 2000.
4. Saube R, organizador. *Educação em enfermagem*. Florianópolis: UFSC; 1998.
5. OPAS/OMS. *Oficina de trabalho: reflexão crítica sobre a prática pedagógica nos processos de capacitação nos serviços de saúde*. Brasília; 1993.
6. Sena RR. *Educación de enfermería en America Latina*. Bogotá: Universidad Nacional Real; 2000.
7. Mamede S, Penaforte J, organizadores. *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Hucitec; 2001.
8. Santana JP, organizador. *Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde; 1997.
9. Paim JS, Almeida-Filho N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
10. ABRASCO. *Plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil: 2000-2004*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2000.
11. ABRASCO. *Plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil: 1995-1999*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.
12. ABRASCO. *Plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1989.
13. Brasil. Lei nº.8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Citada jan.2004]. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/>
14. Moraes IHS. *Política, tecnologia e informação em saúde*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2002.
15. Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
16. Moraes IHS. *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO; 1994.
17. Perrenoud, P. *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens (entre duas lógicas)*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
18. Oliveira VC. *Comunicação, Informação e ação social*. In: Santana JP, organizador. *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de Saúde da Família*. Brasília: OPAS; 2000. p.65-74.

VIGILÂNCIA PÓS-ALTA DOS PACIENTES CIRÚRGICOS: MÉTODOS RECOMENDADOS E A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

POST-DISCHARGE SURVEILLANCE IN SURGICAL PATIENTS: RECOMMENDED METHODS AND THE EXPERIENCE OF A UNIVERSITY HOSPITAL

LA VIGILANCIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS: LOS MÉTODOS RECOMENDADOS Y LA EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Adriana Cristina Oliveira¹
Bruna Adriene G. de Lima²

RESUMO

As infecções do sítio cirúrgico (ISC) representam uma importante porcentagem entre as infecções hospitalares, sendo necessário um controle efetivo. Considerando que grande parte dessas infecções se desenvolvem após a alta hospitalar, torna-se necessário fazer um acompanhamento pós-alta dos pacientes cirúrgicos. Porém, verifica-se uma grande dificuldade nas instituições hospitalares para realizar este acompanhamento, pela escolha de um método de vigilância viável em termos de recursos humanos e infra-estrutura. Este trabalho buscou revisar os métodos de controle da ISC após a alta hospitalar referendados pela literatura e descrever a experiência vivenciada pelo controle de infecção hospitalar no seguimento pós-alta.

Palavras-chave: Infecção Hospitalar; Infecção da Ferida Operatória; Controle de Infecção; Alta do Paciente; Métodos de Vigilância; Hospitais Universitários

ABSTRACT

Surgical site infections (SSI) are a significant percentage of hospital infections, and demand effective control. Considering that most of these infections develop after discharge, it is necessary to follow up surgery patients. However, it is very difficult for hospitals to do this follow-up, finding a feasible surveillance method in terms of human resources and infrastructure. This work sought to review the control methods of SSI control after discharge recommended in the literature, and to describe the experience of nosocomial infection control in discharge follow-up.

Key words: Cross Infection; Surgical Wound Infection; Infection Control; Patient Discharge; Epidemiological Surveillance; Hospitals, University

RESUMEN

Las infecciones de herida quirúrgica (IHQ) representan un importante porcentaje entre las infecciones hospitalarias por lo cual es necesario un control efectivo. Considerando que gran parte de estas infecciones se desarrollan tras el alta hospitalaria, es necesario efectuar el seguimiento de los pacientes quirúrgicos tras dicho alta. Sin embargo, lo que se observa es que para las instituciones hospitalarias es difícil llevar a cabo tal seguimiento por la elección de un método de vigilancia viable tanto en término de recursos humanos como de infraestructura. Este trabajo buscó revisar los métodos de control de la IHQ tras el alta hospitalaria considerados en la literatura y describir la experiencia vivida por el control de infección hospitalaria con el seguimiento después del alta.

Palabras clave: Infección Hospitalaria; Infección de Herida Operatoria; Control de Infecciones; Vigilancia Epidemiológica; Hospitales Universitarios

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

² Aluna do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Rua Guajajaras, 201 apto. 402, Funcionários - CEP 30180-100- Belo Horizonte/MG - E-mail: adriana@enf.ufmg.br

1. INTRODUÇÃO

Infecções de sítio cirúrgico (ISC) são aquelas que ocorrem na incisão cirúrgica, acometendo tecidos, órgãos e cavidades manipulados durante a operação. Podem ser diagnosticadas até 30 dias após o procedimento, ou até um ano, em caso de colocação de prótese.^(1,2)

A ISC é uma complicação relevante, por contribuir para o aumento da mortalidade e morbidade dos pacientes pós-cirúrgicos, causando prejuízos físicos, emocionais, como seu afastamento do trabalho e do convívio social. Além disso, eleva consideravelmente os custos com o tratamento, repercutindo também em uma maior permanência hospitalar. Apesar de ser a complicação mais comum de uma cirurgia, a ISC deve ser evitada e a sua ocorrência deve estar dentro dos níveis aceitos pelos órgãos competentes.⁽¹⁻³⁾

De acordo com o Ministério da Saúde, Portaria 2.616/98,⁽⁴⁾ todos os hospitais devem possuir diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares, organizadas com base nos Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), desenvolvidos pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Assim sendo, é de competência da CCIH realizar a vigilância epidemiológica de todos os pacientes, principalmente daqueles que apresentam risco maior para infecção, como os cirúrgicos. É ainda sugerido que essa vigilância deva ser realizada por meio de métodos prospectivos, como a busca ativa, sistemática e contínua das infecções hospitalares e de sua distribuição.⁽⁴⁾

E nesse contexto, percebe-se que, em relação a ISC, a vigilância do paciente cirúrgico, na maioria das instituições, tem ocorrido apenas durante o período de internação, apesar de a recomendação do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) de Atlanta⁽⁵⁾ enfatizar que esse paciente, devido aos fatores específicos, inerentes ao ato cirúrgico e sua condição, tenha sua vigilância ampliada para o período após a alta hospitalar.

