

ISSN 1415-2762

reme

**Revista Mineira de Enfermagem**

Nursing Journal of Minas Gerais

Revista de Enfermería de Minas Gerais

## EDITORA GERAL

**Adelaide De Mattia Rocha**

Universidade Federal de Minas Gerais

## DIRETOR EXECUTIVO

**Lúcio José Vieira**

Universidade Federal de Minas Gerais

## EDITORES ASSOCIADOS

**Andréa Gazzinelli C. Oliveira**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Edna Maria Rezende**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Francisco Carlos Félix Lana**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Jorge Gustavo Velásquez Meléndez**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Marília Alves**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Roseni Rosângela de Sena**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Tânia Couto Machado Chianca**

Universidade Federal de Minas Gerais

## CONSELHO EDITORIAL

**Adriana Cristina de Oliveira**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Alacoque Lorenzini Erdmann**

Universidade Federal de Santa Catarina

**Alba Lúcia Bottura Leite de Barros**

Universidade Federal de São Paulo – SP

**Aline Cristine Souza Lopes**

Universidade Federal de Minas Gerais

**André Petitat**

Université de Lausanne – Suíça

**Anézia Moreira Faria Madeira**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Carmen Gracinda Scochi**

Universidade de São Paulo – RP

**Cláudia Maria de Mattos Penna**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Cristina Maria Douat Loyola**

Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Daclê Vilma Carvalho**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Deborah Carvalho Malta**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Elenice Dias Ribeiro Paula Lima**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Emília Campos de Carvalho**

Universidade de São Paulo – RP

**Flávia Márcia Oliveira**

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

**Goolan Houssein Rassool**

University Of London – Inglaterra

**Helmut Kloos**

Universit of Califórnia, San Fransico – USA



Revista Mineira de Enfermagem

**Isabel Amélia Costa Mendes**

Universidade de São Paulo – RP

**José Vitor da Silva**

Universidade do Vale do Sapucaí

**Lídia Aparecida Rossi**

Universidade de São Paulo – RP

**Luiza Akiko komura Hoga**

Universidade de São Paulo – RP

**Magali Roseira Boemer**

Universidade de São Paulo – RP

**Márcia Maria Fontão Zago**

Universidade de São Paulo – RP

**Marga Simon Coler**

University of Connecticut – USA

**Maria Ambrosina Cardoso Maia**

Faculdade de Enfermagem de Passos – FAENPA

**María Consuelo Castrillón**

Universidade de Antioquia – Colombia

**Maria Flávia Gazzinelli**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Maria Gaby Rivero Gutierrez**

Universidade de São Paulo – SP

**Maria Helena Larcher Caliri**

Universidade de São Paulo – SP

**Maria Helena Palucci Marziale**

Universidade de São Paulo – RP

**Maria Imaculada de Fátima Freitas**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Maria Itayra Coelho de Souza Padilha**

Universidade Federal de Santa Catarina

**Maria José Menezes Brito**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Maria Lúcia Zanetti**

Universidade de São Paulo – RP

**Maria Miriam Lima da Nóbrega**

Universidade Federal de Paraíba

**Raquel Rapone Gaidzinski**

Universidade de São Paulo – SP

**Regina Aparecida Garcia de Lima**

Universidade de São Paulo – RP

**Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues**

Universidade de São Paulo – RP

**Rosângela Maria Greco**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Silvana Martins Mishima**

Universidade de São Paulo – RP

**Sônia Maria Soares**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Vanda Elisa Andrés Felli**

Universidade Federal de São Paulo – SP

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

**Em parceria com:**

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

**CONSELHO DELIBERATIVO**

**Maria Imaculada de Fátima Freitas – Presidente**  
Universidade Federal de Minas Gerais

**Girlene Alves da Silva**  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Lucyla Junqueira Carneiro**  
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz

**Tânia Maria Delfraro Carmo**  
Fundação de Ensino Superior de Passos

**Rosa Maria Nascimento**  
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí

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

**Indexada em:**

BDEF – Base de Dados em Enfermagem / BIREME-OPAS/OMS  
CINAHL – Cumulative Index Nursing Allied Health Literature  
CUIDEN – Base de Datos de Enfermería en Español  
LILACS – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde  
REV@ENF – Portal de Revistas de Enfermagem – Metodologia SciELO/Bireme - OPAS/OMS  
LATINDEX – Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Sumários.org – Sumários de Revistas Brasileiras

**Formato eletrônico disponível em:**

www.enf.ufmg.br  
www.revenf.bvs.br  
www.bu.ufmg.br/periodicos/Reme-revista-mineira-de-enfermagem

**Secretaria Geral**

Mariene Luiza Lopes Pereira – Secretária  
Luciana Helena de Oliveira – Bolsista da Fundação Universitária  
Mendes Pimentel (FUMP)

**Projeto Gráfico, Produção e Edição Eletrônica**

Brígida Campbell  
Iara Veloso  
CEDECOM – Centro de Comunicação da UFMG

**Escola de Enfermagem**

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

**Editoração**

Saitec Editoração (Eduardo Queiroz)

**Assinatura**

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

**Impressão**

Editora e Gráfica O Lutador

**Normalização Bibliográfica**

Jordana Rabelo Soares CRB/6-2245

Revista filiada à ABEC – Associação Brasileira de Editores  
Científicos

**Revisão de texto**

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

Periodicidade: trimestral – Tiragem: 400 exemplares

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

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

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

NLM: WY 100  
CDU: 616-83



- 311**    **Editorial**
- 315**    **Pesquisas**
- 315**    **O CUIDADO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE SOB O OLHAR DE GESTANTES E ENFERMEIROS** / PRENATAL CARE IN PRIMARY CARE UNDER THE HEALTH OF PREGNANT WOMEN AND NURSES / CUIDADO PRENATAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y ENFERMERAS
- Eryjocy Marculino Guerreiro  
Dafne Paiva Rodrigues  
Maria Adelaide Moura da Silveira  
Nájori Bárbara Ferreira de Lucena
- 324**    **PERFIL SEXUAL DE ADOLESCENTES UNIVERSITÁRIOS DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM /** SEXUAL PROFILE OF UNIVERSITY ADOLESCENTS OF A COURSE OF GRADUATION IN NURSING / PERFIL SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES DE LA UNIVERSIDAD DE UN CURSO DE LA GRADUACIÓN EN EL OFICIO DE ENFERMERA
- Priscila de Souza Aquino  
Francisco Eduardo Viana Brito
- 330**    **QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM OSTEOPOROSE /** QUALITY OF LIFE AND FUNCTIONAL CAPACITY OF ELDERLY PEOPLE WITH OSTEOPOROSIS / CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE ANCIANOS CON OSTEOPOROSIS
- Nilce Maria de Freitas Santos  
Darlene Mara dos Santos Tavares  
Flavia Aparecida Dias  
Karoline Faria de Oliveira  
Leiner Resende Rodrigues
- 339**    **MULHERES ENFRENTANDO O CÂNCER DE MAMA /** WOMEN FACING BREAST CANCER / MUJERES QUE ENFRENTAN EL CÁNCER DE MAMA
- Anna Maria de Oliveira Salimena  
Tatiane da Silva Campos  
Maria Carmen Simões Cardoso de Melo  
Edson José de Carvalho Magacho
- 348**    **CÂNCER NA INFÂNCIA: CONHECENDO A EXPERIÊNCIA DO PAI /** CHILDHOOD CANCER: THE FATHER'S EXPERIENCE / CÁNCER EN LA INFANCIA: LA EXPERIENCIA DEL PADRE
- Giselle Dupas  
Aliane Callegari Silva  
Michelle Darezzo Rodrigues Nunes  
Noeli Marchioro Liston Andrade Ferreira
- 355**    **AValiação DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE O ENSINO DA GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE** / NURSING STUDENTS EVALUATION ON TEACHING OF HEALTH SYSTEMS MANAGEMENT / EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA ENSEÑANZA DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD
- Denize Duarte Celento  
Cláudia Mara de Melo Tavares

- 364** **IMPACTO DAS IMAGENS DE PREVENÇÃO DO USO DE TABACO VEICULADAS EM MAÇOS DE CIGARRO NA PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES** / IMPACT OF TOBACCO PREVENTION ADVERTISING ON CIGARETTE PACKETS ON TEENAGERS / IMPACTO DE LAS IMÁGENES DE PROPAGANDA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE TABACO DIVULGADA EN PAQUETES DE CIGARRILLOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ADOLESCENTES
- Amanda Márcia dos Santos Reinaldo  
Camila César Goecking  
Belisa Vieira da Silveira
- 373** **PAI-ACOMPANHANTE E SUA COMPREENSÃO SOBRE O PROCESSO DE NASCIMENTO DO FILHO** / FATHERS ATTENDING LABOUR AND THEIR UNDERSTANDING OF THE BIRTH PROCESS / PADRE – ACOMPAÑANTE Y SU COMPRENSIÓN DEL PROCESO DE NACIMIENTO DEL HIJO
- Danúbia Mariane Barbosa Jardim  
Cláudia Maria de Mattos Penna
- 382** **PERCEPÇÃO DE PACIENTES SOBRE O PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA** / PREOPERATIVE PATIENTS' PERCEPTIONS OF CARDIAC SURGERY / PERCEPCIÓN DE PACIENTES EN EL PRE-OPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA
- Silviamar Camponogara  
Sabrina Gonçalves Aguiar Soares  
Marlusse Silveira  
Cibelle Mello Viero  
Camila Silva de Barros  
Cibele Cielo
- 391** **EXPERIÊNCIA MATERNA NO CUIDADO DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO** / MOTHER'S EXPERIENCE WITH HOMECARE OF PREMATURE INFANT / EXPERIENCIA MATERNA EN CUIDADOS DOMICILIARIOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO
- Kayna Trombini Schmidt  
Ieda Harumi Higarashi
- 400** **DOR AGUDA: JULGAMENTO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA** / ACUTE PAIN: NURSES' CLINICAL JUDGEMENT IN POSTOPERATIVE CARDIAC SURGERY / DOLOR AGUDO: DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA
- Gutemberg Stival de Faria Filho  
Laysa Ribeiro Caixeta  
Marina Morato Stival  
Luciano Ramos de Lima
- 410** **PADRÃO DE CONSUMO DO ÁLCOOL POR JOVENS VÍTIMAS DE TRAUMA E USUÁRIOS DE ÁLCOOL** / ALCOHOL CONSUMPTION PATTERN AMONG YOUNG VICTIMS OF TRAUMA AND ALCOHOL USERS / NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE JÓVENES VÍCTIMAS DE TRAUMA Y DEMÁS USUARIOS DE ALCOHOL
- Ivonete Arnauts  
Magda Lúcia Félix de Oliveira
- 419** **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA: AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM** / RECEPTION WITH RISK CLASSIFICATION IN HOSPITAL EMERGENCY SERVICE: EVALUATION OF THE NURSING TEAM / ACOGIDA CLASIFICADORA DE RIESGO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL: EVALUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA
- José Aparecido Bellucci Júnior  
Laura Misue Matsuda

- 429** **ANÁLISE DAS NECESSIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE PACIENTES INTERNADOS EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTOS** / NURSING NEEDS OF PATIENTS IN AN ADULT INTENSIVE CARE CENTER / NECESIDADES DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA ADULTOS
- Adelaide De Mattia Rocha  
Ana Lúcia De Mattia  
Débora de Campos Nascimento  
Mayara Sousa Vianna  
Rafael Lima Rodrigues de Carvalho
- 437** **ACIDENTES OCUPACIONAIS COM MATERIAIS PERFUROCORANTES EM HOSPITAIS DE MONTES CLAROS-MG** / OCCUPATIONAL INJURIES WITH PERFORATING AND SHARP MATERIALS IN HOSPITALS IN THE CITY OF MONTES CLAROS-MG / ACCIDENTES DE TRABAJO CON OBJETOS AFILADOS Y PUNZANTES EN HOSPITALES DE MONTES CLAROS-MG
- Edna de Freitas Gomes Ruas  
Luciana Soares dos Santos  
Dulce Aparecida Barbosa  
Angélica Gonçalves Silva Belasco  
Ana Rita de Cássia Bettencourt
- 445** **Revisão teórica**
- 445** **PESQUISA CLÍNICA EM ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES PARA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA** / CLINICAL RESEARCH IN NURSING: CONTRIBUTIONS FOR TECHNOLOGICAL INNOVATION / INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN ENFERMERÍA: CONTRIBUCIONES A LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA
- Edivane Pedrolo  
Franciane Schneider  
Franciele Soares Pott  
Elaine Cristina Rinaldi  
Marineli Joaquim Meier  
Mitzy Tannia Reichembach Danski
- 454** **FATORES ESTRESSORES PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA** / STRESS FACTORS IN INTENSIVE CARE UNIT NURSING / FACTORES DE ESTRÉS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- Ticiania Daltri Felix Rodrigues
- 463** **Artigo reflexivo**
- 463** **EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL CRÍTICA: REFLEXÕES PARA INTERVENÇÕES EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** / CONSIDERATIONS FOR A CRITICAL FOOD AND NUTRITION INTERVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE / EDUCACIÓN ALIMENTARIO NUTRICIONAL CRÍTICA: CONSIDERACIONES PARA INTERVENCIONES ALIMENTARIO NUTRICIONALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
- Ana Paula Abreu Magalhães  
Kéziah da Cunha Martins  
Teresa Gontijo de Castro
- 471** **Normas de publicação**
- 473** **Publication norms**
- 475** **Normas de publicación**





## ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS: 80 ANOS!\*

A vida inventa. A gente principia as coisas no não saber por que, e perde o poder de continuação, porque a vida é mutirão de todos, por todos remexida e temperada.<sup>1</sup>

Guimarães Rosa traduz, em sua sabedoria, nesta epígrafe, os 80 anos de existência da Escola de Enfermagem da UFMG (EEUFMG). Escola que teve seu começo dependente de vontades individuais, e encontrou seu caminho para a criação de uma instituição fundamentada nas necessidades dos serviços hospitalares e sanitários de Belo Horizonte, com vocação humanitária e educativa, segundo seus fundadores. Nasceu idealista, sofreu por ter bases materiais fragilizadas e falta de apoio político, mas os pioneiros enfrentaram cada momento com galhardia e, com o passar do tempo, a Escola ganhou o mundo e hoje é referência no Brasil e no exterior, com marcas fundamentais na formação de incontáveis profissionais, dedicados ao cuidar da vida como enfermeiros, nutricionistas ou gestores de saúde.

São 80 anos construídos pelos esforços de professores, funcionários técnico-administrativos e alunos que, ao longo do tempo, foram deixando suas contribuições para a consolidação da nossa casa. Casa que conserva os traços e a tradição das mãos que a criaram e por ela lutaram, traduzidos em pequenos gestos cotidianos: aulas, experimentos, inovações, programas de trabalho, de ensino, pesquisa, extensão e atividades administrativas: projetos voltados ao cuidar da vida. Casa acolhedora que recebe, aceita e enfrenta os desafios para a construção e disseminação de novos saberes, incessantemente renovados, criados e recriados. Muitas mãos remexeram e deram a têmpera a essa instituição. Alguns com ideias, negociações, outros “colocando a mão na massa”, ensinando e praticando a enfermagem, cuidando da vida.

Com muito orgulho e alegria, iniciamos hoje as comemorações das oito décadas de trabalho que moldaram o que fomos, que resultaram no que somos e que delineiam o que poderemos ser: múltiplas faces identificadas pelo pertencimento a esta casa – a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Formar enfermeiras perfeitamente instruídas, convenientemente preparadas e em número suficiente para os hospitais e para os serviços sanitários, [sendo uma] oportunidade para as moças mineiras abraçar uma nobre e humanitária profissão, facilitando-lhes a aquisição do necessário preparo técnico [...] Uma escola moderna, nos moldes da Escola Oficial Padrão Anna Nery, do Rio de Janeiro.

Esse foi o discurso de sua fundação, na fala oficial do diretor de saúde pública de Minas Gerais, Ernani Agrícola, e em notícias de jornais da época.<sup>2</sup>

A Escola de Enfermagem nasceu sob a égide do pioneirismo: em 7 de julho de 1933 foi criada, por decreto governamental, como a primeira escola estadual para a formação de enfermeiros no Brasil, instalada no Hospital São Vicente de Paulo, recebendo o nome do grande idealizador dessa formação em nosso país: Carlos Chagas.<sup>3</sup>

Sintetizar em breves minutos de fala a história da nossa escola é uma tarefa impossível. Ainda assim, é importante recordar alguns acontecimentos determinantes da nossa face, do nosso olhar, das nossas palavras.

As três primeiras décadas foram de notáveis lutas para conquistar o espaço do exercício das atividades que nos distinguem e garantir o reconhecimento das competências próprias por parte da sociedade e da academia. As dificuldades desse período ficam patentes quando se conhecem as constantes negociações, com avanços e retrocessos, na busca de hospitais e serviços de saúde onde se pudessem construir os campos de estágio e de prática profissional. Os empecilhos à consolidação da escola nesse período se tornam claros com a menção às muitas mudanças e localizações dos prédios onde funcionou. A Escola de Enfermagem Carlos Chagas não esquentava lugar, não encontrava casa própria.