Apesar disso, verifica-se uma grande dificuldade das CCIHs de acompanhar esse paciente após a alta, principalmente devido ao curto período de internação (em média de três a cinco dias), ao aumento das cirurgias ambulatoriais, em que o paciente recebe alta no mesmo dia, e a diversos outros fatores, ocasionando assim uma subnotificação daquelas infecções que se manifestam após a saída do paciente do ambiente hospitalar.^(1,6)

Essa subnotificação tem sido referida pelo próprio CDC⁽⁵⁾ e por diversos autores^(1,3,7-10) quando da ausência de algum tipo de seguimento dos pacientes cirúrgicos após a alta hospitalar, apontando para cifras em torno de 19% a 84%.^(1,11)

Vários podem ser os métodos indicados para vigilância pós-alta do paciente cirúrgico, sendo imprescindível que cada instituição adote aquele que melhor condiz com sua realidade (infra-estrutura, recursos humanos, espaço físico etc), sem, no entanto, deixar de realizar algum tipo de vigilância.

Diante da relevância epidemiológica da questão e da importância de se realizar a vigilância dos pacientes cirúrgicos após a alta hospitalar e, ainda, considerando a subnotificação dessas infecções, este trabalho teve como objetivos revisar os métodos de controle da ISC após a

alta hospitalar referendados pela literatura e descrever a experiência vivenciada pelo Hospital das Clínicas/UFMG com o seguimento pós-alta implantado desde 1999.

2. METODOLOGIA

Trata-se, na primeira parte, de um estudo de revisão bibliográfica, fundamentado nos dados fornecidos pelas seguintes bases: Bireme, Scielo, Lílacs, Portal CAPES, no período de 1992 a 2003.

Foram incluídos todos os artigos que atendiam aos seguintes critérios:

- publicação nos últimos dez anos;
- publicação em revistas de grande circulação e relevância para a prática dos profissionais do controle da infecção hospitalar no Brasil e no mundo, como *American Journal Infection Control* e *Infection Control Hospital Epidemiology*;
- abordagem da vigilância dispensada aos pacientes submetidos a procedimento cirúrgico, durante a internação e após a alta hospitalar.

Na segunda parte é apresentada a experiência do HC/UFMG com o seguimento pós-alta, iniciado pela CCIH desde 1999, em pacientes cirúrgicos submetidos a cirurgias em diversas especialidades.

3. REVISÃO

3.1-VIGILÂNCIA DA INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO

Ao longo dos anos, os procedimentos cirúrgicos têm se aprimorado cada vez mais, no que se refere à descoberta da anestesia, às técnicas cirúrgicas e ao aumento dos recursos tecnológicos disponíveis entre outros fatores, trazendo como consequência o aumento da sobrevivência dos pacientes cirúrgicos.⁽⁵⁾

Esse fato também favoreceu o aumento do número de cirurgias realizadas e resultou em maiores possibilidades para a ocorrência de ISC, demonstrando que, apesar dos avanços tecnológicos, o controle de infecção em pacientes cirúrgicos continua sendo um grande desafio.^(8,12)

A ISC corresponde a 25% das infecções hospitalares (IH) e contribui significativamente para aumentar as despesas do hospital devido às complicações inerentes ao processo infeccioso, as quais resultam em aumento da permanência hospitalar, custos com a terapia antimicrobiana entre outras despesas.⁽⁹⁾

Considerando ainda, que as ISCs representam um risco significativo à saúde dos pacientes, devido a sua incidência e letalidade, a taxa de IH é percebida como um indicador da qualidade da assistência.^(3-4,8)

Pode-se ressaltar ainda que é de reconhecimento mundial que programas efetivos de controle de infecções hospitalares contribuem sensivelmente para a melhoria da qualidade da assistência à saúde, pois tendem a reduzir a incidência e a gravidade das infecções hospitalares.⁽⁴⁾

3.2. VIGILÂNCIA PÓS-ALTA

É sabido que uma parcela significativa de ISC se desenvolve após a alta hospitalar devido ao curto período de internação do paciente cirúrgico.⁽¹⁰⁾

A tendência de redução do tempo de internação do

paciente cirúrgico, principalmente com a realização de cirurgias ambulatoriais, por um lado trouxe grandes benefícios ao paciente, como a menor exposição ao ambiente hospitalar, o retorno precoce ao convívio social e familiar entre outros, mas por outro lado dificultou a vigilância das ISC.⁽⁹⁾

Ferraz⁽³⁾ aponta três vantagens que contribuem para a realização das cirurgias ambulatoriais: baixo custo, redução das taxas de infecção e maior número de pacientes atendidos.

Apesar de o CDC determinar um tempo ideal de até 30 dias após a alta para se fazer o seguimento do paciente cirúrgico, vários estudos afirmam que a maioria das ISCs podem ser identificadas até o 21º dia.⁽⁶⁾ Rodriguez⁽¹³⁾ relata em seu estudo que 88% das ISC pós-alta foram notificadas até 21 dias, enquanto Stockley⁽¹⁴⁾ evidenciou que 80,5% das ISC foram identificadas até o 15º dia de pós-operatório.

Vários métodos de vigilância pós-alta são referidos na literatura: contato telefônico diretamente ao paciente, envio de questionários a médicos e pacientes, revisão do prontuário do paciente, revisão de exames microbiológicos e retorno do paciente ao ambulatório com exame direto da ferida operatória.^(1,9,11)

A dificuldade encontrada, porém, está na escolha de um método de vigilância que viabilize esse seguimento após a alta hospitalar, adequando-se ao perfil dos pacientes e dos recursos que a instituição possui.

3.3. MÉTODOS DE VIGILÂNCIA PÓS-ALTA

Papel da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

A CCIH deve elaborar, executar e supervisionar um programa de controle de infecção hospitalar que seja compatível com as características e necessidades da instituição. Também compete à CCIH calcular e disponibilizar taxas de infecções hospitalares, como a taxa de ISC.⁽⁴⁾ Porém, quando a vigilância é realizada somente durante a internação, a possibilidade de subnotificação das taxas de ISC é uma realidade.

Essa subnotificação tem como consequência a obtenção de taxas que não retratam a realidade do serviço prestado, indicando uma falsa idéia da ausência de problemas e dificultando/impedindo assim que ações preventivas e de controle da ISC sejam implementadas.