Lais Netto dos Reys, vinda da Diretoria de Saúde Pública, foi a primeira diretora. Em seguida, vieram Clitemnestra Pessana, Rosa de Lima Moreira e Waleska Paixão. Esta última, como o sobrenome indica, foi um marco na luta para que a formação fosse mais reconhecida, tendo mesmo de entrar em conflitos, dada a falta de espaço físico no Hospital São Vicente de Paulo, de onde lhe foi solicitada a desocupação, inclusive da parte administrativa da escola.<sup>2</sup>

\* Discurso da Diretora, Profª Drª Maria Imaculada de Fátima Freitas, na Sessão Solene de Abertura das Comemorações dos 80 anos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em 27 de agosto de 2012.

A Escola Carlos Chagas mudou-se para uma casa na Rua Santa Rita Durão sem, contudo, diminuir sua incessante busca por outros campos de estágio e prática. Foram anos duros, mas a Escola firmou-se, sobretudo, como formadora de enfermeiras para a saúde pública. Enquanto isso, na Faculdade de Medicina, que perdeu a relação direta com a Escola dentro do Hospital São Vicente de Paulo, chegou-se a cogitar, em 1948, a criação de outra escola de enfermagem subordinada à faculdade, aprovando-se a proposta em 1949, mas que não saiu do papel. Waleska Paixão, apaixonada e “cansada de guerra”, como diria o poeta, retorna ao Rio de Janeiro, de onde havia saído para dirigir a EECC.<sup>4</sup>

Em 1950, a Escola de Enfermagem Carlos Chagas voltou a atuar no Hospital São Vicente de Paulo e, em dezembro do mesmo ano, foi incorporada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, por força de lei federal e com dotação orçamentária específica, mas sem representação na Congregação da Faculdade.<sup>4</sup>

Na década de 1950, o desafio foi, então, vencer a estagnação do ensino motivada pela dependência financeira e administrativa decorrente da anexação da Escola Carlos Chagas à Faculdade de Medicina. As diretoras foram todas freiras, as Filhas de Caridade de São Vicente de Paulo: Irmãs Helena Villac, Maria Cândida Menescal Fiuza, Maria Carmen Teixeira e Emília Clarízia, que se ocupavam dos problemas internos e tinham pouca presença política na definição dos caminhos da Instituição, o que durou até 1967. Anos de perda de autonomia administrativa e financeira, mas crescimento do sentimento da necessidade de desvinculação, o que aparece claramente na gestão de Irmã Emília Clarízia, incansável para que a escola se tornasse uma unidade da Universidade.<sup>3</sup>

Nessa situação continuou até 1968, quando conquistou a autonomia pela desvinculação da Faculdade de Medicina, tendo como diretora a professora Carmelita Pinto Rabelo. Nesse ano, ocupou sua sede definitiva, ainda inacabada, e passou a ser denominada “Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais”, conforme é conhecida atualmente. Em 1972, viu concluída sua obra física.<sup>4</sup>

A partir daí, a Escola viveu anos de reinstitucionalização, de retomar e reconstruir valores e fundamentos, redefinir caminhos pedagógicos e didáticos, formas de reorganização administrativa e de poder, para que fosse, de fato e de direito, reconhecida como parte da universidade pública, gratuita e de qualidade, pela qual os brasileiros lutaram e foram às ruas em 1968. Coube às professoras Carmelita Pinto Rabelo, Yole de Carvalho Mazzoni, Izaltina Goulart de Azevedo, Maria Noemi Ferreira Ribeiro, Maria Rizioneide Negreiros de Araújo e Alcinéia Eustáquia Costa dirigir a Escola nos momentos mais intensos da luta política que se instalou na sociedade, na década de 1970, com a concentração do poder pela ditadura militar, até o final da década de 1980. Submissas ou contrárias à situação política, silenciosamente, discretas ou abertamente, fizeram o papel de estar à frente da reorganização administrativa, de refazer ou desatar nós nas relações com outras instituições, de firmar ou de romper compromissos, para que também o simbólico-social da instituição, como diria Castoriadis,<sup>5</sup> mostrasse a sua “cara”.

As lutas das primeiras décadas de existência foram incorporadas ao sangue da Escola de Enfermagem, que mesmo com casa própria não desistiu de continuar crescendo e comprovando sua competência, com projetos inovadores e o contínuo desenvolvimento, que fazem dela referência no campo dos cuidados com a vida.

No início da década de 1990, contou, na Diretoria, com a professora Marlene Natividade de Oliveira. Em seguida, vieram as professoras Maria José Cabral Grillo e Roseni Rosângela de Sena. A Escola tomou novo rumo com essas duas guerreiras, à frente de seu tempo, trazendo para o centro o olhar instituinte de professores e funcionários que queriam uma instituição mais aberta ao mundo, ainda mais comprometida com os valores da Saúde como um direito de todos e um dever do Estado, com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde, bem como com o crescimento da EEUFMG no interior da própria UFMG e na relação com as demais instituições. Vieram grandes projetos de ensino, como a mudança curricular e o Internato Rural; projetos de extensão, com destaque para o Proden, pelo qual o Banco de Dados de Enfermagem foi criado, em convênio com Centro Latino-Americano e do Caribe (Bireme), com o compromisso de alimentar a Base de Dados Lilacs; além do Projeto de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde em Larga Escala, para formar o pessoal leigo da assistência de enfermagem que recebeu o título de “auxiliares de enfermagem”. Foram anos, também, de consolidação de projetos com os serviços públicos de saúde de Belo Horizonte, para que nossos alunos vivessem seus aprendizados na prática desde o início da formação e desenvolvessem, junto com os professores, os projetos extensionistas que deram a marca da vocação social da escola.<sup>4</sup>

Merecem grande destaque, ainda, a criação da *Revista REME*, em 1997, inicialmente bianual e hoje trimestral e indexada em diversas bases de dados; a consolidação do Centro de Tecnologia Educacional em Enfermagem (CTENF) como órgão complementar, quando também foi criado o site da Escola, em 1999; a luta para a criação do Curso de Mestrado em Enfermagem desde 1990, que iniciou suas atividades em 1994, e do curso de Nutrição desde 1999, que teve sua primeira turma em 2004, já na gestão do professor Francisco Carlos de Félix Lana. Em 2004, o Curso de Doutorado em Enfermagem foi aprovado pela UFMG, iniciando suas atividades em 2005, compondo o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que hoje tem a avaliação com nota 5 pela Capes.<sup>5</sup>

O professor Francisco também teve a honra de dar continuidade e realizar a expansão física da Escola de Enfermagem, com redimensionamento dos espaços e revitalização de fachadas do antigo prédio, da cantina e a construção de mais um prédio anexo, o chamado “Bloco Sul”, inaugurado em 2006. Também foi criado o Centro de Memória e Assessoria de Comunicação da Escola, tendo como referência as novas tecnologias de comunicação, e iniciaram-se

as discussões para a criação de uma empresa júnior, intitulada “Arterial UFMG Júnior”, que foi aprovada em 2008, na gestão 2006-2010 da professora Marília Alves.<sup>5</sup>

Em 2007, a Escola aderiu à Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni) no bojo do esforço da UFMG para seu crescimento, aumentando, no Curso de Nutrição, de 30 para 36 vagas semestrais, e criando o curso noturno de Gestão em Serviços de Saúde, com 100 vagas anuais, tendo sua primeira turma no 1º semestre de 2009. Também foi implantado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado no governo do presidente Lula, desde 2005, que se encontra, atualmente, na sua 3ª versão, e o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), desde 2009. Ressalte-se, ainda, que a Escola tornou-se Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição (Cecam-Sudeste II) do Ministério da Saúde, em 2009, e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Atualmente, a coordenação da Rede BVS Enfermeria Internacional está sob a responsabilidade de um dos nossos professores.<sup>5</sup>

Somos, em 2012, uma comunidade de 163 pessoas, 88 professores efetivos, 11 contratados (substitutos), 48 funcionários técnico-administrativos, 11 técnicos contratados e 5 bolsistas da Cruz Vermelha, unindo esforços com o objetivo de formar enfermeiros, nutricionistas e gestores de saúde nos níveis de graduação, especialização, mestrado e doutorado, em um número que atingiu, neste ano, 1.100 alunos regularmente matriculados na graduação, 1.500 em especializações presenciais e a distância, e 120 em mestrado e doutorado, totalizando 2.720 estudantes na Escola.<sup>5</sup>

A EEUFMG graduou, de 1936 até hoje, 3.206 enfermeiros e 245 nutricionistas, e teremos, em julho de 2013, a primeira turma de gestores de serviços de saúde graduada. No curso de graduação em Enfermagem, vale ressaltar o trabalho incansável de formação dos alunos e a contribuição para a atenção à saúde da população e para a organização dos serviços de saúde, em diversos municípios do interior de Minas Gerais e na região metropolitana de Belo Horizonte, como disciplina obrigatória, o chamado Internato Rural e Metropolitano. O Curso de Nutrição incluiu, também, o Internato Rural em seu currículo e, hoje, temos alunos dos dois cursos participando diretamente da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), em regime de calendário contínuo, que permanecem nas cidades por um semestre, com acompanhamento dos profissionais e do docente supervisor.

Na pós-graduação, já formamos 378 mestres e 26 doutores, estes últimos de 2008 até agora. Fizemos convênios com faculdades de enfermagem do chamado Polo Sul, Pouso Alegre, Itajubá e Alfenas, com a Universidade Federal de Juiz de Fora, com a Pontifícia Universidade Católica de Goiânia para o oferecimento do Curso de Mestrado em Enfermagem nessas localidades. Em 2012, iniciamos um programa Dinter, com o apoio da Capes, para desenvolver o Curso de Doutorado em Enfermagem com a Universidade Federal de São João del-Rei, *Campus* Divinópolis. Além disso, a Escola vem oferecendo, ao longo dos anos, diversos cursos de especialização, como o de Enfermagem de Saúde Pública, ofertado em tempos em que as instituições de serviços de saúde assumiam os custos do acompanhamento dos professores nos campos de trabalho dos alunos. Fizemos convênios com várias cidades da região metropolitana de Belo Horizonte, com cidades do Vale do Jequitinhonha e do Vale do Mucuri, formando em torno de 200 enfermeiros. Também tivemos: Especialização em Saúde Mental, com cerca de 60 concluintes, de Administração da Assistência de Enfermagem em Serviços de Saúde, havendo, aproximadamente, 150 concluintes; Especialização em Saúde da Família: Projeto Veredas de Minas, com 753 concluintes; Especialização em Sistematização da Assistência de Enfermagem, com 120 concluintes; Especialização em Saúde da Família, criado pelo Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família (PoloSF/UFMG); e participamos, contribuindo na formulação e oferecendo módulos, juntamente com outros professores das demais faculdades da área da saúde da UFMG, do Curso de Especialização em Saúde da Família-BH Vida, que capacitou 1.097 profissionais de nível superior, integrando, ainda, a capacitação em trabalho em equipe de 4.152 profissionais, entre gerentes, auxiliares de enfermagem, técnicos e agentes comunitários dos serviços de atenção primária em saúde de Belo Horizonte. Além desses, a Escola desenvolveu o curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, com o apoio do Hospital Sofia Feldman, já tendo formado 188 enfermeiros; Especialização em Enfermagem Hospitalar, com 254 concluintes; Especialização em Saúde Coletiva, com 248 concluintes; e o Curso de Especialização de Formação Pedagógica em Educação Profissional: Enfermagem (CEFPEPE), com aproximadamente 300 concluintes; além do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEASBSF), juntamente ao Nescon, com 948 concluintes. Hoje, a escola participa da Residência Integrada Multiprofissional na área da saúde do idoso e na área de saúde cardiovascular, desenvolvido no Hospital das Clínicas, no Hospital Risoleta Neves e nas unidades de saúde do Distrito Nordeste de BH, contando com 36 residentes em 2012. Oferece especializações na área da saúde coletiva, multiprofissional, de assistência de enfermagem de média e alta complexidade; de enfermagem obstétrica e de gestão pedagógica nas Escolas Técnicas do SUS, totalizando 375 alunos em 2012, todas estas coordenadas diretamente pela EEUFMG; e, também, as especializações em Formação Pedagógica para profissionais de saúde (300 alunos) e a Atenção Básica em Saúde da Família, coordenados pelo Nescon da Faculdade de Medicina. Somam-se, ainda, todas as formações de nível médio, que foram desenvolvidas pela EEUFMG, capacitando aproximadamente 5 mil agentes comunitários de saúde de Minas Gerais, 2.300 atendentes para habilitação em auxiliar de enfermagem; 2.700 auxiliares para a habilitação em técnico de enfermagem, em mais de 200 municípios de Minas Gerais, pelo CPTENF, de acordo com a política de formação de recursos humanos do Ministério da Saúde. Podemos afirmar,

portanto, que a Escola formou em torno de 20 mil profissionais, nos mais diversos níveis, de 1936 até o primeiro semestre de 2012. Em 2012, a Escola integra a formação de enfermeiros obstetras, no Programa de Residência/Especialização, proposto pelo Ministério da Saúde, que terá o Hospital das Clínicas, o Hospital Risoleta Neves, o Hospital Sofia Feldman e centros de saúde do município de Belo Horizonte como parceiros.<sup>5</sup>

Ressalte-se que nosso alunado tem se comprometido cada vez mais, junto com os professores, no desenvolvimento da pesquisa na EEUFMG. De 1997, quando se formaram os primeiros alunos de mestrado, para cá, houve um salto de qualidade e numérico em suas publicações. Foram quase 2 mil artigos publicados em periódicos da área da saúde, nacionais e internacionais, mais de uma centena de livros e em torno de 330 capítulos de livros.<sup>6</sup> Os grupos de pesquisa estão cada vez mais atuantes e contarão, em um futuro bastante próximo, uma vez que os projetos já estão sendo executados para a construção de mais um prédio anexo para abrigar os laboratórios de pesquisa e de tecnologias para o ensino da enfermagem, nutrição e gestão de serviços de saúde. Para isso, já temos verba assegurada e esperamos que as obras se iniciem o mais rápido possível, para que docentes e alunos tenham condições adequadas para o desenvolvimento da pesquisa em suas áreas. A *Revista Mineira de Enfermagem* (REME), acompanhando as transformações, está sendo reformulada para que atinja patamares ainda mais elevados de publicação qualificada e respeitada internacionalmente.

Olhando para todos esses resultados, podemos afirmar que sempre se trabalhou muito na Escola de Enfermagem. Há que se lembrar que durante todos esses anos atravessamos muitos temporais e trovoadas, sofremos com salários nem sempre justos ou adequados, com condições de trabalho que, tantas vezes, geram estresse e adoecimentos, que sempre tivemos de lutar para ter o devido reconhecimento na própria instituição universitária, com um processo de trabalho cada vez mais intenso, a ponto de nos perguntarmos até quando íamos aguentar tanta pressão. Vivemos muitas greves, da década de 1980 até hoje, algumas mais compartilhadas do que outras, mas todas com o olhar de quem acredita que é preciso lutar para mudar algo. Neste ano atravessamos a greve que começou em junho na UFMG. Funcionários lutam por melhores salários e pela existência de uma carreira e os professores querem sua carreira mais justa, também com melhores salários: as duas categorias buscam o reconhecimento de seu trabalho. Ainda há muito que fazer, mas sabemos que o corpo docente e o técnico-administrativo da EEUFMG têm o compromisso com o crescimento da Escola, com sua administração e sua coesão em torno do princípio maior de formar profissionais comprometidos com o cuidado da vida.

Somos filhas e filhos do cuidado, uma condição prévia que nos permite existir. Precisamos do cuidado, mesmo antes de nascer e até depois da morte. Compreendendo a vida como um bem valioso, o cuidado se manifesta no trabalho pela preservação do potencial saudável dos cidadãos, de uma pessoa e da população. Concretiza-se no contexto da vida em sociedade, fundado na possibilidade de ter compaixão (no sentido de compartilhar, com-partilhar), colocando-nos no lugar do outro, valorizando a vida em sua complexidade, contribuindo para proteger, promover e preservar a humanidade, apoiando as pessoas para encontrar significados na saúde e na doença, enfim, na existência. Ajudar o outro a obter conhecimento, autoconhecimento e poder de decisão para que, autonomamente, ele também possa participar na melhoria da qualidade de vida de todos.

Cuidar significa se engajar e se comprometer com a espécie humana, com a vida em sociedade, cultural e politicamente, para que todos tenham acesso universal e de qualidade aos bens gerados nesta sociedade, e contribuir para um convívio ecológico e de sustentabilidade para as gerações que virão.

Cuidar na área da saúde pede o direito à liberdade e à justiça, à ética da solidariedade e do amor, sem confundir “nível de vida com nível de consumo, sem confundir qualidade de vida com quantidade de coisas”, como diria o escritor Eduardo Galeano, filósofo dos nossos tempos.