Sendo assim, é de fundamental importância a criação de um programa de vigilância pós-alta de pacientes cirúrgicos para obtenção de taxas confiáveis que irão contribuir para o controle efetivo dessas infecções.⁽⁶⁾

Visando a eficiência e eficácia das ações propostas pela CCIH, a Portaria 2.616/98⁽⁴⁾ recomenda que, em sua composição, a CCIH seja formada por uma equipe multiprofissional, constituída de médicos, enfermeiros e microbiologista entre outros. Merece destaque, nesse contexto, a atuação do enfermeiro na equipe, pois cabe a ele realizar a investigação epidemiológica por meio da busca ativa dos pacientes internados bem como o acompanhamento após a alta, a notificação das IH, a orientação e o treinamento para os profissionais da assistência, além de participar da elaboração de regimentos internos e normas e rotinas técnico-operacionais participando também da equipe multiprofissional.^(4,15)

3.3.1. Contato telefônico com o paciente

É um método de fácil realização, de baixo custo, geralmente utilizado quando não é possível ao paciente retornar ao consultório do cirurgião ou ao hospital.⁽¹⁶⁾ A sensibilidade é uma limitação, pelo viés de informação (descrição da ferida operatória pelo paciente), pois pode ser duvidosa a interpretação dos sinais e sintomas de infecção pelo próprio paciente. Eles geralmente podem confundir secreção serosa com pus^(9,16), levando a uma supernotificação da infecção, pela ausência de associação com outros sinais e sintomas como febre (definida como temperatura igual ou superior a 38º Centígrados), hiperemia, celulite entre outros.

Os contatos telefônicos podem ser dificultados quando realizados em horário comercial, resultando em uma baixa porcentagem de pacientes contatados. Este fato também é reafirmado por Manian⁽⁹⁾ que em um estudo conseguiu contatar depois de três tentativas, apenas 38% dos pacientes.

Um exemplo dessa baixa porcentagem de contacto com os pacientes pode ser encontrado em pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos, como apendicectomia, uma vez que seu retorno ao trabalho pode ocorrer em menos de duas semanas.⁽¹⁴⁾

3.3.2. Envio de questionários a pacientes

É relativamente eficiente, tem uma sensibilidade e especificidade incertas por também depender de informação do paciente.⁽⁹⁾ É um método que pode ser utilizado em qualquer circunstância e com o mínimo de recurso, porém verifica-se que o retorno dos questionários respondidos é geralmente baixo.⁽¹⁶⁾

Holtz⁽¹¹⁾ verificou que a taxa de ISC pós-alta obtida através de carta pode ser até três vezes menor quando comparada à que se obtém por contato telefônico.

Geralmente, a taxa de resposta de questionários é baixa, variando de 15% a 33%.⁽⁵⁾

Um exemplo do baixo retorno dos questionários foi o levantamento feito por Ferraz⁽¹⁷⁾ sobre a infecção do sítio cirúrgico, promovido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), dos 3.225 questionários enviados a todos os membros do CBC, apenas 107 (3,3%) foram respondidos. Desses, 86 referiam-se a alguma forma de controle de infecção no paciente cirúrgico e somente 61 estendiam esse controle aos ambulatórios.

3.3.3. Retorno ambulatorial dos pacientes

Consiste no retorno do paciente ao ambulatório da instituição, coincidindo ou não com seu retorno ao cirurgião para retirada de pontos ou avaliação da cirurgia.

O ambulatório pode estar localizado no próprio hospital em que foi realizada a cirurgia ou em um local mais próximo do paciente.

É recomendado que este seguimento seja feito por um membro da CCIH, previamente treinado, a fim de garantir a homogeneidade dos critérios utilizados durante o período de notificação intra-hospitalar e após a alta.

Um ponto positivo deste tipo de vigilância é a proposição de que todas as ISC sejam notificadas, independentemente de sua localização. Tal medida se refere à dificuldade verificada de que, quando médicos realizam a notificação da ISC em seus consultórios/ambulatórios, as

ISC superficiais geralmente passam despercebidas, deixando de ser notificadas.⁽¹⁾ Isto se deve ao fato de que quase sempre as ISC superficiais não necessitam de terapia antimicrobiana, além de serem de fácil resolução, bastando a aplicação de calor local.

Por outro lado, exemplo de seguimento exclusivo em ambulatório pelos profissionais da CCIH, tem sido relatado com bom índice de retorno, apesar de esta modalidade implicar uma estrutura física e de recursos humanos diferenciada, o que nem sempre é possível para a maioria das instituições.

Um exemplo positivo refere-se ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco que avaliando quatro anos de seguimento do paciente cirúrgico pós-alta Ferraz⁽¹⁷⁾ obteve uma taxa de retorno de 75% a 91%.

4. A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais é um hospital universitário de cuidados terciários e de grande porte, com 316 leitos ativos cuja grande maioria (95%) destina-se a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

É considerado centro de referência em todo o estado, no tratamento de várias doenças, sendo realizadas cirurgias de alta complexidade como transplante renal, hepático e pulmonar entre outras cirurgias. São realizadas em média 5.570 cirurgias/ano.

No que se refere ao seguimento pós-alta, o HC/UFMG implantou o seguimento ambulatorial pós-alta desde 1999, em decorrência de uma dissertação de mestrado realizada em 1998 que mostrou a importância desse tipo de seguimento nesse hospital.

No ambulatório, se acompanhavam os pacientes que haviam sido operados, inicialmente, apenas no serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo, devido a maior representatividade desta especialidade no HC.

A equipe responsável pela vigilância avaliava todos os pacientes que compareciam ao ambulatório para a retirada de pontos ou avaliação médica, notificando as ISC que eram observadas.

O acompanhamento era realizado diariamente no ambulatório. Durante o estudo, Oliveira⁽⁷⁾ relatou uma taxa de retorno de 73,0%, sendo que, durante esse período, foram notificadas 140 ISC no retorno ambulatorial, correspondendo a 34,8%; durante a internação 50 ISC (7,9%) foram diagnosticadas.

Em relação ao impacto da vigilância pós-alta, este foi de 73,7%, ou seja, das 190 ISC notificadas no período do estudo, 140 foram diagnosticadas após a alta hospitalar, fato este que evidenciou a importância da implementação da vigilância pós-alta nessa realidade.

Esses achados foram corroborados pela experiência descrita por Ferraz⁽¹⁷⁾ em um estudo realizado durante quatro anos no HC/UFPE. Esse autor obteve uma taxa de retorno de 75% a 91% dos pacientes ao ambulatório.