A Enfermagem, a Nutrição, a Gestão em Saúde, professores, funcionários e alunos da Escola de Enfermagem têm, portanto, o compromisso de aprender, ensinar, buscar novos conhecimentos, aplicá-los e contribuir, juntamente com todos os demais profissionais da área da saúde, para o CUIDADO DA VIDA. Em toda a sua plenitude.

## REFERÊNCIAS

1. Rosa, JG. Grande sertão: veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
2. Santos, GF; Grillo, MJC; Caldeira, V. P. Movimentos da Faculdade de Medicina para a criação de uma Escola de Enfermeiras a uma Escola de Enfermagem com maioria e competência. In: Pedroso, ERP. Centenário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: UFMG 1911-2011. Belo Horizonte: Folium, 2012.
3. Nascimento, ES; Santos, GF; Caldeira, VP. Criação, cotidiano e trajetória da Escola de Enfermagem da UFMG: um mergulho no passado. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 1999.
4. Castoriadis, CL; L'institution imaginaire de la société. Paris: Seuil, 1975.
5. Atas, Relatórios, Base de Dados da EEUFMG para pesquisa documental: Secretaria Geral, Diretoria; Seção de Pessoal, Centro de Memória, Colegiado de Graduação, Colegiado de Pós-Graduação, CPTENF, PRODEN.
6. Sistema Lattes – CNPq. <<http://lattes.cnpq.br/>>. Acesso em: 25 ago. 2012.

## O CUIDADO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE SOB O OLHAR DE GESTANTES E ENFERMEIROS\*

PRENATAL CARE IN PRIMARY CARE UNDER THE HEALTH OF PREGNANT WOMEN AND NURSES

CUIDADO PRENATAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y ENFERMERAS

Eryjosy Marculino Guerreiro<sup>1</sup>  
Dafne Paiva Rodrigues<sup>2</sup>  
Maria Adelaide Moura da Silveira<sup>3</sup>  
Nájori Bárbara Ferreira de Lucena<sup>4</sup>

### RESUMO

O objetivo com este estudo foi conhecer as concepções de gestantes e enfermeiros sobre o cuidado pré-natal na atenção básica de saúde. Trata-se pesquisa exploratória e descritiva, realizada com 11 enfermeiros inseridos na Secretaria Executiva Regional IV de Fortaleza-CE e com 18 gestantes atendidas nesses serviços. Os enfermeiros consideram um pré-natal de qualidade aquele com acolhimento, educação em saúde, atenção integral à mulher gestante, número mínimo de seis consultas, referência e contrarreferência, além de trabalho em equipe. Os entraves encontrados pelos profissionais foram: demora nos resultados dos exames solicitados, ausência de referência e contrarreferência, carência de recursos materiais, limitação dos enfermeiros na solicitação de exames e falta de trabalho em equipe. Na concepção das gestantes, um pré-natal de qualidade é caracterizado por recursos tecnológicos, cuidado integral, acolhimento e assiduidade do enfermeiro. Quanto à satisfação das mulheres com o cuidado de enfermagem na consulta pré-natal, existe insatisfação com a ausência de referência e contrarreferência e carência de informações. Os profissionais devem trabalhar, além dos aspectos tecnológicos, aspectos humanísticos mediante atenção integral à mulher gestante. A utilização da escuta é um excelente recurso para saber quais as necessidades dessas mulheres e, dessa forma, oferecer-lhes informações e cuidados pertinentes.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Gravidez; Cuidado Pré-Natal; Satisfação do Paciente.

### ABSTRACT

The study was aimed at knowing the views of pregnant women and nurses about prenatal care in basic health care. Exploratory and descriptive research conducted with 11 nurses included in the IV Regional Executive Secretary of Fortaleza – CE and 18 pregnant women attending these services. Nurses consider a quality prenatal care with health education, comprehensive care for pregnant women, a minimum of six consultations, reference and counter-reference system and teamwork. The obstacles faced by health professionals were: delay in the exam results, absence of reference and counter-reference system, absence of material resources, limitation of the test ordering nurses and lack of teamwork. In the design of pregnant women, a prenatal care quality is characterized by technological resources, comprehensive care, nursing care and attendance. As for women's satisfaction with nursing care in prenatal, there is dissatisfaction with the lack of reference and counter-reference and lack of information. Professionals should work in addition to technological aspects, through the humanistic aspects of comprehensive care for pregnant women. The use of listening is an excellent resource to learn what the needs of each woman, and thus give relevant information and care.

**Keywords:** Primary Health Care; Nursing; Pregnancy; Prenatal Care; Patient Satisfaction.

### RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo evaluar las opiniones de las mujeres embarazadas y enfermeros sobre el cuidado prenatal en la atención primaria de salud. Investigación exploratoria y descriptivo, realizado con 11 enfermeras incluidas en el IV Regional de Secretario Ejecutivo de Fortaleza – CE y 18 mujeres embarazadas que acuden a estos servicios. Las enfermeras consideran una atención de calidad prenatal con eso, la educación sanitaria, la atención integral para las mujeres embarazadas, un mínimo de seis consultas, referencia y contra referencia y trabajo en equipo. Los obstáculos que enfrentan los profesionales de la salud fueron: retraso en los resultados de los exámenes, la falta de referencia y contra referencia, la falta de recursos materiales, la limitación de la prueba de ordenar las enfermeras y la falta de trabajo en equipo. En el diseño de la mujer embarazada, una calidad de la atención prenatal se caracteriza por los recursos tecnológicos, la atención integral, la atención de enfermería y asistencia. En cuanto a la satisfacción de las mujeres con los cuidados de enfermería en la atención prenatal, hay insatisfacción con la falta de referencia y contra referencia y la falta de información. Los profesionales deben trabajar, además de los aspectos tecnológicos, a través de los aspectos humanísticos de la atención integral para las mujeres embarazadas. El uso de la escucha es un recurso excelente para aprender cuáles son las necesidades de cada mujer, y así dar la información pertinente y la atención.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Enfermería; Embarazo; Atención Prenatal; Satisfacción del Paciente.

\* Trabalho completo apresentado no I Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal e no VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, Belo Horizonte-MG, 2011.

<sup>1</sup> Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde (CMACCLIS) na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem (Grupesme).

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. Docente do CMACCLIS/UECE. Coordenadora do Grupesme.

<sup>3</sup> Enfermeira do Programa de Saúde da Família de Caucaia-CE. Discente do Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal – Faculdade Metropolitana de Fortaleza (Fametro).

<sup>4</sup> Enfermeira. Discente do Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho na UECE.

Endereço para correspondência – Rua Jaú, 300, apto 302, bl 02, Vila União, Fortaleza-CE. CEP: 60410-791. E-mail: eryjosy@msn.com.

## INTRODUÇÃO

O cuidado, que é a essência do trabalho do enfermeiro, há tempos vem sendo incorporado à prática na assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, porém com diversas conotações que variam de uma abordagem tecnicista a uma visão mais humanística. Essa perspectiva de cuidado sofre influência dos antigos programas materno-infantis, quando a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto.

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930 a 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Altamente criticados pelo movimento feminista de mulheres e pela maneira reducionista com que preconizam a assistência à mulher, urgiu que se criasse outro programa que contemplasse não somente a esfera biológica da mulher e o ciclo gravídico-puerperal, mas as outras necessidades de saúde ao longo de seu ciclo vital.

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>1</sup>

No âmbito da saúde da mulher, especificamente tratando-se da prática obstétrica, o enfermeiro exerce um papel importante no que concerne à humanização da assistência, tendo em vista que o processo gestatório e o período pós-parto sejam permeados por sentimentos de medo e insegurança. Na maioria das vezes, esses sentimentos, aliados à desinformação e assistência pré-natal inadequada, são responsáveis pela opção da mulher pela cesárea. Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, os partos cesáreos continuam em ascensão. Em 2009, a proporção de partos cesáreos do setor público, de acordo com o Sistema de Informações de Internações Hospitalares (SIH) foi de 36,2%.<sup>2</sup>

Fazendo uma análise retrospectiva da cobertura de pré-natal no SUS durante o período de 2003 a 2009, percebemos que houve avanços significativos na quantidade de consultas oferecidas às gestantes. O número de consultas de pré-natal atingiu 19,4 milhões em 2009 – aumento de 125% em relação a 2003, quando foram registradas 8,6 milhões. Apesar do aumento de consultas, ainda é questionável a qualidade dessa assistência, haja vista a alta incidência de sífilis congênita em menores de um ano, com 5.281 casos confirmados em 2008, o fato de a hipertensão arterial ser a causa mais frequente de morte materna

no Brasil, os encaminhamentos inadequados ou tardios aos serviços de pré-natal de alto risco e o fato de a mortalidade materna brasileira ser ainda dez vezes maior que a de países desenvolvidos.<sup>3</sup> Além disso, apenas 41,01% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica.<sup>4</sup>

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005, na América Latina e no Caribe, a estimativa de mortalidade materna correspondeu a 130 mortes para cada 100 mil nascimentos vivos. Apesar dos esforços recentes do Governo brasileiro em termos de leis e políticas voltadas para o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, a taxa de mortalidade materna no Brasil é ainda considerada alta, estimando-se 110 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.<sup>5</sup>

No Ceará, observa-se redução da mortalidade materna desde 2006, mas, no período de 1997 a 2009, ocorreram 1.525 mortes maternas, sendo 1.425 por causas obstétricas, com predomínio das causas obstétricas diretas. Em 2009, ocorreram 68 óbitos obstétricos, dos quais 37 por doenças hipertensivas do estado de gravidez. Quanto às causas obstétricas indiretas, ocorreram 30 óbitos, sendo 7 deles por doenças do aparelho circulatório e 7 por doenças infecciosas.<sup>2</sup> Tendo por base os dados apresentados, questiona-se a qualidade do acompanhamento das gestantes.

Vale ressaltar que o cuidado de enfermagem na assistência pré-natal ainda não está bem consolidado nos serviços de atenção básica. Observam-se limitações para a ampliação e a cobertura da clientela. Essas dificuldades decorrem, principalmente, da falta de recursos humanos e materiais, dentre outros, acarretando sérios obstáculos à implantação de ações de enfermagem embasadas por princípios de qualidade, nos diversos serviços de atenção à mulher, ocasionando sobrecarga de atividades refletida em uma assistência à mulher que não corresponde às suas expectativas e necessidades.<sup>6</sup>

Tais considerações permitem refletir sobre o atendimento que está sendo oferecido à mulher no pré-natal, para que se possa aproximar o máximo possível de uma prática humanizada e de qualidade, por meio de um processo de cuidar sistemático, individual e contextualizado, requerendo uma efetiva comunicação entre enfermeiro e cliente.

Diante da problemática exposta, surgem os seguintes questionamentos: Como se consolida o cuidado de enfermagem na atenção básica de saúde junto à mulher durante o pré-natal? Quais as concepções de enfermeiros e gestantes sobre esse cuidado? Como está a satisfação das gestantes em relação aos cuidados de enfermagem recebidos na consulta?

Dessa forma, o objetivo com este estudo foi conhecer as concepções de gestantes e enfermeiros sobre o cuidado pré-natal na atenção básica de saúde. O olhar dos enfermeiros e das gestantes sobre o cuidado pré-natal

contribui sobremaneira para a assistência obstétrica, uma vez que pode servir como dispositivo importante a ser utilizado pelos serviços que prestam assistência obstétrica na atenção básica de saúde no Estado, de forma a realizarem uma atuação intensa, específica e articulada com os serviços de atenção secundária. Isso implicará melhor qualidade do acompanhamento pré-natal, com reflexos no período puerperal de modo a esperar um restabelecimento fisiológico e livre de complicações perinatais com um desempenho satisfatório da mulher e dos familiares à maternidade. Espera-se, ainda, avançar no melhor desempenho dos serviços que atendem mulheres no período gestacional e reforçar a referência e a contrarreferência como forma de organizar o atendimento no ciclo gravídico-puerperal.

## METODOLOGIA

Estudo do tipo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) inseridas na Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) do município de Fortaleza-CE, com 11 enfermeiros atuantes no serviço de pré-natal e no acompanhamento pós-parto e 18 gestantes que se encontravam no último trimestre gestacional e que aceitaram participar.

A coleta dos dados ocorreu no período de janeiro a dezembro de 2009 por meio de entrevistas semiestruturadas individuais e gravadas com ambas as amostras, após aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes do estudo. O instrumento abrangeu tópicos relacionados às ações realizadas pelo enfermeiro durante o acompanhamento pré-natal, dificuldades de operacionalização desse acompanhamento, conceito de qualidade desse atendimento, satisfação/insatisfação com o atendimento recebido, dentre outros. Também foram realizadas observações durante as consultas de pré-natal, com a utilização do diário de campo. As UBSFs, foram eleitas como cenário de levantamento dos dados para facilitar a interação pesquisador-pesquisados e possibilitar maior fidedignidade dos dados.

As narrativas foram organizadas de acordo com o método de análise de conteúdo proposto por Bardin,<sup>7</sup> iniciando-se com uma leitura flutuante, seguida da constituição do *corpus*, preparação, codificação, classificação e agregação do material a ser analisado em categorias. Para maior organização dos depoimentos, os sujeitos foram identificados com as letras "E" de enfermeiro e "G" de gestante, seguidas de algarismo arábico.

Os aspectos éticos que regem a pesquisa com seres humanos foram rigorosamente respeitados, conforme preconiza a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde,<sup>8</sup> em todo o percurso da pesquisa, desde o primeiro contato dos pesquisadores com os cenários do estudo até sua conclusão, atentando-se

para necessidade de devolução dos resultados para as instituições e divulgação em eventos científicos e em publicações. Ressalte-se que o referido estudo somente foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob protocolo nº 08351945-9.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor analisar os dados referentes ao objeto de estudo, foram criadas duas categorias com base nas convergências das falas dos enfermeiros e gestantes entrevistados. Na primeira categoria, abordou-se o "Pré-natal de qualidade" segundo a concepção de enfermeiros e gestantes. Nessa categoria foi avaliada, ainda, a satisfação das gestantes com os cuidados de enfermagem na consulta pré-natal. A segunda categoria, "Entraves para a realização de um pré-natal de qualidade", trata das dificuldades encontradas por profissionais e usuárias para o melhor atendimento no serviço.

### Categoria 1: Pré-natal de qualidade

Na assistência à gestante no pré-natal, o enfermeiro obterá êxito se estiver respaldado pelo senso de responsabilidade e compromisso. Um resultado positivo de gravidez pode acarretar uma mudança radical na vida da gestante e de toda a sua família. Nesse momento, somente o conhecimento técnico-científico não é suficiente para atender às necessidades expressas e latentes da mulher que está grávida. As atitudes de sensibilidade e afetividade demonstradas pela enfermeira desde o início do pré-natal, mediante a escuta dos problemas, observação das reações e o oferecimento de apoio, favorecerão a interação enfermeiro-gestante. O período de gestação e parto envolve grandes mudanças e requer uma adaptação à chegada do novo membro de uma família. É, assim, o momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício ao desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde a serem realizadas por profissionais de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Um pré-natal qualificado exige a participação e o comprometimento de uma equipe integrada internamente e com os serviços que prestam cuidados na atenção secundária e terciária.<sup>9</sup>

Os enfermeiros que realizam consultas de enfermagem nas Unidades Básicas da SER IV dão a devida importância à empatia que o profissional deve ter com sua cliente para que essa se sinta acolhida. A humanização é traduzida por meio da escuta, da conversa, do olhar, do toque e, a partir de então, as dúvidas são esclarecidas.

Reciprocamente, as gestantes julgam necessário para um pré-natal de qualidade uma atenção integral à gestante por parte dos enfermeiros, de forma que ela se sinta segura com as informações fornecidas sobre a sua saúde e a de seu bebê.

**QUADRO 1 – Concepção de pré-natal de qualidade para enfermeiros e gestantes. Fortaleza – 2009**

Enfermeiros	Gestantes
<p><i>Tem muito dessa parte do acolhimento, da humanização, do toque, da conversa, do olhar, então isso pra mim, tudo isso faz parte de um pré-natal de qualidade... Envolvendo as consultas mensais com acompanhamento multiprofissional tratando a mulher com respeito e não como objeto... Que se tenha disponível equipe que propicie essa assistência... Sistema de referência e contrar referência que funcione. (E4 e E9)</i></p> <p><i>Pré-natal de qualidade é aquele em que você valoriza o que a paciente traz pra você, das dúvidas, das experiências que elas têm... É um pré-natal onde você consegue envolver as pessoas que vão estar diretamente ligadas a ela, como sogra, mãe, esposo... (E7)</i></p> <p><i>Um pré-natal de qualidade é aquele que a gente pode ofertar o que há de melhor e disponível pra gestante, pra ela ter conhecimento da importância do pré-natal, da função dela naquela etapa de vida, fornecer a ela tudo o que é preciso para ter um controle, pra gente tá ainda avaliando, sabendo se tá ocorrendo tudo bem e fornecer o que for necessário pra ela, se por ventura, as coisas não forem da maneira esperada... A gente tem o acompanhamento da gestante direto, se a gestante não veio para o pré-natal, a gente pede ao agente de saúde para ir buscar, se a gestante tá sentindo alguma coisa, a gente pede para ela tá retornando, sem precisar de consulta de pré-natal, então, assim, ela não fica solta de jeito nenhum. (E8 e E10)</i></p> <p><i>Que ela tenha oportunidade de ter aquele número de consultas né, até mais, que eu acho seis consultas... O que é preconizado, mas que eu acho pouco, se a gente for levar em consideração aquele atendimento que deveria ser nos últimos meses, três consultas. Então a gente sempre faz de acordo com o que o Ministério da Saúde recomenda: uma consulta de pré-natal com o médico, duas consultas com o enfermeiro e, assim até o final do pré-natal. Quando chega na 32ª semana, consulta quinzenal e quando chega a 36ª semana, consulta semanal. (E5 e E8)</i></p> <p><i>O que é para mim um pré-natal de qualidade... De preferência um pré-natal que seja iniciado no início do 1º trimestre. (E1)</i></p> <p><i>A oportunidade da gente tá contando com os outros profissionais, às vezes, a gente acaba tendo que levar o pré-natal um pouquinho nas costas na sala de enfermagem... (E5).</i></p> <p><i>Aqui na unidade, a minha equipe, eu tenho a sorte de tá com minha equipe completa. (E8)</i></p>	<p><i>Um pré-natal que você pode assim, saber como é que tá o bebê, o estado dele... (G1)</i></p> <p><i>Tem com a mãe (cuidado), assim, porque a gente vai, se tiver alguma infecção, ela já passa remédio pra combater e tudo, mas devia ter mais, muito mais. (G9)</i></p> <p><i>Ela me manda tirar a minha pressão, eu vou tirar meu peso, pra ver como é que eu tô, aí ela olha se tá tudo normal, me examina, examina ele... (G6)</i></p> <p><i>Podia pelo menos melhorar o atendimento no posto, mas as consultas são boas, de pré-natal. (G5)</i></p> <p><i>É bom (a atenção recebida), eu acho bom. Ela pergunta, ela responde também... (G7)</i></p> <p><i>Porque assim eu acho legal a consulta daqui, eu gosto porque a gente é bem atendida e tudo... (G9)</i></p> <p><i>Primeira coisa se fosse pra mudar era a enfermeira, porque ela é muito assim devagar... Bom, falasse mais com as pacientes que ela consulta, mais atenção... (G5)</i></p> <p><i>Porque às vezes a doutora (médica) falta, aí tem que passar pra enfermeira... Fica aquela dúvida da gente. Elas demoram um pouco a chegar. Às vezes a gente chega cedo, espera um bocadinho, meia hora, uma hora. (G5)</i></p>

A qualidade dos serviços de atenção à gestante não pode se efetivar sem considerar suas necessidades e/ou expectativas e sem ter sensibilidade e intuição para captar o que é necessário incluir no plano de cuidados da mulher, para que ela se sinta tranquila e confortada. Se algum elemento do cuidado provido se apresenta omissivo, deve ser resgatado para tornar-lhe esse cuidado mais significativo.

Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias: do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integram todos os níveis de atenção – promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.<sup>4</sup>

O acolhimento, desde a chegada à recepção até a saída do consultório, é importante para um pré-natal satisfatório. Além disso, a assiduidade e a pontualidade

do enfermeiro devem ser um compromisso assumido pelo profissional.

Os enfermeiros entrevistados citavam, normalmente, como fator preponderante para um pré-natal de qualidade, o número mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

O início precoce do pré-natal depende da disponibilidade da gestante em procurá-lo, da capacidade de oferta do serviço e, ainda, do acesso a ele. O número de consultas realizado, certamente, dependerá da idade gestacional de início do pré-natal (quanto mais precoce, mais consultas), mas também da capacidade do serviço de promover a adesão da gestante a ele.

Considera-se uma atenção pré-natal de qualidade aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura.<sup>9,10</sup> O início do acompanhamento no primeiro trimestre da gestação permite a realização oportuna de



ações preventivas, de diagnósticos mais precoces e de ações de promoção à saúde. Além disso, possibilita a identificação, no momento oportuno, de situações de alto risco que envolvem encaminhamentos para outros pontos de atenção, para melhor planejamento do cuidado.<sup>11</sup>

O trabalho em equipe no acompanhamento pré-natal na atenção básica é de grande relevância, sendo citado pelos enfermeiros entrevistados. As consultas de pré-natal são intercaladas entre médico e enfermeiro, além das consultas com o dentista e nutricionista, quando se faz necessário.

Além desses fatores, a educação em saúde é citada como necessária para um pré-natal de qualidade, principalmente, em gestantes primíparas. Supõe-se que essas não tenham experiência e careçam de muitas informações.

Ao observar as consultas de pré-natal realizadas por enfermeiros em todas as UBSFs da SER IV, presenciou-se que as gestantes recebiam informações sobre a alimentação ideal durante a gravidez, os cuidados com os seios para o aleitamento materno, os sinais do parto, enfatizando em que momento ela deve recorrer à maternidade. No entanto, não foram veiculadas outras informações como: a sexualidade na gestação, a apreensão correta da mama no aleitamento materno, os cuidados com o recém-nascido e atividades físicas. Normalmente, as mulheres recebem essas informações de seus familiares, principalmente das mães, avós e sogras.

Outro aspecto que se vislumbrou refere-se a atitudes do profissional centradas no modelo de educação tradicional, em que não há espaço para perguntas e para um processo de comunicação efetivo entre profissional e cliente. A dimensão técnica do cuidar assume a prioridade nos atendimentos às gestantes, deixando uma lacuna nesse

processo de cuidar, que faz uma diferença muito grande para a mulher ao término do processo gestacional, quando se depara com uma série de dúvidas e dificuldades para desempenhar o papel materno.

Com relação às ações educativas no pré-natal, estudos de Figueiredo e Rossoni<sup>12</sup> mostram uma tendência em restringir as ações educativas durante as consultas individuais com o simples repasse de algumas informações sobre gravidez, parto e cuidados com o bebê. É de extrema importância o despertar de alguns profissionais para a educação em saúde realizada individualmente, priorizando as necessidades de cada um, atentando para o fato de que educação em saúde pode e deve ser realizada em todos os âmbitos e oportunidades.

Uma vez situados diante da consulta de enfermagem pré-natal, não se pode perder de vista os sujeitos envolvidos: o enfermeiro e a mulher. Na relação profissional, o enfermeiro, sujeito singular, com concepções e maneiras próprias de olhar o outro, depara-se com um cliente que tem necessidades de saúde e expectativas em relação à gravidez e à sua própria atuação profissional. São as vivências desse profissional, bem como os limites e possibilidades do serviço, que levam o enfermeiro a optar por uma ou outra forma de abordagem ao cliente.<sup>12</sup>

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente. A escuta aberta, sem julgamento nem preconceitos, possibilita que a mulher compartilhe e faça reflexões sobre suas fantasias, medos, emoções, amores e desamores, estabelecendo um elo de confiança com o profissional que a está assistindo.<sup>4</sup>

## QUADRO 2 – Educação em saúde como atividade imprescindível no pré-natal. Fortaleza – 2009

Enfermeiros	Gestantes
<p><i>Não esquecer jamais as orientações de pré-natal, de parto e de pós-parto... A questão do retorno pra fazer revisão de parto, a questão da amamentação... É muito importante o incentivo da amamentação a essas pessoas e o esclarecimento de como é que as coisas têm que andar pra não ficarem induzindo a pessoa a introduzir outra alimentação antes dos seis meses. (E7)</i></p> <p><i>Tem a oportunidade de explicar, ter palestras, orientar... (E5)</i></p>	<p><i>Era bom se explicasse mais, como fazer pra poder criar bico no peito, pra amamentar, eu tenho dificuldade. Ela não fala, só a doutora (médica)... Se a gente precisa de ajuda, as doenças que pode pegar na criança, essas coisas assim. (G7)</i></p> <p><i>As mães de primeira viagem num sabem nada ainda... Deveriam ensinar direitinho, só que não ensinam muito. (G3)</i></p> <p><i>Tudo o que a gente pergunta ela responde. Ela pergunta sobre a minha alimentação, sobre o bebê, o que precisa fazer... (G8)</i></p> <p><i>Eu me sinto à vontade, eu pergunto tudo que eu tenho dúvida. Tenho vergonha, não. Ela explica bem direitinho: 'Mãezinha, é assim desse jeito e tudo...' Ela já tava ensinando como fazer os exercícios, incentivando pra eu dar as mamas... É muito importante a gente dar de mamar até os seis meses, assim a criança evita de adoecer, ter infecção. (G9)</i></p> <p><i>Todas as minhas dúvidas eu tiro aqui... Quando eu não tiro com ela, eu tiro com a minha família... Sinto super à vontade, pra falar, pra perguntar, é ótimo. (G6)</i></p> <p><i>Assim, só o que falta é que num fala dos alimentos que a gente deve comer, das atividades que a gente faz... Ela pergunta como é que tá o neném, se tá tudo bem... (G5)</i></p>

**Categoria 2: Entraves para a realização de um pré-natal de qualidade**

A atenção qualificada depende da provisão de recursos e da organização de rotinas com ações comprovadamente benéficas, evitando intervenções desnecessárias e estabelecendo relações de confiança entre as famílias e a equipe e autonomia da gestante.<sup>4</sup>

A demora dos resultados dos exames solicitados nas consultas de pré-natal foi muito comentada pelos

enfermeiros do estudo. Em muitas situações, esses resultados demoram até três meses para chegar às mãos das gestantes, estando, portanto, desatualizados. O principal problema é a detecção tardia de alguma complicação, que poderia já estar sendo tratada se houvesse agilidade nos resultados dos exames.

Outro entrave descrito pelos enfermeiros e pelas gestantes foi a ausência de referência e contrarreferência. As gestantes referem insatisfação por não terem uma maternidade vinculada ao serviço para que possam

**QUADRO 3 – Aspectos que interferem na qualidade do pré-natal. Fortaleza – 2009**

Enfermeiros	Gestantes
<p><i>Os exames demoram bastante. Às vezes, tem aquela gestante que se demora muito a chegar aqui, já no último trimestre acaba parindo sem receber. Aí, tem que ver no sistema. Você liga pro Cemja e diz: ‘Ó, a gestante tá precisando fazer exame aí hoje e eu quero todos os exames...’. A doutora viu os exames e não viu o hemograma... Paciente na primeira gravidez, ia parir sem exame de sangue? Jamais! Então, se a gente pede, eles mandam, o negócio é a gente saber ficar em cima. Senão fica lá guardado. Aí é um, dois, três meses... Bem, cabe a nós, profissionais, o dever de procurar o exame do paciente, porque se solicita e demora, liga pra lá que eles mandam, entende? (E3)</i></p> <p><i>A paciente chegou com sete semanas, hoje ela tá com dezesseis semanas e os exames ainda não chegaram. Ou seja, um exame pedido há três meses e não há resultados no sistema. A grande dificuldade que a gente tá tendo aqui é a questão dos exames que demoram demais nos hospitais de Fortaleza. A questão de não ter um vínculo com um local que eu possa encaminhar essa gestante, esse encaminhamento é via sistema, e fica meio prejudicado no registro do setor, a gente encaminha uma gestante de alto risco, passa dois meses numa fila de consulta, é uma gestante que vai pra médica ou se eu identifiquei, por exemplo, HELLP, essa gestante precisa de uma cesárea, ela traz o ultrassom, o bebê tá começando a sofrer, encaminha para a emergência para que seja realizado esse parto, eles não atendem... Falta vínculo com a maternidade; elas fazem o pré-natal sem saber onde terá o bebê; é uma falha da gestão da assistência. (E1)</i></p> <p><i>E a dificuldade que a gente tem é de encaminhamento pra pré-natal de risco, para realizar ultrassom obstétrico de rotina que, como a fila, trava, porque a demanda é muito grande... Na hora da gente tá fazendo solicitação de exames, limita por conta da portaria municipal que não permite o enfermeiro solicitar alguns exames, algumas prescrições de medicamento do programa do Ministério da Saúde; o município limita também, a gente não pode tá prescrevendo algumas medicações para a gestante. Isso acaba sobrecarregando o médico, que quando vai realizar consultas, realiza muitas e que, infelizmente, fica corrido. Mas no nosso caso, a gente trabalha muito junto. (E8)</i></p> <p><i>A maior questão mesmo é a do exame, a pessoa espera dois meses para a consulta com o médico pra ele solicitar... Nós estamos fazendo de uma forma que não deveria ser, mas a gente tá pensando no melhor pra o paciente, como é que a gente faz? Geralmente, a gente faz o pedido todinho, faz o pedido do ultrassom, houve um acordo com ele (o médico)... A gestante saiu do consultório com a gente, aguarda um pouquinho lá na sala do médico e no intervalo de uma consulta pede para ele assinar. Por que a gente fez esse acordo? Porque tava acontecendo o seguinte: quando ia para a consulta do médico, o médico receitava o que a gente não podia, aí demora, porque sorologia já demora, aqui é que demora mesmo. (E5)</i></p> <p><i>Alguns exames que seriam de rotina no pré-natal, mas o enfermeiro não pode solicitar, tipo ultrassom obstétrico, algumas sorologias, mas que, inclusive, a gente já está trabalhando na reformulação da portaria para tentar incluir alguns exames. Faltam alguns componentes principais... Uma maior integração dentro da equipe de saúde da família, principalmente, entre médicos, enfermeiros, dentistas e agentes de saúde. (E2)</i></p>	<p><i>Eu queria mesmo um encaminhamento pra mim quando eu tivesse ficando boa, para aquele hospital assim pra que eles pudessem me aceitar, que num é todos que aceitam... E ter leito... Aí tem que tá indo pra outro hospital, pra outro. (G4)</i></p>

ser encaminhadas no momento do parto. Queixam-se por terem de sair de hospital em hospital atrás de vaga. Isso só aumenta a ansiedade, a preocupação e o medo das gestantes antes de um momento tão esperado – o nascimento do filho.

A falta de referência e de contrarreferência gera ansiedade e sensação de desamparo, pois o serviço perde o contato das gestantes, interrompendo a atenção durante o período gravídico-puerperal. Ao serem encaminhadas para um pré-natal de alto risco pela ocorrência de DHEG, pré-eclâmpsia, diabetes ou sofrimento fetal, por exemplo, os profissionais das UBSFs perdem a continuidade do cuidado a essas mulheres.

A desvinculação entre a assistência pré-natal e a do parto leva as mulheres em trabalho de parto a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais. Além disso, a maioria das mortes maternas ocorre perto do parto, demandando intervenções que garantam melhor assistência nesse período. Nesse panorama da situação obstétrica, a crença de que existe desumanização em um momento tão importante e, principalmente, o direito que toda mulher tem de garantia ao atendimento foram consideradas como questões emblemáticas a enfrentar.

Em seus discursos, os enfermeiros trataram, também, da sua limitação na solicitação de exames e sorologia, além da prescrição de alguns medicamentos, o que atrasa muito os resultados dos exames necessários para o acompanhamento do pré-natal. Diante disso, existe um “acordo”, entre a maioria das equipes, de o enfermeiro solicitar exames e sorologia, além de prescrever algumas medicações para o médico só assinar e carimbar a receita. Na consulta seguinte com o médico, a gestante já está com os resultados dos exames para ele avaliar. Os enfermeiros têm a consciência de que esse não é o procedimento correto, mas referem estar pensando na agilidade de entrega dos resultados.

Observou-se, também, a carência de materiais nas UBSFs – por exemplo, Sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard – para verificar batimentos cardíacos fetais. A maioria das unidades só possuía um único aparelho para todas as equipes. Além disso, uma grande queixa dos enfermeiros é a falta de recursos tecnológicos para a

realização de ultrassom obstétrico. As gestantes, muitas vezes, precisam ir a clínicas particulares para receber o resultado imediato.

As mulheres entrevistadas retratam o incômodo causado pelo fato de não poderem fazer um ultrassom no serviço e serem encaminhadas para outros lugares ou, até mesmo, pagarem por um ultrassom com resultados imediatos.

Diante dos dados apresentados, percebe-se que há muito ainda que avançar no que diz respeito ao cuidado pré-natal na atenção básica de saúde. Comparando os resultados apresentados neste estudo com estudos realizados em outros municípios brasileiros, constata-se que as dificuldades na realização da consulta diferem nas diversas regiões do país. Por exemplo, em estudo<sup>13</sup> realizado com 25 enfermeiras que acompanhavam o pré-natal na rede básica de saúde do município de Rio Branco-AC, constatou-se que as enfermeiras não apresentaram dificuldades em uma série de atividades importantes na assistência pré-natal no início do exercício profissional. No entanto, relataram que enfrentaram dificuldades em atividades que exigem conhecimentos (saber), como também em atividades que necessitam de habilidades (saber-fazer). No estudo foram apontadas, ainda, falhas na graduação, com relação à atenção ao pré-natal, tanto para aspectos teóricos como para atividades exclusivamente práticas.