Essa modalidade de vigilância por retorno ambulatorial iniciada em 1999 no HC/UFMG foi realizada até o final de 2002, quando a CCIH, avaliando as dificuldades de manutenção da estrutura física e de recursos humanos para a continuidade do trabalho, resolveu implementar outro método de seguimento.

Diante das dificuldades, a CCIH implantou então o contato telefônico em março de 2003, na tentativa de realizar a vigilância pós-alta dentro das disponibilidades do HC/UFMG, atendendo assim a uma necessidade do serviço.

Assim definido, decidiu-se ampliar a vigilância para todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos realizados no HC/UFMG. Dada a impossibilidade de se concretizar a vigilância em relação a todos os pacientes cirúrgicos, em todas as especialidades, foi proposta então a definição de uma amostra para seguimento, que seria escolhida aleatoriamente, devendo ser representativa de todos os pacientes cirúrgicos internados no HC/UFMG, no mês.

Após a seleção em relatório constando o tipo de cirurgia realizada, a data do procedimento e o telefone, os pacientes foram procurados por telefone, em duas tentativas realizadas em momentos diferentes, considerando o período de até 30 dias após a data do procedimento cirúrgico.

No contato telefônico o paciente era questionado sobre sinais característicos de infecção na ferida operatória, como hiperemia, calor, rubor, deiscência, presença de secreção no local da incisão e aspecto da secreção, quando presente.

Durante o ano de 2003, foram selecionados 2.759 pacientes como parte da amostra do trabalho, tendo sido efetivamente contatados apenas 1.471 que corresponderam a 53% dessa amostra. E em relação à notificação da ISC a taxa média foi de 8,1%, menor, portanto, que as taxas encontradas no seguimento ambulatorial.

As razões da perda de contato com os pacientes são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Causas da perda dos pacientes não contatados por telefone na vigilância pós-alta, CCIH/HC/UFMG, 2003

Causas do não contato	número	%
Telefone incorreto	216	16,8
Telefone programado para não receber ligação	70	5,4
Telefone não atende após diversas tentativas	236	18,3
Quem atendeu ao telefone não sabia dar informação	100	7,8
Telefone ocupado	107	8,3
Paciente sem telefone	559	43,4
Total	1.288	100

Essa dificuldade é corroborada por diversos autores, como Ferraz⁽¹⁷⁾ que afirma que o contato telefônico não é efetivo em populações com baixo poder econômico, por não possuírem telefone, na maioria das vezes, fato esse que também foi encontrado neste estudo com 43,4% de pacientes sem telefone, entre os não contatados.

Diante da grande perda detectada, superior a 50%, a CCIH resolveu instituir a partir de 2004, uma nova modalidade de seguimento pós-alta pela realização da prevalência pontual, ou seja, pela representação da proporção da população que tem a ISC em um dado momento no tempo, ou seja, os casos existentes novos e antigos da doença, independentemente da data de início.⁽¹⁸⁾ Essa nova modalidade deverá ser iniciada para o primeiro semestre de 2004 devendo ser acompanhada e avaliada ao final do período para novas conclusões.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas foram as dificuldades encontradas pela CCIH/HC/UFGM, mas por acreditar na importância da vigilância pós-alta e na proposta da avaliação contínua de todo e qualquer PCIH é que a equipe da CCIH/HC resolveu registrar a experiência vivenciada ao longo desses anos, a fim de auxiliar outros serviços que já se encontram envolvidos na vigilância pós-alta ou que decidam implementá-la.

Além disso, essa reflexão é bastante oportuna a fim de que os serviços tenham bastante claro que antes de decidir qual o método de vigilância a ser adotado, alguns pontos devem ser considerados, tais como:

- recursos humanos disponíveis;
- localização dos ambulatórios: nos próprios hospitais ou espalhados pela cidade;
- perfil e colaboração do corpo clínico para a implementação da vigilância;
- características dos pacientes atendidos, considerando o nível sócio-econômico.

Após essas considerações, reafirma-se que não há um único método que possa ser recomendado, mas seja qual for o método a ser escolhido a homogeneidade dos critérios diagnósticos, referendados pela metodologia proposta pelo CDC, deve ser observada.

Considerando também que nenhum método de vigilância pós-alta deve substituir a vigilância realizada diariamente pela CCIH, durante a internação, recomenda-se que estratégias sejam adotadas para se realizar de forma plena o controle da infecção hospitalar nos pacientes cirúrgicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Oliveira AC, Soares JL, Garcia CA, Scatena PD, D’Oliveira L, Ciosak SI. Seguimento pós-alta do paciente cirúrgico: uma análise da importância da subnotificação da incidência da infecção do sítio cirúrgico. *REME-Rev Min Enf* 2003 jan./jul.; 7(1):48-51.

2.Rodrigues MAG, Almeida GN. Infecções do sítio cirúrgico. In: Martins MA. Manual de Infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p.171-89.

3.Ferraz EM, Ferraz AA, Bacelar TS, Albuquerque HST, Vasconcelos MDM, Leão CS. Controle de infecção em cirurgia geral - resultado de um estudo prospectivo de 23 anos e 42.274 cirurgias. *Rev Col Bras Cir* 2001; 28(1): 17-25.

4.Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº2.616/98. DOU (Brasília) 1989; 13 maio 1998.

5.Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR, et al. Guideline for prevention of surgical site infection. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20(4): 247-79.

6.Oliveira AC, Martins MA, Martinho GH, Clemente WT, Lacerda RA. Estudo comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e após a internação. *Rev Saúde Pública* dez.2002, v36 (6). [Acesso em: 20 Dez 2003] Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700009&lng=pt&nrm=iso&lng=pt

7.Oliveira AC. Controle de egresso cirúrgico: impacto na incidência da infecção de sítio cirúrgico em um hospital universitário [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 1999.

8.Oliveira AC, Carvalho DV. Infecções de sítio cirúrgico pós-alta hospitalar. *Rev Nurs* 2000 dez.; 31:17-21.

9.Manian FA. A surveillance of surgical site infections in alternative settings: exploring the current options. *Am J Infect Control* 1997; 25: 102-5.

10.Medina-Cuadros M, Sillero-Arenas M, Martinez-Gallego G, Delgado-Rodriguez M. Surgical wound infection diagnosed after discharge from hospital: Epidemiologic differences with in-hospital infections. *Am J Infect Control* 1996; 24: 421-8.

11.Holtz TH, Wenzel RP. Post discharge surveillance for nosocomial wound infection: A brief review and commentary. *Am J Infect Control* 1992; 20:206-13.