Em outro estudo<sup>14</sup> realizado com 30 gestantes nos municípios de Axixá do Tocantins, Praia Norte e Sítio Novo do Tocantins, revelou-se que 50% das entrevistadas não encontram dificuldades durante a consulta pré-natal, enquanto 26,67% citaram como dificuldade a realização de exames em outro município. Quanto às facilidades, o atendimento humanizado e o fácil acesso à consulta foram considerados pela maioria das usuárias como os elementos positivos do atendimento. Quando questionadas sobre quais as principais facilidades enfrentadas para fazer o pré-natal, 43,33% das entrevistadas afirmaram que o atendimento humanizado prestado pelos profissionais que realizavam as consultas é o principal fator motivador para a adesão ao pré-natal.

Essa humanização é entendida como um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à

#### QUADRO 4 – Carência de materiais e recursos tecnológicos. Fortaleza – 2009

Enfermeiros	Gestantes
<p><i>Eu não diria só na unidade, porque, pra fazer um pré-natal de qualidade, a gente depende da unidade, mas depende também do laboratório, depende também da clínica, do contato que não está disponível na ultrassonografia, então não é só a questão da unidade. (E5)</i></p> <p><i>Materiais, como o sonar... não tem uma fita (métrica), aliás, nem tudo tem no geral, falta material para o exame físico. É complicado. (E4)</i></p>	<p><i>Todo posto devia ter já as máquinas de ultrassom, pra num precisar ir pra outro canto... Bater ultrassom, que marca aqui, aí fica na fila de espera, aí quando num dá, tem que pagar pra bater... Todo posto devia ter um aparelho de ultrassom pra mãezinha já ser encaminhada. (G9)</i></p>

promoção do parto e nascimento saudáveis e também a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, utilizando elementos essenciais para o fortalecimento da relação profissionais-clientes. Podem ser citadas a troca de informações, a cumplicidade gerada pela continuidade do atendimento pelos profissionais, a coparticipação do paciente quanto ao seu tratamento, dentre outros. Uma parcela correspondente a 36,67% das entrevistadas afirmou que a facilidade de acesso ao atendimento (aqui entendido como proximidade da residência), número adequado de fichas para consultas, rapidez para o atendimento, falta de filas e disponibilidade de vacinas podiam ser considerados elementos positivos do serviço.<sup>14</sup>

Em estudo<sup>15</sup> realizado com 152 gestantes cadastradas em uma USF do município de São Paulo-SP, 99% das usuárias demonstraram satisfação com o serviço oferecido. Verificaram-se aspectos positivos com relação à assistência pré-natal com ênfase no PSF, visto que 84% das gestantes conhecem o programa; 99% consideram o atendimento prestado como adequado; 97% conhecem a equipe que presta atendimento; 54% conhecem o hospital que será referência para o parto; e 93% receberam visitas mensais dos agentes comunitários de saúde.

Ressalte-se que elementos socioeconômicos e emocionais devem ser considerados no momento do atendimento à gestante e que esta deve ser instruída quanto aos cuidados necessários para o sucesso desse estágio. O profissional deve oferecer um suporte psicológico à cliente, estimulando o vínculo profissional-família, por meio de diálogos francos, visitas domiciliares e reuniões de grupo. Além disso, necessita dispor de conhecimentos técnico-científicos atualizados, recursos humanos e/ou de infraestrutura adequados – por exemplo, uma área física adequada, equipamentos disponíveis para o exame da gestante, medicamentos básicos suficientes à demanda, profissionais aptos e treinados para o bom atendimento à mulher.

Também necessita contar com um serviço eficaz de referência e contrarreferência e sistemas de avaliação das ações desenvolvidas, pois esses fatores contribuem sobremaneira para o sucesso do serviço de pré-natal e estimulam aqueles envolvidos no processo.

Redirecionar a prática profissional quanto ao atendimento prestado à gestante, enfocando elementos como o diálogo franco e a disposição a ouvir os medos e as ansiedades vivenciadas durante esse período pela mulher, é de grande importância para a adesão e a qualidade das consultas. Essa conduta deve ser fomentada com base no trabalho dos agentes comunitários de saúde, no momento da visita domiciliar, seja para a captação da gestante para o início do pré-natal, seja na busca ativa de faltosas.<sup>14</sup>

A assistência pré-natal de qualidade deve feita por meio de um esforço contínuo de todos os envolvidos no processo, utilizando-se os meios existentes na comunidade e no ambiente de trabalho para a facilitação das ações e melhoria da satisfação das

usuárias, mediante um atendimento rápido, eficaz, integral e igualitário.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos depoimentos de enfermeiros e gestantes, pôde-se conhecer as concepções delas sobre o cuidado pré-natal na atenção básica de saúde. Ambos consideram um pré-natal de qualidade aquele que tem um bom acolhimento, educação em saúde, atenção integral à mulher gestante, número mínimo de seis consultas, referência e contrarreferência, assiduidade do enfermeiro e trabalho em equipe.

Em relação à satisfação das mulheres com o cuidado de enfermagem na consulta pré-natal, existe insatisfação em relação à educação em saúde. Embora algumas gestantes tenham se mostrado satisfeitas, observou-se que elas ainda carecem de informações e instruções sobre como pegar corretamente o bebê para a amamentação, a sexualidade na gestação, a preparação para o parto e os cuidados com o recém-nascido.

Diante disso, enfatize-se a necessidade da criação de grupos de gestantes tendo o enfermeiro como facilitador, para que possam trocar experiências, tirar dúvidas e serem conduzidas de acordo com suas necessidades como mulheres e mães. Dessa forma, elas estariam mais munidas de conhecimentos sobre si mesmas, sobre a gravidez e a maternidade, bem como preparadas psicologicamente para viver os momentos tão esperados – o parto e o nascimento de um filho.

Alguns entraves para a realização de um pré-natal de qualidade descritos foram: demora nos resultados dos exames solicitados, ausência de referência e contrarreferência, carência de recursos materiais e tecnológicos, limitação dos enfermeiros na solicitação de exames e falta de trabalho em equipe.

Percebeu-se quanto esses fatores interferem na qualidade do pré-natal. Muitos só podem ser resolvidos em uma esfera mais ampla e não dependem apenas do desempenho do profissional, mas da articulação com gestores de saúde e demais setores envolvidos. Apesar dos avanços, o sistema de saúde atual está aquém das necessidades dos usuários e profissionais.

No atendimento à mulher, o enfermeiro deve ser um instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, aumentando-lhe a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decidir sobre sua vida e sua saúde.

Ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, de não poder amamentar, dentre outros, são também sentimentos comuns presentes nas grávidas. É no pré-natal que a mulher deve ser mais bem orientada para que possa viver o parto de forma positiva e feliz, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação.

Para a satisfação das mulheres com o cuidado de enfermagem, além de aspectos tecnológicos, devem

ser trabalhados os aspectos humanísticos mediante uma atenção integral à mulher gestante. Dessa forma, a utilização da escuta é um excelente recurso para saber quais as necessidades de cada mulher e, a partir de então, doar-lhe as informações e os cuidados pertinentes.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap) pelo apoio financeiro para o desenvolvimento da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Brasil. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Situação da saúde no Ceará. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; 2011. 80p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. 2011. [Citado em 2011 jan. 13]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. World Health Organization. Maternal Mortality in 2005. Estimates developed by WHO, Unicef, NNFBFA and the World Bank. Genebra: World Health Organization; 2007.
6. Lima YMS, Moura MAV. Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. Rev Pesqui Cuid Fundam. 2005; 9(1/2): 93-9.
7. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. 24p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da gestante em APS: Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Ministério da Saúde; 2011. 240p.
10. Nery TA, Tocantins FR. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. Rev Enferm UERJ. 2006; 14(1): 87-92.
11. Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, *et al.* Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS: guía para la práctica básica. Montevideo: CLAP/SMR; 2007.
12. Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29(2): 238-45.
13. Dotto LMG, Moulin NM, Mamede MV. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. Rev Latinoam Enferm. 2006; 14(5): 682-8.
14. Forte EGS, Valencia OEJ, Machado EG, *et al.* Satisfação quanto à consulta pré-natal após a implantação do programa de interiorização do trabalho em saúde. Rev UFG. 2004; 6(Esp).
15. Alencar NG, Gomes LC. Avaliação da assistência pré-natal na percepção de gestantes atendidas em uma unidade com Programa de Saúde da Família. Saúde Coletiva 2008; 4(19): 13-7.

Data de submissão: 29/9/2011

Data de aprovação: 17/7/2012

# PERFIL SEXUAL DE ADOLESCENTES UNIVERSITÁRIOS DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SEXUAL PROFILE OF UNIVERSITY ADOLESCENTS OF A COURSE OF GRADUATION IN NURSING

PERFIL SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES DE LA UNIVERSIDAD DE UN CURSO DE LA GRADUACIÓN EN EL OFICIO DE ENFERMERA

Priscila de Souza Aquino<sup>1</sup>  
Francisco Eduardo Viana Brito<sup>2</sup>

## RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, realizado com 79 adolescentes universitários do curso de enfermagem de uma universidade pública do interior do Piauí, no período de agosto a setembro de 2010. O objetivo foi caracterizar os adolescentes universitários quanto aos aspectos sociodemográficos e sexuais. O perfil dos adolescentes investigados foi ser do sexo feminino, solteiro, com renda individual mensal de até um salário mínimo, possuir idade média de 18,4 anos, não possuir filhos e coabitar com os familiares. Quanto aos comportamentos sexuais, verificou-se que a idade média da menarca foi de 12,2 anos e a da coitarca, 16,9. O preservativo foi o método mais difundido entre os adolescentes, seguido do anticoncepcional oral combinado. Dos que iniciaram a vida sexual, mais da metade relatou ter sido planejada. Assim, percebe-se que a implementação da saúde sexual e reprodutiva na adolescência deve ser considerada uma ação prioritária para eliminar os riscos a que os jovens estão propensos.

**Palavras-chave:** Adolescente; Comportamento Sexual; Enfermagem.

## ABSTRACT

This is a descriptive, transversal study, carried through with 79 adolescents university of nursing course in a Public University of the backlands of Piauí state, in the period of August to September of 2010. The objective was to characterize the adolescents university about to the sociodemographic and sexual aspects. The profile of the investigated adolescents was to be feminine, maiden, with individual monthly income to 1 minimum salary, with an average age of 18,4 years, not to possess children and to cohabit with the familiar ones. About to the sexual behaviors the average age of the menarche was 12,2 years and 16,9 years to the first sexual intercourse. The condom was the most referred method between the adolescents, followed by the combined oral contraceptive. Between the adolescents that had the sexual initiation more than half reported being planned. Thus, it is perceived that the implementation of the sexual and reproductive health in the adolescence must be considered a priority action to eliminate the risks the one that the current young is inclined.

**Key-words:** Adolescent; Sexual Behavior; Nursing.

## RESUMEN

Es un estudio descriptivo, transversal, realizado con 79 adolescentes universitarios del curso de enfermería en una universidad pública del interior del estado de Piauí, en el período de agosto a septiembre de 2010. El objetivo fue caracterizar los adolescentes universitarios sobre los aspectos sociodemográficos y sexuales. El perfil de los adolescentes investigados fue ser femenino, soltera, con el ingreso mensual hasta un salario mínimo, con una edad media de 18,4 años, no poseen niños y conviven con los familiares. Acerca de las conductas sexuales, la media de edad de la menarca fue 12,2 años y 16,9 años para la primera relación sexual. El condón es el método más mencionado entre los adolescentes, seguido por los anticonceptivos orales combinados. Entre los adolescentes que ya tenían la iniciación sexual más de la mitad reportaron haber sido planeado. Por lo tanto, se percibe que la aplicación de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia debe ser considerada como una acción prioritaria para eliminar los riesgos a los que los jóvenes actuales se inclinan.

**Palabras clave:** Adolescente; Conducta Sexual, Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora adjunta da Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: priscilapetenf@yahoo.com.

<sup>2</sup> Enfermeiro graduado pela Universidade Federal do Piauí-PI.

Endereço para correspondência – Rua Felinto Rezende n° 621 Piri-piri-PI, centro. CEP 64260-000. E-mail: eduardopiripiri@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

A sexualidade é um tema importante, especialmente no período da adolescência, considerando a relevância social conferida pela ocorrência de gravidez indesejada nessa fase da vida e pela possibilidade de exposição às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e HIV. O conhecimento sobre os métodos contraceptivos (MAC) e os riscos advindos de relações sexuais desprotegidas é fundamental para que os adolescentes possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção dos agravos acima mencionados.

A adolescência pode ser definida como o período da vida entre 10 e 19 anos de idade.<sup>1</sup> Essa fase da vida humana é compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, sendo influenciada por fatores socioculturais, familiares e pessoais.<sup>2</sup>

Esse é um importante período do ciclo vital, visto que é nele que se desenvolve grande parte do processo de crescimento e desenvolvimento humano, em que se observa um acentuado amadurecimento corporal, significativas transformações emocionais, a construção de novas relações interpessoais, manifestações de novos sentimentos, atitudes, decisões, resultando na construção de uma identidade própria.<sup>3</sup>

Embora a sexualidade esteja presente em todas as fases da vida, é entre os adolescentes que se concentram os maiores questionamentos, dúvidas e preocupações. A vivência da sexualidade está diretamente relacionada à forma pela qual os valores e as práticas sociais são percebidas e incorporadas pelos sujeitos, refletindo as diferentes culturas que coexistem nas sociedades.<sup>4</sup>

O desenvolvimento sexual nesse grupo etário é entendido como meio de emancipação que pressupõe a autonomia de ação nessa fase da vida humana e em nada se assemelha à permissividade. A família, independentemente do modelo, é o locus de referência para a constituição da subjetividade e da identidade social das crianças e dos adolescentes.<sup>5</sup>

Muitas vezes, o desenvolvimento da sexualidade nem sempre é acompanhado de um amadurecimento afetivo e cognitivo, o que torna a adolescência uma etapa de extrema vulnerabilidade a riscos, os quais estão muito ligados às características próprias do desenvolvimento psicoemocional dessa fase da vida.<sup>6</sup>

Os adolescentes que iniciam a atividade sexual precocemente não se encontram preparados para assumir essa responsabilidade, considerando a imaturidade ou a inexperiência nessas questões, falta de acesso a informações, pelas características próprias dessa fase da vida, o que pode resultar em gravidez não planejada, abortos inseguros e aumento dos índices de IST/aids nesse grupo populacional.<sup>3</sup>

Diante disso, objetivou-se, neste estudo, caracterizar os adolescentes universitários quanto aos aspectos

sociodemográficos e sexuais. Percebe-se que investigar o perfil dos adolescentes universitários de um curso de graduação em enfermagem é pertinente, haja vista que informações de saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, são fornecidas a eles durante o curso, o que poderia contribuir para uma saudável vida sexual e reprodutiva.

Dessa forma, foi possível identificar se o curso de graduação influencia no processo de iniciação sexual e no uso do preservativo nas relações sexuais, já que lidam com questões de educação em saúde, planejamento familiar e prevenção de gravidez e ISTs.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, desenvolvido com adolescentes regularmente matriculados em um curso de graduação em enfermagem, do 1º ao 5º período, de uma universidade pública na cidade de Picos – PI.

A população foi composta por 144 adolescentes, dos quais 79 aceitaram participar do estudo. O critério de inclusão consistiu em ser adolescente regularmente matriculado no curso de graduação em enfermagem. Os acadêmicos que se enquadravam no critério de inclusão cursavam até o quinto semestre do referido curso. Utilizou-se um questionário estruturado, contendo dados sociodemográficos e variáveis de comportamento sexual. A validação do questionário foi feita previamente, por meio de um teste piloto que envolveu dez adolescentes com as mesmas características dos sujeitos da pesquisa, porém estes não foram considerados no estudo.

Os dados foram coletados entre agosto e setembro de 2010, em sala de aula, após prévia autorização da instituição de ensino, bem como esclarecimentos verbais e escritos sobre a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes. Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados por meio do *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 17.0.

Todos os cuidados éticos foram adotados visando à integridade e ao bem-estar dos participantes, conforme estabelecido pela Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) sob Protocolo nº 0180.0.045.000-10.

## RESULTADOS

Os resultados foram apresentados na forma descritiva, segundo as variáveis pesquisadas. A TAB. 1 foi disposta com os dados sociodemográficos dos participantes, como idade, semestre em curso, sexo, renda individual mensal, estado civil, religião, coabitação e existência de filhos.

**TABELA 1 – Distribuição dos dados de caracterização sociodemográfica dos adolescentes entrevistados. Picos-PI – ago./set. 2010.**

Dados sociodemográficos	n	%
<b>Idade (em anos) (n=79)</b>		
17 anos	5	6,3
18 anos	34	43
19 anos	40	50,6
<b>Semestre em curso (n=79)</b>		
1º Semestre	31	39,2
2º Semestre	16	20,3
3º Semestre	13	16,5
4º Semestre	15	19,0
5º Semestre	4	5,1
<b>Sexo (n=79)</b>		
Masculino	14	17,7
Feminino	65	82,3
<b>Estado Civil (n=79)</b>		
Solteiro	74	93,7
Casado	1	1,3
União Consensual	1	1,3
Outros	3	3,8
<b>Renda (n=19)*</b>		
Até um Salário	15	79,0
De um a três Salários	3	15,7
Mais que 3 salários	1	5,3
<b>Moradia (n=79)</b>		
Família	42	53,2
Sozinho	2	2,5
Amigos	35	44,3
<b>Filhos (n=79)</b>	2	2,5
<b>Religião (n=79)</b>		
Católico	75	94,9
Evangélico	4	5,1

\*Responderam a esse item os adolescentes que possuíam emprego fixo ou temporário.

Fonte: Dados da pesquisa.

A idade dos adolescentes variou de 17 a 19 anos, porém a maior parcela dos jovens – 40 (50,6%) – referiu ter 19 anos, sendo a média de idade desses adolescentes de 18,4 anos. Quanto ao período em que se encontravam no momento da pesquisa, 31 (39,2%) adolescentes referiram estar cursando o primeiro período do curso.

Dos 79 adolescentes, 65 (82,3%) eram do sexo feminino. No que concerne ao estado civil, a maioria era solteira – 74 (93,7%).

Quanto à renda, 15 (79%) adolescentes relataram que recebiam até um salário mínimo. Ressalte-se que poucos responderam a esse item – apenas 19 (25,33%) –, pois tratava-se da renda individual mensal. Sobre a moradia, 42 (53,2%) jovens relataram que estavam morando com a família, enquanto 35 (44,3%) dividiam a moradia com

amigos. Quanto ao questionamento de ter filhos ou não, 77 (97,5%) referiram não ter filhos.

Os dados relativos à história sexual dos adolescentes, como idade da menarca (para as mulheres), parceiros sexuais, coitarca, planejamento da relação sexual, utilização de MAC, realização de exame ginecológico (para as mulheres), dentre outras informações, foram dispostas na TAB. 2.

**Tabela 2 – Distribuição dos dados referentes à história sexual de adolescentes acadêmicos de enfermagem. Picos-PI – set./out. 2010.**

Dados da história sexual	N	%
<b>Existência de parceiro fixo (n=79)</b>	24	30,4
<b>Tempo de parceria fixa (n=23)</b>		
Menos de 1 ano	8	34,7
Entre 1 e 3 anos	10	43,4
Mais de 3 anos	5	21,9
<b>Menarca (n=50)</b>		
Entre 9 e 10 anos	4	8
De 11 a 13 anos	41	82
De 14 a 15 anos	5	10
<b>Início da vida sexual (n=79)</b>		
Sim	44	55,7
Não	35	44,3
<b>Início sexual planejado (n=44)</b>		
Sim	26	57,7
Não	18	42,3
<b>Idade em que iniciou a vida sexual (n=42)</b>		
Até 14 anos	1	2,4
De 15 a 16 anos	16	38,2
De 17 a 18 anos	25	59,4
<b>Uso de MAC na primeira relação (n=44)</b>		
Sim	43	97,7
Não	1	2,3
<b>Parceiros sexuais na vida (n=44)</b>		
Até 2 parceiros	30	68,2
De 3 a 5	8	18,2
De 6 a 10	3	6,8
Acima de 10	3	6,8
<b>Parceiros nos últimos três meses (n=39)</b>		
Apenas 1	35	89,7
De 2 a 3	4	10,3
<b>MAC continuamente utilizado (n=53)</b>		
AOC	14	26,4
Coito Interrompido	6	11,3
Preservativo masculino	32	60,3
Anticoncepcional injetável	1	1,9

Fonte: Dados da pesquisa.



No que concerne à história sexual desses adolescentes pode-se destacar que apenas 24 (30,4%) possuíam parceiro fixo, dos quais 15 (65,3%) tinham parceiro havia mais de um ano. É importante salientar que nesta pesquisa foi considerado o namoro como um relacionamento fixo, constatado como a principal forma de ligação afetivo-sexual no grupo universitário pesquisado. Das 50 mulheres respondentes quanto à idade da menarca, 45 (90%) relataram ter até 13 anos de idade, com média de idade da menarca de 12,2 anos.

No contexto da iniciação sexual, 44 (55,7%) adolescentes entrevistados disseram que já haviam realizado a primeira relação sexual. Desses, 26 (57,7%) tiveram sua primeira relação planejada, um número ainda baixo quando se observa o risco de gravidez e IST em relações sexuais não planejadas.

Quanto à idade no momento da sua primeira relação sexual, 19 (42,5%) adolescentes referiram ter iniciado sua vida sexual aos 18 anos. Com isso, o intervalo mais prevalente de início da vida sexual foi de 17 a 18 anos – 25 (59,4%). A idade média da iniciação sexual foi de 16,9 anos.

Quando questionados se utilizaram algum método contraceptivo na primeira relação sexual, 43 (97,7%) adolescentes disseram ter usado algum MAC na sexarca. O método majoritariamente escolhido foi o preservativo masculino, referido por 43 (97,7%) adolescentes. Porém, ainda se observaram relatos de métodos não confiáveis na prevenção de gravidez e ISTs, como a coito interrompido e a tabelinha (Ogino-Knaus).

No contexto sobre o número de parceiros na vida, a maioria, 30 (68,2%) adolescentes, referiu ter tido no máximo até 2 parceiros. Ao serem abordados sobre o número de parceiros nos últimos três meses, o resultado não foi diferente, pois 35 (89,7%) relataram ter tido apenas um parceiro, enquanto que 4 (10,3%) tiveram de 2 a 3 parceiros nos últimos meses.

Com relação aos métodos contraceptivos continuamente utilizados pelos adolescentes, foram relatados 53, sendo o preservativo masculino o mais utilizado – 32 (60,3%). Ressalte-se que um respondente poderia referir mais de um método.

## DISCUSSÃO

A média de idade dos participantes do estudo foi de 18,4 anos, considerada fim da adolescência. Esses dados estão congruentes com estudo realizado com 295 jovens ingressantes de uma universidade de São Paulo, que evidenciou que a maior parcela dos adolescentes – 244 (82,7%) – esteve concentrada na faixa etária dos 18 aos 19 anos.<sup>6</sup>

Historicamente, o perfil da profissão de enfermagem é feminista. Já na década de 1980 havia predominância de mulheres entre os enfermeiros, correspondendo ao índice de 94,1%.<sup>7</sup> Os achados do estudo, dessa forma, estão condizentes com a literatura. Ademais, estudo realizado com 303 estudantes da área de saúde em

uma universidade pública cearense mostrou que 66% (200) dos adolescentes eram do sexo feminino, o que demonstra a crescente inserção feminina no mercado de trabalho.<sup>8</sup>

No concernente ao estado civil, percebeu-se que atualmente os jovens estão adiando cada vez mais o casamento e almejando, primeiramente, a formação profissional, já que 74 (93,7%) entrevistados disseram que estavam solteiros. Em estudo avaliando 952 estudantes universitários no Estado de São Paulo, foi relatado que 907 (95,3%) entrevistados eram solteiros.<sup>9</sup> Em outro estudo realizado com 764 estudantes universitários em uma universidade na cidade de Tunja, Colômbia, evidenciou-se que 725 (94,9%) dos entrevistados eram solteiros,<sup>10</sup> corroborando os achados desta pesquisa. O fato de serem solteiros pode representar uma vulnerabilidade a relacionamentos sexuais ocasionais ou risco de aquisição de ISTs/aids.

A baixa renda é um fato marcante no Brasil, presente em todas as regiões do país. Ressalte-se que poucos adolescentes responderam a essa questão, que investigava a renda individual mensal, provavelmente dada a ausência de renda própria ou por desconhecimento da renda dos pais.

A minoria dos adolescentes sujeitos à pesquisa demonstrou que trabalhava para completar sua renda, sendo a grande parte dependente da família para se manter na cidade em que residem. Já em estudo realizado na cidade de São Paulo com 295 adolescentes universitários, demonstraram-se que 231 (78,3%) trabalhavam para complementar sua renda e 110 (37,3%) adolescentes ganhavam entre seis e dez salários mínimos,<sup>6</sup> distanciando-se dos valores achados neste estudo.

O fato de residirem com família ou amigos é característico de cidades onde existem universidades públicas e há uma grande concentração de estudantes de outras regiões, o que favorece a migração de adolescentes para centros de estudo. Em pesquisa com 363 adolescentes, realizada no Acre, verificou-se que 190 (52,6%) adolescentes coabitavam com os pais, enquanto 66 (18,2%) coabitavam apenas com a figura materna.<sup>11</sup> Outro estudo realizado na cidade de São Paulo, com 383 adolescentes, 253 (66,3%) residiam com os pais.<sup>12</sup>

A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública. Os adolescentes estão a cada dia iniciando suas atividades sexuais precocemente e sem nenhuma precaução para prevenir-se contra uma gravidez não planejada ou ISTs/aids. Os motivos pelos quais as adolescentes engravidam são diversos, destacando-se a falta de informação, fatores sociais, falta de acesso a serviços específicos para atender a essa faixa etária, dentre outros. Assim, o início cada vez mais precoce de experiências sexuais e a insegurança do adolescente em utilizar métodos contraceptivos são comuns na adolescência.<sup>13</sup>

Grande parcela dos sujeitos – 77 (97,5%) – referiu não possuir filhos no momento da pesquisa. Esses dados distanciam-se de outros achados, pois pesquisa realizada

com universitários cearenses demonstrou que 20,5% dos entrevistados já haviam engravidado.<sup>8</sup> Em outro estudo com 764 estudantes universitários, 126 (16,6%) mulheres já haviam engravidado ao menos uma vez.<sup>10</sup>

Com relação à religião, o catolicismo foi a mais amplamente difundida neste estudo, confirmando outros estudos em populações semelhantes.<sup>6,8</sup>

O que se presencia hoje é um dinamismo contínuo de parceiros. Os relacionamentos momentâneos representam uma grande parcela dos relacionamentos atuais de adolescentes, e a figura do parceiro fixo (namorado ou esposo) fica cada vez mais escassa. Neste estudo, constatou-se que poucos possuíam parceiro fixo.

Em estudo realizado na cidade de São Paulo com 952 adolescentes universitários observou-se que 723 (76%) jovens haviam tido algum tipo de relação sexual, dentre os quais 647 (68%) possuíam parceiro fixo.<sup>14</sup>

A menarca constitui um importante elemento definidor da passagem da infância para a adolescência, independentemente do seu segmento social, caracterizando-se como um dos poucos ritos de passagem que ainda permanece valorizado na sociedade moderna.<sup>10</sup> Neste estudo, a média de idade da menarca foi 12,2 anos. Alguns estudos mostram relação entre a menarca precoce e o início da atividade sexual,<sup>3</sup> sendo, neste estudo, a média de idade da primeira relação 4,7 anos mais tarde que a menarca.

Estudos apontam que a idade da menarca vem diminuindo cerca de quatro meses a cada década, encontrando-se, atualmente, na faixa etária de 12,5 a 13 anos. A redução da idade da menarca serviria para um despertar mais cedo da sexualidade e, conseqüentemente, para a possibilidade de experimentar a gravidez em idade cada vez menor.<sup>3</sup> Em pesquisa realizada em Cruzeiro do Sul-AC, verificou-se que a idade média da menarca de 363 adolescentes entrevistados foi de 12,5 anos.<sup>11</sup>

Com a precocidade da menarca e a grande oportunidade para manter relações sexuais, em razão do estilo de vida atual e dos estímulos do meio em que se vive, cada vez mais a iniciação sexual tem ocorrido de forma mais precoce.<sup>2</sup>

No contexto da iniciação sexual dos adolescentes submetidos a este estudo, uma pequena maioria – 44 (55,7%) – relatou que já havia realizado sua primeira relação sexual. Desses, 18 (42,3%) adolescentes tiveram a iniciação sexual não planejada, número elevado considerando-se os riscos advindos desse tipo de relação.

Em estudo realizado em uma universidade pública paulista, que contou com a participação de 295 ingressantes na graduação, 144 (48,8%) adolescentes universitários já haviam iniciado as atividades sexuais, e percebeu-se que a maioria – 119 (83,2%) – não foi planejada.<sup>6</sup> Esses achados confirmaram com os deste estudo, no qual a maioria referiu ter iniciado a vida sexual de forma planejada.

Com base nessas considerações, é necessário que se tenha conhecimento sobre a idade mais frequente da iniciação sexual dos adolescentes, para que ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva antes de um relacionamento sejam elaboradas, com a intenção de criar atitudes que reduzam os riscos do sexo desprotegido e promovam o início da vida sexual mais saudável e seguro.<sup>2</sup>

No referente à sexarca, constatou-se a idade média de iniciação sexual aos 16,9 anos. Em estudo realizado com adolescentes no Estado do Piauí, a maior faixa em que ocorreu a iniciação sexual foi entre 14 e 15 anos de idade.<sup>2</sup> Estudos demonstraram que os adolescentes universitários tendem a iniciar a vida sexual próximo ao ingresso na universidade, por volta dos 16 aos 18 anos.<sup>8</sup>

No contexto da iniciação sexual, deparamo-nos com uma situação essencial: o uso do preservativo. Segundo estudiosos, o uso do preservativo é frequente na primeira relação sexual, entretanto apresenta descontinuidade e negligência, pois a contracepção é cercada de descuidos, erros e esquecimentos.<sup>15</sup> Em contrapartida, o fato de usar o preservativo na sexarca aumenta a probabilidade de uso nas demais relações, o que é de extrema importância, pois a continuidade dessa prática no intercurso da vida sexual nos leva a reforçar a necessidade de uma orientação contínua para a saúde sexual.

Neste estudo, o método contraceptivo na primeira relação sexual foi utilizado por 43 (97,7%) adolescentes. O método majoritariamente escolhido foi o preservativo masculino. Esse dado é considerado satisfatório quando comparado aos de outros estudos semelhantes, apesar de se observar relato de uso do método da tabelinha na primeira relação sexual.

Em estudo realizado no Estado do Piauí, em colégios agrícolas, a expressiva maioria fez uso de método anticoncepcional na primeira relação sexual, com um total de 459 (70,4%) homens e 489 (75%) mulheres. O método majoritariamente escolhido pelos adolescentes foi o preservativo, com 100% apontado pelo sexo masculino e 91,6% pelo sexo feminino.<sup>2</sup>

O uso do preservativo é determinado por fatores não somente de ordem sociocultural, como também de ordem situacional e individual. Ao analisar os fatores que apareceram associados ao uso do preservativo, observa-se que o pertencimento social e a idade da iniciação sexual exercem forte influência em ambos os sexos.<sup>15</sup>

A utilização de MAC por parte dos jovens é inconsistente, tendo em vista que o comportamento contraceptivo nessa fase é definido, principalmente, pelo envolvimento afetivo-amoroso. No namoro ou em um relacionamento mais estável, os jovens não sentem necessidade de negociar o uso de preservativos, pois nessa etapa a preocupação está direcionada à prevenção da ocorrência de gravidez. Quando se trata de relacionamentos ocasionais, existe uma tendência em utilizar o preservativo masculino, pois a preocupação é relativa à proteção contra as ISTs/aids.<sup>16</sup>

A respeito do comportamento sexual e reprodutivo de jovens brasileiros, no público masculino, as principais razões alegadas para a não utilização do método contraceptivo na iniciação sexual são a falta do preservativo na hora da relação sexual, a falta de informação, orientação e o não pensar no assunto. Entre as mulheres, a confiança no parceiro é um dos principais argumentos.<sup>17</sup>

Os dados deste estudo remetem à reflexão de que os adolescentes entrevistados afirmaram ter iniciado as atividades sexuais, poucos apresentaram parceiros fixos e os achados denotaram que esses adolescentes estão mantendo relações sexuais com parceiros eventuais, o que lhes traz riscos.

## CONCLUSÃO

Os dados foram esclarecedores e concluiu-se que os adolescentes entrevistados necessitam de ações de educação em saúde para promover a saúde sexual, uma vez que apresentaram riscos de aquisição de ISTs,

bem como gravidez não planejada. Apesar de fazerem parte de um grupo populacional distinto, com acesso facilitado a informações de saúde, muitas vezes não adotam comportamentos saudáveis.

Dessa forma, percebe-se que a realidade dos adolescentes da graduação em enfermagem não está distante da realidade dos demais adolescentes, vulneráveis à negociação contínua do preservativo e aos relacionamentos sexuais inseguros.