12.Medeiros AC, Aires Neto T, Dantas Filho AM, Pinto Jr FEL, Uchôa RAC, Carvalho MR. Infecção hospitalar em pacientes cirúrgicos de hospital universitário. *Acta Cir Bras* 2003; 18 (supl.1):15-8.

13.Rodriguez MD, Ortega AG, Arenas MS, Llorca J. Epidemiology of surgical-site infections diagnosed after hospital discharge: a prospective cohort study. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2001; 22: 24-30.

14.Stockley JM, Allen RM, Thomlinson DF, Constantine CE. A district general hospital's method of post-operative infection surveillance including post-discharge follow-up, developed over a five-year period. *J Hosp Infect* 2001, 49, 48-54.

15.Oliveira AC, Soares JL, Garcia CA, Scatena PD, D’Oliveira L, Ciosak SI. O estudante de enfermagem como controlador das infecções hospitalares: uma reflexão sobre sua formação, ensino e prática. *Rev Nurs* 2003 out.; 65: 26-8.

16.Whitby M, McLaws M-L, Collopy B, Looke DFL, Doidge S, Henderson B, et al. Post-discharge surveillance: can patients reliably diagnose surgical wound infections? *J Hosp Infect* 2002; 52:155-160

17.Ferraz EM, Ferraz AAB, Coelho HSTA, Vinana VP, Sobral SML, Vasconcelos MDMM, et al. Postdischarge surveillance for nosocomial wound infection: Does judicious monitoring find cases? *Am J Infect Control* 1995; 23: 290-4.

18.França E, Andrade CA. Noções de epidemiologia para o controle de infecção hospitalar. In: Martins MA. Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p.79-109.

Normas de Publicação

1 - A REME - Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais, com periodicidade trimestral, tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo as temáticas ensino, pesquisa e assistência.

2 - A REME tem a seguinte estrutura: Editorial; Artigos Originais, Resumos de Teses e Dissertações, Relatos de Experiência, Atualização e Revisão; Notas e Informações (atualização em enfermagem e em áreas afins, notas de trabalhos de investigação, resenhas e notícias diversas); Normas de publicação

3 - Os trabalhos recebidos serão analisados pelo Corpo Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos.

4 - Os trabalhos devem ser encaminhados em disquete, programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior; letra "Times New Roman", tamanho 12, digitados em espaço duplo, em duas vias, impressas em papel padrão ISO A4 (212x 297mm), com margens de 25mm, padrão carta ou a laser, limitando-se a 20 laudas, incluindo título, texto, agradecimentos, referências, tabelas, legendas e ilustrações. Devem vir acompanhadas de ofício de encaminhamento contendo nome dos autores, endereço para correspondência, e-mail, telefone e fax, e serem endereçados à REME.

5 - A primeira página deverá conter o título do trabalho; nomes dos autores, com o grau acadêmico mais alto e instituição; endereço para correspondência e entidades financiadoras (alocadas em nota de rodapé); resumos e palavras-chave, o título, resumo e palavras-chave devem ser em português, inglês e espanhol. As versões do resumo em inglês e espanhol deverão vir no final do trabalho, antes das referências bibliográficas. O resumo deve conter, no máximo, 100 palavras.

6 - Os desenhos e gráficos devem ser apresentados em, papel vegetal, fotografias e/ou "slides" em branco e preto numerados, indicando o local a ser inserido no texto; abreviaturas, grandezas, símbolos, unidades e referências bibliográficas devem observar as Normas Internacionais de Publicação.

7- Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas, Médicas. Estas normas poderão ser encontradas na íntegra nas seguintes publicações: International Committé of Medical Journal. Editors, Uniforms requeriments for manuscripts submitted to biomedical journals; Can. Assoc. J. 1995; 152(9):1459-65 e em espanhol, no Bol. Of Sanit. Panam. 19899, 107 (5).422-31.

8 - Todo trabalho deverá ter a seguinte estrutura e ordem:

- título (com tradução para inglês e espanhol);
- nome completo do autor (ou autores), acompanhado(s) de sua profissão e de seu(s) respectivos(s) título(s);
- resumo do trabalho em português, sem exceder um limite de 100 palavras;
- Palavras-chave (três a dez), de acordo com a lista Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus;
- texto: introdução, material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários e conclusões;
- Resumo em língua inglesa (Summary) e espanhola (Resumen), consistindo na correta versão do resumo para aquelas línguas;
- Key words/ Palabras-clave (palavras-chave em língua inglesa e espanhola) de acordo com a lista Medical Subject Headings I (MeSH) do Index Medicus; descritores da BIREME: www.bireme.br;
- Agradecimentos (opcional);
- Referências bibliográficas como especificado no item 10;
- Endereço do autor para correspondências.

9 - As ilustrações devem ser colocadas imediatamente após a referência a elas. Dentro de cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (Tab. I, Fig. I, Gráf I). 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. I). As fotografias deverão ser em preto e branco, apresentadas em envelope à parte, serem nítidas e de bom contraste, feitas em papel brilhante e trazer no verso: nome do autor, título do artigo e número com que irão figurar no texto.

10 - As referências bibliográficas são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto. São apresentadas de acordo com as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, citado no item 5. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação "List of Journals Indexed in Index Medicus", que publica anualmente como parte do número de janeiro, em separata. As

referências no texto devem ser citadas mediante número arábico, correspondendo às referências no final do artigo. Nas referências bibliográficas, citar como a seguir:

10.1 - PERIÓDICOS

a) Artigo padrão de revista. Incluir o nome de todos os autores, quando são seis ou menos. Se são sete ou mais, anotar os três primeiros, seguidos de et al.

Nascimento ES Compreendendo o cotidiano em saúde. *Enf Rev* 1995;2(4):31-8.

b) Autor corporativo:

The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post hepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977;2:242-4.

c) Sem autoria (entrar pelo título):

Coffee drinking and cancer of the pancreas (Editorial). *Br Med J* 1981;283:628-9.

d) Suplemento de revista:

Mastri AR. Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. *Ann Intern Med* 1980; 92 (2pte 2): 316-8.

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan (resumen). *Blood* 1979; 54(supl. 1): 26^a.

10.2 - LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

a) Autor(es) – pessoa física:

Resende ALM, Santos GF, Caldeira VP, Magalhães ZR. Ritos de morte na lembrança de velhos. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996:156.

b) Editor, compilador, coordenador como autor:

Griffith-Kenney JW, Christensen PJ, eds. *Nursing process: application of theories, frameworks and models. A multifocal approach to individuals, families and communities.* St. Louis: Mosby; 1986:429.

10.2.1 - Capítulo de livro:

Chompré RR, Lange I, Monterrosa E. Political challenges for nursing in Latin America. The next century. In: Fagin CM, ed. *Nursing leadership global strategies: International Nursing Development of the 21st. Century.* New York: National League for Nursing; 1990:221-28.

10.2.2 - Trabalhos apresentados em congressos, seminários, reuniões etc.:

Cunha MHF, Jesus MCP, Peixoto MRB. A hermenêutica e as pesquisas qualitativas em Enfermagem. Anais do 48^o Congresso Brasileiro de Enfermagem. 1996,460. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem; 1996.

10.2.3 - Monografia que forma parte de uma série:

Bailey KD. Typologies and taxonomies: an introduction to classification techniques. In: Lewis-Beck MS, ed. *Quantitative application in the Social Sciences.* Thousand-Oaks: Sage publications; 1994: 7-102.

10.2.4 - Publicação de um organismo:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 196, de 24 de junho de 1983. Brasília; 1983:5.

10.3 - TESES

Chianca TCM. Análise sincrônica e diacrônica de falhas de enfermagem em pós-operatório imediato. (Tese de doutorado). Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997; 151.

10.4 - ARTIGO DE JORNAL

Chompré RR, Lange I. Interes y dificultades para realizar estudios de maestria y doctorado en enfermería de América Latina: Horizonte de Enfermería, Santiago, 1990; Ano 1:1.

10.5 - ARTIGO DE REVISTA (não científica)

Neves MA et al. Técnicas de limpeza e desinfecção da sala de operação: estudo da eficácia após cirurgia infectada. *Ars Cyrandi Hosp* 1986; 4:15-23.

11 - Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências bibliográficas, após as key-words.

12 - 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. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo se se tratar de uma unidade de medida comum.

13 - Os casos omissos serão resolvidos pelo Corpo Editorial.

14 - A publicação não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.

15 - Os artigos devem ser enviados para:

At/REME- Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Av. Alfredo Balena, 190, sala 607

CEP: 30130-100 Belo Horizonte-MG

Tel.: (31) 3248-9876 - E-mail: reme@enf.ufmg.br

PUBLICATION NORMS

1 - REME - Revista Mineira de Enfermagem is a publication of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais/UFMG, in partnership with Nursing schools and courses in the State of Minas Gerais, Brazil. The magazine is issued every quarter with the objective of contributing to the production, dissemination and use of the knowledge produced in nursing and other areas, covering issues related to teaching, research and assistance.

2 - REME has the following structure: an Editorial; original articles, abstracts of theses and dissertations, reports of experience, updates and reviews; notes and information (updates in nursing and similar fields, research reports, abstracts and varied pieces of news); publication norms.

3 - The papers are analyzed by the editors of REME, who have the right to accept or refuse the papers submitted.

4 - The articles must be sent on a diskette, in "Word for Windows", version 6.0 or higher, "Times New Roman", size 12, double space, in two copies printed on standard ISO A4 paper (212x 297mm), with margins of 25mm, standard letter or laser; limited to 20 pages, including title, text, acknowledgements, bibliography, tables, legends and illustrations. They must be addressed to REME with a cover letter containing the name of the authors, mailing address, e-mail address, telephone and fax numbers.

5 - The first page should contain the title of the paper; names of the authors, with their highest academic qualification and institution; address for correspondence and financing agencies (in a footnote); abstract and key-words; the title, abstract and key-words should be in Portuguese, English and Spanish. The English and Spanish abstracts should come at the end of the paper, before the bibliography. The abstract should be no longer than 100 words.

6 - The drawings and graphs should be presented on tracing paper; photographs and/or slides numbered and in black and White, indicating the place for insertion in the text; abbreviations, symbols, units and bibliography should follow international norms of publication.

7 - For the purposes of normalization, we adopt the requirements of the International Committee of Medical Journal Editors. These norms can be found in full in the following publications: International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals; Can. Assoc. J. 1995; 152(9):1459-65 and in Spanish, in the Bol. Of Sanit. Panam. 19899, 107 (5):422-31.

8 - All papers should have the following structure and order:

- title (with translations into Portuguese and Spanish);
- Complete name of author (authors), followed by their profession and respective qualifications;
- Abstract in Portuguese, no longer than 100 words;
- Key-words (three to ten), according to the Medical Subject Headings (MeSH) of the Index Medicus;
- text: introduction, material and method or description of methodology, results, discussion and/or comments and conclusions;
- Summary in English (Abstract) and Spanish (Resumen), with the correct version for those languages;
- Key words/ Palabras-clave (English and Spanish) according to the Medical Subject Headings I (MeSH) of the Index Medicus; descriptors of BIREME: www.bireme.br;
- Acknowledgements (optional);
- Bibliography, as specified in item 10;
- Author's address for correspondence.

9 - Illustrations should be placed immediately after references to them in the text. Within each category, they should be numbered in sequence throughout the text. Example: (Tab. 1, Fig. 1, Graph 1). Each illustration should have a title and its source. Headings and legends should be sufficiently clear and comprehensible, without the need to consult the text. References to illustrations in the text should be mentioned between parenthesis, indicating the category and number of the illustration. Ex. (Tab. 1). Photographs should be black and White, coming in a separate envelope. They should be sharp and with good contrast, on glossy paper and, on the back, they must include: author's name, title of the article and number for inclusion in the text.

10 - The bibliography references will be numbered in sequence, in the order in which they are mentioned in the text. They must follow the norms of the International Committee of Medical Journal Editors mentioned in item 7. The titles of the journals are abbreviated as in the Index Medicus, in the publication "List of Journals Indexed in Index Medicus", issued annually in January, in separate. The text references should be given in Arabic numbers, corresponding to the references at the end of the article. Bibliographical references should be quoted as follows:

10.1 - JOURNALS

a) *Standard journal article. Include the name of all the authors, when they are six or fewer. If they are seven or more, quote the first three, followed by et al.*

Nascimento ES Compreendendo o cotidiano em saúde. *Enf Rev* 1995; 2(4):31-8.

b) *Corporate authors:*

The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post hepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977;2:242-4.

c) *No authors (enter by title):*

Coffee drinking and cancer of the pancreas (Editorial). *Br Med J* 1981;283:628-9.

d) *Journal supplement:*

Mastri AR. Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. *Ann Intern Med* 1980; 92 (2pte 2): 316-8.