Conhecer a realidade desses adolescentes é de grande relevância para o direcionamento das ações dos próprios professores ao ministrar as disciplinas voltadas para a saúde sexual, bem como planejar ações de educação em saúde fora do ambiente universitário. Ressalte-se, porém, a necessidade de realização de novos estudos a fim de esclarecer se a realidade encontrada na pesquisa é semelhante à de outros adolescentes universitários de distintas universidades. Outra limitação do estudo refere-se à população de adolescentes, podendo ser expandido aos demais alunos de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Adolescent Friendly Health Services. Geneva: WHO; 2002. [Cited 2010 Jun. 20]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\_FCH\_CAH\_02.14.pdf>.
2. Mendonça RCM, Araújo TME. Métodos contraceptivos: a prática dos adolescentes das escolas agrícolas da Universidade Federal do Piauí. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(4): 863-71.
3. Oliveira DC, Gomes AMT, Pontes APM, Salgado LPP. Atitudes, Sentimentos e Imagens na representação social da sexualidade entre adolescentes. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(4): 817-23.
4. Melo ASAF, Santana JSS. Sexualidade: concepções, valores e condutas entre universitários de biologia da UEFS. Rev Baiana Saúde Pública. 2005; 29(2):149-59.
5. Pereira JL, Fanelli CMT, Pereira RCR, Rios SPS. Sexualidade na adolescência no novo milênio. Rio de Janeiro: UFRJ; 2007.
6. Alves AS, Lopes MHBM. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. Rev Bras Enferm. 2008; 61(1):11-7.
7. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cad Pagu. 2005; 24(1):105-25.
8. Lopes EM, Freitas LV, Falcão Júnior JSP, Rabelo STO, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Uso de métodos contraceptivos e incidência de gravidezes entre universitários da área de saúde. Anais XI Encontro Nacional dos Grupos PET. Florianópolis, Brasil; 2006. p.16-21.
9. Pirrota KCM, Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. Rev Saúde Pública. 2004; 38(4): 495-502.
10. Manrique-Abril FG, Diaz JMO. Practicas y comportamientos sexuales en estudiantes universitarios. Av Enferm. 2007; 25(2): 101-11.
11. Rocha MIF. Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por estudantes da zona urbana de Cruzeiro do Sul, AC [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Pública; 2010.
12. Borges ALV. Adolescência e vida sexual: Análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Pública; 2004.
13. Vieira LM, Saes SO, Dória AAB, Goldberg TBL. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. Rev Bras Saúde Materno Infant. 2006; 6(1):135-40.
14. Pirrota KCM. Não há guarda chuvas contra o amor. Estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens Universitários da USP [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de saúde Materno Infantil; 2002.
15. Texeira AMFB, Knauth DR. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. Cad Saúde Pública. 2006; 22(7): 1385-96.
16. Viegas-Pereira APF. Aids. Prevenir é tão fácil quanto pegar? Um estudo sobre os fatores que determinam o uso de preservativo entre adolescentes na era da Aids. [dissertação] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional; 2000.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

Data de submissão: 13/9/2011

Data de aprovação: 13/6/2012

# QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM OSTEOPOROSE\*

QUALITY OF LIFE AND FUNCTIONAL CAPACITY OF ELDERLY PEOPLE WITH OSTEOPOROSIS

CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE ANCIANOS CON OSTEOPOROSIS

Nilce Maria de Freitas Santos<sup>1</sup>  
Darlene Mara dos Santos Tavares<sup>2</sup>  
Flavia Aparecida Dias<sup>3</sup>  
Karoline Faria de Oliveira<sup>4</sup>  
Leiner Resende Rodrigues<sup>5</sup>

## RESUMO

Inquérito domiciliar transversal cujo objetivo foi comparar o número de incapacidade funcional e os escores de qualidade de vida de idosos com osteoporose entre sexo, faixa etária, estado conjugal e renda. Participaram da pesquisa 553 idosos, que se autorreferiram com osteoporose. Foram utilizados os instrumentos semiestruturados WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Os dados foram analisados no *software* SPSS, utilizando-se a distribuição de frequência e os testes *t*-Student, ANOVA-F, Kruskal Wallis e qui-quadrado ( $p < 0,05$ ). Os idosos, em sua maioria, eram do sexo feminino, 60-70 anos, viúvos e possuíam uma renda de até um salário mínimo. A comparação entre sexo e renda com o número de incapacidade funcional não evidenciou diferença significativa. Foi encontrado maior número de incapacidade funcional entre os idosos de 80 anos ou mais e sem companheiros. No WHOQOL-BREF, obteve-se o maior escore no domínio relações sociais e o menor, no físico. No WHOQOL-OLD, o maior escore ocorreu na faceta "funcionamento dos sentidos" e o menor, na "autonomia". As mulheres idosas apresentaram menor escore na faceta "morte e morrer". Os idosos de 80 anos ou mais apresentaram menor escore no domínio físico e na faceta "funcionamento dos sentidos". Os viúvos obtiveram menor escore nas "relações sociais" e os que recebiam até um salário mínimo, no domínio psicológico.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida; Envelhecimento; Atividades Cotidianas; Osteoporose; Enfermagem Geriátrica.

## ABSTRACT

This is a cross-sectional household survey aimed to compare functional disability evaluation score and quality of life index score among elderly people with osteoporosis considering gender, age, marital status and income. The 553 participants notified self-reported osteoporosis. The semi-structured instruments WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD were employed. Data were analysed by SPSS software using frequency distribution and the Student's *t*-test, ANOVA-F, Kruskal Wallis and chi-square tests ( $p < 0,05$ ). The majority were female, aged between 60 and 70 years old, widowed and with an income of up to one minimum wage. A comparison between gender and income with the functional disability index revealed no significant difference. A higher index of disability was found among those aged 80 years old or more and living without a partner. In WHOQOL-BREF they obtained higher scores in the social relationship domain and a lower one in the physical health. In WHOQOL-OLD higher scores were obtained in the sensory abilities facet and lower ones in autonomy. Older women present lower scores on death and dying facet. Those aged 80 years old or more presented a lower score in the physical domain and sensory abilities facet. Widowers obtained lower scores in social relationships and those earning a minimum wage, in the psychological domain.

**Keywords:** Quality of Life; Aging; Activities of Daily Living; Osteoporosis; Geriatric Nursing.

## RESUMEN

Encuesta domiciliar descriptiva y transversal con el objetivo de comparar el grado de incapacidad funcional y el score de calidad de vida de ancianos con osteoporosis entre varones y mujeres, edad, estado civil e ingreso. El estudio se llevó a cabo con 553 ancianos con osteoporosis. Los instrumentos semiestructurados utilizados fueron WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. Los datos fueron analizados por el software SPSS. Se utilizó la distribución de frecuencias y las pruebas *t*-Student, ANOVA-F, Kruskal Wallis y chi cuadrado ( $p < 0,05$ ). La mayoría eran mujeres, edad entre 60 y 70 años, viudas y con ingreso de hasta un sueldo mínimo. No hubo diferencia significativa en la comparación entre género e ingreso con el grado de incapacidad funcional. Se encontró mayor incapacidad funcional entre los ancianos con más de 80 años y sin compañero. En el WHOQOL-BREF, se obtuvo mayor puntuación en el aspecto relaciones sociales y menor en el físico. En el WHOQOL-OLD las puntuaciones mayores fueran en los aspectos funcionamiento de

\* Artigo decorrente de projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig). Processo n° APQ-05909-07.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Mestra em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: nilcemfsantos@hotmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestra em Atenção à Saúde pela UFTM. Professora substituta do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: flaviadias\_ura@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestra em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Professora substituta do Departamento Didático-Científico de Enfermagem na Assistência Hospitalar da UFTM. E-mail: karol\_fmtm2005@yahoo.com.br.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. E-mail: leiner.rodrigues@bol.com.br

Endereço para correspondência – Rua Jonas de Carvalho, 420, bairro Olinda, Uberaba-MG, Brasil. CEP 38.055-440.

los sentidos y menores en autonomía. Las mujeres con más de 80 años tuvieron puntuaciones más bajas en muerte y morir. Los hombres con más de 80 años tuvieron puntuaciones más bajas en el dominio físico y en funcionamiento dos sentidos. Los viudos tuvieron puntuaciones más bajas en relaciones sociales y los que reciben hasta un sueldo mínimo en el dominio psicológico.

**Palabras clave:** Calidad de Vida; Envejecimiento; Actividades Cotidianas; Osteoporosis; Enfermería Geriátrica.

## INTRODUÇÃO

A osteoporose é uma doença sistêmica que resulta na redução da massa óssea e na deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, levando o indivíduo à fragilidade mecânica.<sup>1</sup> A etiologia da perda de massa óssea é complexa e multifatorial, relacionando-se à hereditariedade, à etnia, à idade avançada, ao sexo feminino, ao baixo peso corporal, à deficiência hormonal, ao excessivo consumo de álcool, à inatividade física, ao tabagismo e aos fatores nutricionais.<sup>2</sup>

Entre idosos, a osteoporose pode estar relacionada à diminuída exposição ao sol e ao envelhecimento epitelial, que contribuem para a redução da absorção de cálcio. Além disso, verifica-se maior reabsorção óssea dada a dieta pobre em cálcio e vitamina D e ao aumento do paratormônio.<sup>3</sup>

Os homens são acometidos pela osteoporose por causa da diminuição progressiva do calcitriol e do aumento do paratormônio, diminuindo a absorção intestinal de cálcio.<sup>3</sup> Entre as mulheres, na pós-menopausa ocorre uma diminuição acelerada da massa óssea, que pode ser até dez vezes maior que a observada no período pré-menopausa, sendo que nos primeiros cinco-dez anos que se seguem à última menstruação essa perda pode ser de 2% a 4% por ano para osso trabecular e de 1% para o osso cortical.<sup>4</sup>

A doença é considerada um desafio para a saúde pública mundial, em razão de sua alta prevalência e de seus efeitos devastadores na saúde física e psicossocial.<sup>1</sup> Pesquisa realizada com idosos em São Paulo encontrou prevalência de 6,4%-16,1% entre homens e 22,2%-33,2% para as mulheres.<sup>5</sup>

Destaque-se que essa morbidade pode interferir na realização das atividades de vida diária (AVDs), como observado em investigação em que 35% dos idosos referiram interferência em sete ou mais AVDs.<sup>6</sup> Em geral, a maior prevalência de incapacidade funcional tem sido encontrada entre as pessoas mais velhas, do sexo feminino, com menor renda, e viúvos.<sup>7,8</sup>

No caso da osteoporose, a perda da capacidade de realização das atividades básicas e de deambulação pode ser advinda de complicações como as fraturas, que contribuem para o aumento da morbimortalidade e a diminuição da qualidade de vida (QV).<sup>3</sup>

Ressalte-se que a capacidade funcional é considerada a capacidade de executar uma tarefa ou ação visando ao provável nível máximo de funcionalidade atingível por uma pessoa em um dado domínio em determinado

momento. É mensurada por meio da incapacidade de realizar as AVDs e reflete a capacidade ajustada ao ambiente, estando intimamente relacionada à QV.<sup>9</sup>

Neste estudo adotou-se o conceito de QV proposto por um grupo de estudiosos apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que se refere à “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto de cultura e sistema de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”.<sup>10:1405</sup> Trata-se de um conceito de abrangência mundial que considera a subjetividade dos indivíduos, as múltiplas dimensões e os aspectos positivos e negativos que envolvem a QV.<sup>10</sup>

O grupo de trabalho da OMS, com o intuito de encontrar um instrumento que avaliasse a QV, desenvolveu o World Health Organization Quality of the Assessment (WHOQOL-100), composto por 100 questões e, posteriormente, o World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), composto por 26 questões,<sup>11</sup> que apresenta quatro domínios, a saber: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.<sup>12</sup>

Visando verificar se os instrumentos genéricos (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF) eram aplicáveis aos idosos e realizar as adaptações necessárias, foi desenvolvido em 22 centros, ao redor no mundo, o World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD). Esse módulo possui 24 itens da escala Likert, distribuídos em seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; intimidade.<sup>13</sup>

A respeito da QV de idosos com osteoporose, um grupo de autores encontrou menores escores nos aspectos relacionados à dor e à funcionalidade física.<sup>14</sup> Em outra investigação, observou-se que o maior impacto da osteoporose na QV relacionou-se à mobilidade, aos cuidados próprios, à independência, ao trabalho doméstico, à flexibilidade, à movimentação, ao sono, à dor, à fadiga e ao humor.<sup>15</sup> Verificou-se, ainda, que a QV no aspecto físico, emocional e social diminui conforme aumenta a faixa etária.<sup>16</sup>

Destaque-se que a maioria dos estudos que abordam QV e osteoporose entre idosos são realizados com o sexo feminino,<sup>15,17</sup> denotando a necessidade de ampliação dessa temática para os homens. Além disso, acredita-se que a relação entre QV, mensurada por instrumentos específicos para essa faixa etária, e a capacidade funcional de idosos com osteoporose segundo características sociodemográficas poderão contribuir para

a identificação dos aspectos relevantes desse constructo nessa população e redirecionar a atenção à saúde.

Nesse contexto, o objetivo com esta investigação foi comparar o número de incapacidade funcional e os escores de QV dos idosos com osteoporose entre sexo, faixa etária, estado conjugal e renda.

## MÉTODOS

Este estudo faz parte de um estudo maior, de base populacional, tipo inquérito domiciliar e transversal. Para a definição da população foi utilizada a amostra populacional realizada pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

A amostra foi calculada em 2.892 idosos, considerando 95% de confiança, 80% de poder do teste, margem de erro de 4,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de  $\pi=0,5$  para as proporções de interesse, segundo a fórmula:

$$n \geq \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 * 2 * \pi(1 - \pi)}{(me)^2}$$

onde:

$Z_{\alpha}$ : escore da distribuição normal, considerando o nível de significância ( $\alpha$ );

$Z_{\beta}$ : escore da distribuição normal, considerando o poder do teste ( $\beta$ );

$me$ : margem de erro para as estimativas intervalares;

$\pi$ : proporção estimada do evento de interesse.

Para a seleção dos idosos, em seus domicílios, utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional, considerando os diversos bairros como estratos, seguindo os seguintes procedimentos:

I) conheceu-se o número de idosos em cada estrato (bairro) na população ( $N_i$ ) (segundo dados do Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde – FNS – Centro de Controle de Zoonoses do Município de Uberaba: 3170107);

II) calculou-se a proporção que cada estrato (bairro) representou na população ( $p_i$ );

$$p_i = \frac{N_i}{N}$$

onde:  $N$ : número total de idosos na cidade de Uberaba;  $N_i$ : número total de idosos em cada estrato (bairro).

III) calculou-se o número de idosos que fariam parte da amostra em cada estrato ( $n_i$ );

$$n_i = p_i * n$$

onde:  $n$ : número de idosos para compor a amostra;  $p_i$ : proporção que cada estrato representou na população.

Após o cálculo do número de idosos para a amostra em cada estrato (bairro), consideraram-se pelo menos dez idosos naqueles bairros onde o cálculo amostral foi inferior a cinco e utilizou-se a técnica de amostra sistemática para selecionar, em cada bairro, os domicílios nos quais os idosos foram entrevistados. Portanto, a amostra inicial foi de 3.034 idosos. Com as perdas obteve-se uma amostra final de 2.919 idosos.

Para o cálculo da amostra sistemática, procedeu-se da seguinte maneira:

i) calculou-se, em cada estrato (bairro), o intervalo amostral (IA);

$$IA = \frac{N_i}{n_i}$$

ii) em cada estrato (bairro) selecionou-se, por meio de sorteio aleatório, o primeiro domicílio a ser visitado. Os demais foram considerados de IA a IA (por exemplo, de quatro em quatro casas, de cinco em cinco, etc.);

iii) quando no domicílio selecionado não havia idoso, considerou-se o domicílio imediatamente posterior;

iv) quando no domicílio selecionado havia mais de um idoso, realizou-se um sorteio aleatório, de tal forma que no final do bairro a amostra apresentasse, aproximadamente, 45% de homens e 55% de mulheres, que corresponde à proporção da população de Uberaba;

v) quando no domicílio selecionado havia idoso, mas ele não estava em casa, agendou-se outro horário, e, caso no dia agendado o idoso não estivesse novamente, considerou-se o domicílio imediatamente posterior;

vi) quando todo o bairro foi percorrido e não se alcançou o número de idosos desejado, voltou-se ao início do bairro na casa subsequente à primeira casa selecionada e se repetiram todos os procedimentos até obter o número desejado de idosos;

vii) em condomínios (prédios ou casas), o entrevistador apresentou-se na portaria e questionou sobre o número de apartamentos ou casas existentes, elaborou um roteiro e deu sequência à seleção dos domicílios.

Utilizou-se o mapa de cada bairro disponibilizado pelo Centro de Controle de Zoonoses do Município de Uberaba como itinerário para a seleção dos domicílios.

A amostra do estudo maior foi constituída pelos idosos que atenderam aos critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade; ter obtido pontuação mínima de 13 pontos na avaliação cognitiva\*\* realizada no estudo anterior; sexo masculino ou feminino, morar na zona urbana no

\*\* A avaliação cognitiva, composta por seis questões, visa identificar a preservação da memória recente. O somatório das questões varia de 0 a 19 pontos, tendo o número 13 como ponto de corte.

município de Uberaba-MG e concordar em participar da pesquisa. Partindo-se de uma amostra populacional de 2.683 idosos, neste estudo foram excluídos 540 idosos, dos quais 200 não foram encontrados após três visitas, 174 recusaram-se a participar, 142 foram a óbito e 25 estavam hospitalizados. Dessa forma, foram entrevistados 2.143 idosos.