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of esplenic activity by bone marrow scan (resumen). *Blood* 1979; 54 (supl. 1): 26^a.

10.2 - BOOKS AND OTHER ARTICLES

a) *Authors – individuals:*

Resende ALM, Santos GF, Caldeira VP, Magalhães ZR. Ritos de morte na lembrança de velhos. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996:156.

b) *Editor, compiler, coordinator as author:*

Griffith-Kenney JW, Christensen PJ, eds. Nursing process: application of theories, frameworks and models. A multifocal approach to individuals, families and communities. St. Louis: Mosby; 1986:429.

10.2.1 - *Book chapter:*

Chompré RR, Lange I, Monterrosa E. Political challenges for nursing in Latin America. The next century. In: Fagin CM, ed. Nursing leadership global strategies: International Nursing Development of the 21st. Century. New York: National League for Nursing; 1990:221-28.

10.2.2 - *Papers presented at conferences, seminars, meetings, etc.*

Cunha MHF, Jesus MCP, Peixoto MRB. A hermenêutica e as pesquisas qualitativas em Enfermagem. Anais do 48^o Congresso Brasileiro de Enfermagem. 1996,460. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem; 1996.

10.2.3 - *Articles that are part of a series:*

Bailey KD. Typologies and taxonomies: an introduction to classification techniques. In: Lewis-Beck MS, ed. Quantitative application in the Social Sciences. Thousand-Oaks: Sage publications; 1994: 7-102.

10.2.4 - *Publication by an agency:*

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 196, de 24 de junho de 1983. Brasília; 1983:5.

10.3 - THESES

Chianca TCM. Análise sincrônica e diacrônica de falhas de enfermagem em pós-operatório imediato. (Tese de doutorado). Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997; 151.

10.4 - JOURNAL ARTICLE

Chompré RR, Lange I. Interes y dificultades para realizar estudios de maestria y doutorado en enfermería de América Latina: Horizonte de Enfermería, Santiago, 1990; Ano 1:1.

10.5 - JOURNAL ARTICLE (non-scientific)

Neves MA et al. Técnicas de limpeza e desinfecção da sala de operação: estudo da eficácia após cirurgia infectada. *Ars Cyrandi Hosp* 1986; 4:15-23.

11 - Acknowledgements should be in a separate paragraph, placed before the bibliography, after the key-words.

12 - The measurements of length, height, weight and volume should be expressed in metric system units (meter, kilogram, liter) or their multiples and submultiples. Temperatures in degrees Celsius. Blood pressure in milliliters of mercury. Abbreviations and symbols should follow international standards. The first time an abbreviation is used, it should be preceded by the full term or expression, except when it is a common measurement unit.

13 - Exceptions will be solved by the Editors.

14 - The journal is not responsible for opinions expressed in the articles.

15 - Articles should be sent to:

At/REME- Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Av. Alfredo Balena, 190, sala 607

CEP: 30130-100 Belo Horizonte-MG

Tel.: (55 31) 3248-9876

E-mail: reme@enf.ufmg.br

NORMAS DE PUBLICACIÓN

1 - La REME - Revista de Enfermería de Minas Gerais - es una publicación trimestral de la Escuela de Enfermería de la UFMG conjuntamente con escuelas y cursos de graduación en Enfermería de Minas Gerais. Su finalidad es contribuir a la producción, divulgación y utilización del conocimiento en enfermería y áreas correlacionadas, incluyendo también temas de enseñanza, investigación y asistencia.

2 - La REME tiene la siguiente estructura: editorial, artículos originales, resúmenes de tesis y disertaciones, relatos de experiencias, actualización y revisión; notas e informaciones (actualización en enfermería y en áreas afines, notas de trabajos de investigación, reseñas y otras noticias); normas de publicación.

3 - Los trabajos recibidos serán analizados por el Cuerpo Editorial de la REME, que se reserva el derecho de aceptarlos para su publicación o rechazarlos.

4 - Los trabajos deberán enviarse en disquete, programa "Word for Windows", versión 6.0 o superior; letra "Times New Roman", tamaño 12, digitalizados en espacio doble, en dos copias, impresas en papel estándar ISO A4 (212x 297mm), con márgenes de 25mm, modelo carta o a láser, limitándose a 20 carillas incluyendo título, texto, agradecimientos, referencias, tablas, notas e ilustraciones. Junto con el trabajo deberá enviarse una carta de presentación dirigida a la REME con el nombre de los autores, dirección para correspondencia, dirección electrónica, teléfono y fax.

5 - La primera página deberá tener el título del trabajo; nombre de los autores con su nivel académico más alto e institución; dirección para correspondencia y entidades de financiación (dispuestas en nota de pie de página); resúmenes y palabras clave; el título, resumen y palabras clave deberán estar en portugués, inglés y español. Los resúmenes en inglés y español deberán constar al final del trabajo, antes de las referencias bibliográficas. El resumen deberá tener, como máximo, 100 palabras.

6 - Los dibujos y gráficos deberán presentarse en papel vegetal, fotografías y/o diapositivas en blanco y negro numeradas, indicando dónde deberán incluirse en el texto; abreviaturas, tamaños, símbolos, unidades y referencias bibliográficas deberán seguir las Normas Internacionales de Publicación.

7 - Para efectos de normalización se adoptarán los Requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Las normas están publicadas integralmente en el International Committee of Medical Journal. Editors, Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals; Can. Assoc. J. 1995; 152(9):1459-65 y, en español, en el Bol. of Sanit. Panam. 1989, 107 (5):422-31.

8 - Los trabajos deberán tener la siguiente estructura y orden:

- título (con traducción en inglés y español);
- nombre completo del autor (o autores), con profesión y título;
- resumen del trabajo en portugués, sin exceder el límite de las 100 palabras;
- Palabras clave (entre tres y diez), en conformidad con la lista del Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus;
- texto: introducción, material y método o descripción de la metodología, resultados, discusión y/o comentarios y conclusiones;
- Resumen en inglés (Summary) y español (Resumen), con la traducción correcta del resumen en los dos idiomas;
- Key words/ Palabras clave en inglés y español en conformidad con la lista del Medical Subject Headings I (MeSH) del Index Medicus; descriptores de la BIREME: www.bireme.br;
- Agradecimientos (opcional);
- Referencias bibliográficas como se especifica en el punto 10;
- Dirección del autor para correspondencia.

9 - Las ilustraciones deberán estar situadas después de su mención en el texto. Dentro de cada categoría deberán enumerarse en secuencia durante el texto. Por ej. (Tab. I, Fig. I, Gráf. I). Cada ilustración deberá llevar un título y la fuente de dónde ha sido retirada. Encabezamientos y textos explicativos deberán estar claros y comprensibles sin necesidad de tener que recurrir al texto. Las referencias a las ilustraciones en el texto deberán mencionarse entre paréntesis, indicando la categoría y el número de la ilustración. Por ej. (Tab. I). Las fotografías deberán ser en blanco y negro, colocadas en un sobre aparte, nítidas y con buen contraste, de papel brillante y llevar atrás el nombre del autor, título del artículo y número con el cual figurarán en el texto.

10 - Las referencias bibliográficas deberán enumerarse consecutivamente, siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto. Deberán presentarse en conformidad con las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, citado en el punto 5. Los títulos de las revistas se abrevian de acuerdo con el Index Medicus, en la publicación "List of Journals Indexed in Index Medicus", que publica anualmente como parte del número de enero, en separado. Las referencias en el texto deberán citarse mediante número arábico, correspondiendo a las referencias al final del artículo. En las referencias bibliográficas, citar como a continuación:

10.1 - PERIÓDICOS

a) *Artículo estándar de revista. Si son seis o menos de seis incluir el nombre de todos los autores. Si son siete o más anotar los tres primeros y después et al.*

Nascimento ES Compreendendo o cotidiano em saúde. *Enf Rev* 1995;2(4):31-8.

b) *Autor corporativo:*

The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post hepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977;2:242-4.

c) *Sin autor (comenzar por el título):*

Coffee drinking and cancer of the pancreas (Editorial). *Br Med J* 1981;283:628-9.

d) *Suplemento de revista:*

Mastri AR. Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. *Ann Intern Med* 1980; 92 (2pte 2): 316-8.

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan (resumen). *Blood* 1979; 54(supl. 1): 26^a.

10.2 - LIBROS Y OTRAS MONOGRAFÍAS

a) *Autor(es) – persona física:*

Resende ALM, Santos GF, Caldeira VP, Magalhães ZR. Ritos de morte na lembrança de velhos. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996:156.

b) *Editor, copilador, coordinador como autor:*

Griffith-Kennedy JW, Christensen PJ, eds. Nursing process: application of theories, frameworks and models. A multifocal approach to individuals, families and communities. St. Louis: Mosby; 1986:429.

10.2.1 - *Capítulo de libro:*

Chompré RR, Lange I, Monterrosa E. Political challenges for nursing in Latin America. The next century. In: Fagin CM, ed. Nursing leadership global strategies: International Nursing Development of the 21st. Century. New York: National League for Nursing; 1990:221-28.

10.2.2 - *Trabajos presentados en congresos, seminarios, reuniones etc.:*

Cunha MHF, Jesus MCP, Peixoto MRB. A hermenêutica e as pesquisas qualitativas em Enfermagem. Anais do 48^o Congresso Brasileiro de Enfermagem. 1996,460. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem; 1996.

10.2.3 - *Monografía que forma parte de una serie:*

Bailey KD. Typologies and taxonomies: an introduction to classification techniques. In: Lewis-Beck MS, ed. Quantitative application in the Social Sciences. Thousand-Oaks: Sage publications; 1994: 7-102.

10.2.4 - *Publicación de un organismo:*

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 196, de 24 de junho de 1983. Brasília; 1983:5.

10.3 - TESIS

Chianca TCM. Análise sincrônica e diacrônica de falhas de enfermagem em pós-operatório imediato. (Tese de doutorado). Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997; 151.

10.4 - ARTÍCULO DE PERIÓDICO

Chompré RR, Lange I. Interes y dificultades para realizar estudios de maestría y doctorado en enfermería de América Latina: Horizonte de Enfermería, Santiago, 1990; Año 1:1.

10.5 - ARTÍCULO DE REVISTA (no científica)

Neves MA et al. Técnicas de limpeza e desinfecção da sala de operação: estudo da eficácia após cirurgia infectada. *Ars Cyrandi Hosp* 1986; 4:15-23.

11 - Los agradecimientos deberán hacerse en un párrafo aparte, antes de las referencias bibliográficas y después de las palabras clave.

12 - 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. Abreviaturas y símbolos deberán seguir las normas internacionales. Al emplear por primera vez una abreviatura, ésta debe estar precedida del término o expresión completos, salvo si se trata de una unidad de medida común.

13 - El Cuerpo Editorial resolverá los casos omisos.

14 - La publicación no se hace responsable de las opiniones emitidas en los artículos.

15 - Los artículos deberán enviarse a:

At/REME- Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Av. Alfredo Balena, 190, sala 607

CEP: 30130-100 Belo Horizonte-MG

Tel.: (31) 3248-9876 - E-mail: reme@enf.ufmg.br

REME

Revista Mineira de Enfermagem
Nursing Journal of Minas Gerais
Revista de Enfermería de Minas Gerais

Assinatura anual (4 exemplares)
Valor R\$ 60,00

Nome:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Estado:

Telefone:

Fax:

Profissão:

Especialidade:

E-mail:

ASSINALE A FORMA DE PAGAMENTO

Depósito bancário

Cheque nominal à REME
(Revista Mineira de Enfermagem/FUNDEP)

DADOS BANCÁRIOS

Banco do Brasil

Agência: 1615-2

Conta: 480109-1

Código Identificador: 4828011

Enviar o comprovante para o fax: 31 3248 9830

Assinatura

Data

REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM

Universidade Federal de Minas Gerais - Escola de Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 - sala 607 - Belo Horizonte - MG - Brasil - CEP: 30130-100
Tel.: (31) 3248 9876 Fax.: (31) 3248 9830
E-mail: reme@enfermagem.ufmg.br



Realizadores:
Escola de Enfermagem da UFMG
Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas
Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí
Fundação de Ensino Superior de Passos
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais
Fundação Educacional de Divinópolis
Universidade Estadual de Montes Claros
Faculdades Federais Integradas de Diamantina