Já nesta pesquisa, incluiu-se como critério de inclusão autorreferir osteoporose. Dessa forma, atenderam aos critérios estabelecidos 553 idosos.

A avaliação cognitiva foi baseada no Miniexame do Estado Mental (MEEM), versão reduzida, validada pelos pesquisadores do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Sabe).<sup>18</sup> Nessa versão estabeleceu-se um ponto de corte de 12/13, obtendo-se uma sensibilidade de 93,8 e especificidade de 93,9. A deterioração cognitiva foi indicada por uma pontuação igual ou inferior a 12. As questões da avaliação cognitiva estavam subdivididas em orientação temporal e espacial, registro, atenção e cálculo, memória recente, realização de comando e cópia de desenho. A cada acerto considerava-se 1 ponto, sendo 19 a pontuação máxima.<sup>18</sup>

Para a descrição das características sociodemográficas e da capacidade funcional foi utilizado o instrumento semiestruturado baseado no Older Americans Resources and Services (OARS), elaborado pela Duke University e adaptado à realidade brasileira.<sup>19</sup>

As variáveis estudadas das características sociodemográficas foram: sexo (masculino, feminino), faixa etária (60 | 70, 70 | 80, 80 e mais), estado conjugal (casado ou morava com companheiro, separado/desquitado/divorciado, viúvo, solteiro), escolaridade em anos (sem escolaridade, 1 | 4, 4 | 8, 8, 9 | 11, 11 e mais), renda individual mensal (sem renda,  $\leq 1$ ,  $1 | 3$ ,  $> 3$  salários mínimos).

A capacidade funcional foi avaliada pelas AVDs (0, 1 | 4,  $\geq 4$ ). Foi considerada incapacidade funcional quando o idoso referiu não conseguir realizar a AVD sem auxílio.

Para mensurar a QV, foram utilizados o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD, ambos validados no Brasil.<sup>12,13</sup>

O WHOQOL-BREF, instrumento genérico, é constituído por quatro domínios: físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho); psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparências; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais); relações sociais (relações pessoais; suporte social e atividade sexual); meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidade de recreação/lazer; ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte).<sup>12</sup>

O WHOQOL-OLD, específico para idosos, possui seis facetas: funcionamento dos sentidos (avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na QV); autonomia (refere-se à independência na velhice, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar as próprias decisões); atividades passadas, presentes e futuras (descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se anseia); participação social (participação em atividades cotidianas, especialmente na comunidade), morte e morrer (preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer) e intimidade (avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas).<sup>13</sup>

Os dados foram coletados no domicílio, no período de agosto a dezembro de 2008. As entrevistas foram realizadas por entrevistadores devidamente treinados pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM.

Foi construída uma planilha eletrônica no programa Excel®, os dados coletados foram digitados em dupla entrada e verificada a consistência entre os campos. Quando necessário, retornou-se à entrevista original para correção.

Os dados foram submetidos à análise descritiva por meio de frequência simples. Cada domínio do WHOQOL-BREF e cada faceta do WHOQOL-OLD foram analisados isoladamente, tabulados e consolidados no *software* SPSS, com suas referidas sintaxes. Os escores variaram de 0 a 100, sendo que o maior número correspondeu à melhor QV. Para comparar os escores de QV entre os sexos, as faixas etárias, estado conjugal e renda foram utilizados os testes *t*-Student, Anova-F e Kruskal Wallis. A comparação dessas variáveis com o número de incapacidade funcional foi realizada por meio do teste qui-quadrado. Os testes foram considerados significativos quando  $p < 0,05$ .

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob o Protocolo nº 897. Os idosos foram contatados em suas residências, e foram-lhes apresentados os objetivos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido termo conduziu-se a entrevista.

## RESULTADOS

Na TAB. 1, a seguir, encontram-se os dados referentes às variáveis sociodemográficas e econômicas dos idosos com osteoporose.

**TABELA 1 – Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas da população estudada. Uberaba – 2008**

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	476	86,1
	Masculino	77	13,9
Faixa etária	60   70	232	42,0
	70   80	231	41,8
	80 e mais	90	16,3
Estado conjugal	Casado ou mora com companheiro	236	42,7
	Separado/Desquitado/Divorciado	52	9,4
	Viúvo	243	43,9
	Solteiro	21	3,8
Escolaridade	Sem escolaridade	105	19,0
	1   4	189	34,2
	4   8	187	33,8
	8	26	4,7
	9   11	7	1,3
	11 e mais	35	6,3
Renda (em salários mínimos)	Não tem renda	65	11,8
	≤1	345	62,4
	1   3	118	21,3
	>3	20	3,6
	Ignorado	5	0,9

Fonte: Dados da pesquisa.

O maior percentual de entrevistados foi de idosos do sexo feminino (86,1%); nas faixas etárias de 60 | 70 anos (42%) e 70 | 80 (41,8%); viúvos (43,9%), seguidos por casados ou que moram com companheiro (42,7%), com escolaridade de 1 | 4 anos (34,2%) e 4 | 8 anos de estudo (33,8%) e que recebia até um salário mínimo (62,4%), (TAB. 1).

Verificou-se que 63,1% dos idosos apresentavam capacidade funcional para realizar as AVDs. Contudo, a incapacidade funcional para realizar 1 | 4 AVDs foi observada em 31,1% deles e em 5,8% para ≥ 4 AVDs. Os maiores percentuais de incapacidade funcional foram para as AVDs: cortar as unhas dos pés (35,4%), subir e descer escadas (10,7%) e andar perto de casa (7,6%).

Abaixo, na TAB. 2 apresenta-se o número de incapacidade funcional dos idosos com osteoporose segundo as variáveis sociodemográficas.

A comparação do número de incapacidade funcional entre o sexo ( $\chi^2=5,818$ ;  $p=0,055$ ) e a renda ( $\chi^2=3,921$ ;  $p=0,687$ ) não apresentou diferença significativa. (TAB. 2)

Observou-se que os idosos com 80 anos ou mais apresentaram, proporcionalmente, maior número de incapacidade funcional para realizar as AVDs em relação às outras faixas etárias ( $\chi^2=59,72$ ;  $p<0,001$ ). (TAB. 2)

A comparação do número de incapacidade funcional para realizar as AVDs e do estado conjugal evidenciou que o percentual de viúvos com 1 | 4 incapacidades foi maior do que os demais ( $\chi^2=18,38$ ;  $p=0,005$ ). (TAB. 2).

**TABELA 2 – Número de incapacidade funcional segundo as variáveis sociodemográficas da população estudada. Uberaba – 2008**

Variáveis		Incapacidade funcional					
		0		1   4		≥4	
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Feminino	293	61,6	157	33,0	26	5,4
	Masculino	56	72,7	15	19,5	6	7,8
$\chi^2=5,818$ ; $p=0,055$							
Faixa etária	60   70	178	76,7	45	19,4	9	3,9
	70   80	142	61,5	79	34,2	10	4,3
	80 ou mais	29	32,2	48	53,3	13	14,5
$\chi^2=59,72$ ; $p<0,001$							
Estado conjugal	Casado ou mora com companheiro	164	69,5	59	25,0	13	5,5
	Separado/Desquitado/Divorciado	37	71,1	11	21,2	4	7,7
	Viúvo	131	53,9	98	40,3	14	5,8
	Solteiro	16	76,2	4	19,0	1	4,8
$\chi^2=18,38$ ; $p=0,005$							
Renda (em salários mínimos)	Sem renda	45	69,2	18	27,7	2	3,1
	≤1	218	63,2	108	31,3	19	5,5
	1   3	72	61,0	37	31,4	9	7,6
	>3	10	50,0	8	40,0	2	10,0
$\chi^2=3,921$ ; $p=0,687$							

Fonte: Dados da pesquisa.



A autoavaliação da QV, mensurada pelo WHOQOL-BREF, obteve que a maioria dos idosos com osteoporose a considera boa (72,7%). Quanto à autossatisfação da saúde, 59,9% dos idosos mostraram-se satisfeitos. O maior escore de QV foi encontrado no domínio relações sociais (67,98). Já o menor escore de QV relacionou-se ao domínio físico (52,47).

Na avaliação da QV pelo WHOQOL-OLD, o maior escore foi para a faceta "funcionamento dos sentidos" (79,05). Quanto ao menor escore de QV, foi para a "autonomia" (59,14).

Na comparação dos domínios da QV, WHOQOL-BREF, não se obteve diferença significativa entre os sexos. Contudo, na comparação da QV, WHOQOL-OLD, as mulheres idosas apresentaram menor escore na faceta "morte e morrer" em relação aos homens ( $t=3,992$ ;  $p<0,001$ ).

Os idosos de 80 anos ou mais apresentaram menor escore de QV no domínio físico comparado às demais faixas etárias ( $F=3,423$ ;  $p=0,033$ ). Os idosos de 60-70 anos apresentaram menor escore de QV no domínio relações sociais comparados às outras faixas etárias ( $F=6,234$ ;  $p=0,002$ ).

No domínio meio ambiente, os idosos de 60-70 anos apresentaram escore de QV inferior às demais faixas etárias ( $F=3,864$ ;  $p=0,022$ ).

Na faceta "funcionamento dos sentidos", os idosos de 80 anos ou mais apresentaram menor escore de QV em relação às outras faixas etárias ( $F=4,162$ ;  $p=0,016$ ).

Nas atividades passadas, presentes e futuras, os idosos de 60-70 anos apresentaram menor escore de QV comparados aos demais ( $F=5,295$ ;  $p=0,005$ ).

Em relação à comparação dos escores de QV com o estado conjugal, os idosos com osteoporose casados ou que moravam com companheiros apresentaram maior escore de QV no domínio relações sociais, comparados aos demais ( $H=22,553$ ;  $p<0,001$ ).

Quanto à renda, o escore de QV no domínio psicológico foi maior entre os idosos que recebiam 1-3 salários mínimo em relação aos demais ( $H=8,917$ ;  $p=0,03$ ).

## DISCUSSÃO

Quanto ao sexo, o resultado deste estudo corrobora estudos internacionais conduzidos na Áustria (74,4%)<sup>20</sup>, na Alemanha (62,8%)<sup>21</sup> e no Japão (87,1%)<sup>22</sup> e em estudo nacional realizado em São Paulo, entre pessoas com fraturas osteoporóticas (80,4%).<sup>23</sup> O sexo feminino é considerado um fator de risco para osteoporose, dado o ritmo acelerado de perda óssea relacionada aos distúrbios hormonais do climatério, como a queda do estrogênio.<sup>3</sup>

Entre os fatores associados à osteoporose, a idade tem sido positivamente associada ao sexo feminino.<sup>24</sup> O aumento da incidência dessa doença com o avançar da idade pode ser explicado pela mudança no metabolismo do cálcio sofrida no processo de envelhecimento,

quando vários fatores precipitam seu balanço negativo e aceleram a perda da massa óssea.<sup>2</sup> A equipe de saúde deve estar atenta a esse fato, pois os idosos com osteoporose são mais suscetíveis a fraturas. Nesse sentido, devem ser desenvolvidas estratégias de prevenção de quedas, em especial no ambiente domiciliar, com a finalidade de prevenir sua ocorrência.

Em relação ao estado conjugal, observa-se que o alto percentual de viúvos com osteoporose remete à necessidade de os profissionais de saúde identificarem o apoio familiar ao idoso visando à corresponsabilidade no cuidado à sua saúde. Quanto aos idosos casados, destaque-se que a presença de companheiro consiste em suporte para o cuidado à saúde. Nesse sentido, deve-se buscar sua coparticipação e seu apoio no acompanhamento do idoso.

Levando-se em consideração a escolaridade, em pesquisa realizada com mulheres com osteoporose, verificou-se que 30% não possuíam escolaridade e 55% tinham o ensino básico,<sup>16</sup> divergente desta investigação. Diante disso, os profissionais de saúde devem considerar a escolaridade da população idosa com osteoporose no desenvolvimento de ações educativas, favorecendo a efetiva comunicação.

Com referência à renda, o resultado desta pesquisa diverge do encontrado em estudo realizado em Porto Alegre, no qual a prevalência da osteoporose foi maior entre os idosos de maior poder aquisitivo (14%).<sup>25</sup> Em outra pesquisa de base populacional realizada com pessoas acima de 50 anos de idade, observou-se maior prevalência de osteoporose em homens com maior nível socioeconômico (10%). Em contrapartida, para as mulheres, a maior prevalência esteve no menor nível socioeconômico (30,8%).<sup>24</sup> A baixa renda, também, pode interferir no tratamento da osteoporose, em especial no que se refere à necessidade de adaptação do domicílio visando à prevenção de riscos para quedas.

No que concerne às incapacidades funcionais para realizar as AVDs, em uma pesquisa obteve-se resultado divergente, sendo que 15% apresentavam de uma a três incapacidades e 35%, sete ou mais incapacidades funcionais para a realização das AVDs.<sup>6</sup> Esses achados reforçam a necessidade de implementar, nos serviços de saúde, a identificação da capacidade funcional do idoso. Tal atividade subsidiará ações direcionadas à manutenção e ao estímulo da funcionalidade do idoso, bem como atividades preventivas que posterguem o aparecimento de incapacidades funcionais.

Observa-se que as AVDs mais acometidas foram as relacionadas à mobilidade. Esse fato pode estar relacionado ao acometimento do sistema ósseo, que, conseqüentemente, pode influenciar negativamente nas atividades dependentes desse sistema. A dor e o impacto na função física, possivelmente causados pela doença, também podem influenciar na execução das AVDs.<sup>14</sup>

Os adaptadores de uso individual e coletivo podem facilitar a mobilidade do idoso e proporcionar um ambiente mais seguro, a exemplo da instalação de apoio

nos banheiros. Essas adaptações facilitarão a realização das AVDs que dependem da mobilidade e auxiliarão na manutenção da independência do idoso.

Inferese que o maior número de incapacidade funcional para realizar as AVDs entre aqueles com 80 anos ou mais esteja relacionado à soma das perdas funcionais relativas ao envelhecimento com as próprias da morbidade, aumentando as incapacidades funcionais. Em outros estudos realizados com idosos verificouse que a prevalência de incapacidade funcional aumenta progressivamente com a idade, afetando, assim, as faixas etárias mais elevadas.<sup>7,8</sup>

O maior percentual de incapacidades funcionais para realizar as AVDs entre os viúvos evidencia que os profissionais de saúde devem buscar ações direcionadas ao idoso sem companheiro na busca de prevenir as incapacidades e recuperar as já adquiridas. Ações de apoio e constituição de grupos podem ser propostas, visando contribuir para o incentivo e a manutenção da funcionalidade.

No que concerne à autoavaliação da QV, em estudo com idosos, verificouse que alguns constructos eram de suma importância para que a considerassem boa, como: receber uma aposentadoria adequada, relacionamentos com mediações sociais importantes, apoio da família, ter saúde física e mental, ter autonomia, ser independente, ter fé em Deus e ter políticas públicas adequadas ao idoso.<sup>26</sup> Nesse sentido, o fato de os idosos deste estudo considerarem sua QV como boa demonstra que a morbidade não está afetando negativamente esses construtos.

A satisfação dos idosos com sua saúde é positiva, pois sabe-se que no decorrer do processo de envelhecimento ocorrem várias alterações orgânicas e funcionais, influenciadas pela genética e pelo contexto social e ambiental, que comprometem a capacidade funcional e psicológica do idoso, podendo aumentar sua vulnerabilidade,<sup>26</sup> considerando ainda a associação da osteoporose como morbidade incapacitante.

O maior escore no domínio das relações sociais evidencia que o idoso, como qualquer ser humano, tem necessidade de se relacionar e manter uma convivência com os outros.<sup>26</sup> Seu desenvolvimento pessoal está alicerçado no curso das suas relações sociais e, por meio delas, ele se constrói como ser existencial.<sup>26</sup> Mesmo encontrando um escore elevado nesse domínio, a equipe de saúde deve estabelecer estratégias para tecer redes de suporte social para que esse idoso se sinta cuidado e valorizado, podendo enfrentar melhor as limitações que a osteoporose possa vir a causar.

O menor escore no domínio físico é semelhante ao encontrado na Espanha com idosas com osteoporose (59,9).<sup>16</sup> Essa doença pode levar à dor, comprometer a função física e causar desconforto,<sup>14</sup> impactando negativamente na QV dos idosos. Nesse domínio, também, avalia-se a dependência de medicamentos e de tratamentos.<sup>12</sup> Esse é outro aspecto que pode estar comprometendo a QV, uma vez que os idosos com

osteoporose necessitam de acompanhamento médico periódico e utilizam medicamentos continuamente. Investigação reforça que os idosos com osteoporose comumente apresentam queixas relacionadas aos efeitos colaterais dos medicamentos.<sup>1</sup>

No WHOQOL-OLD, o maior escore na faceta “funcionamento dos sentidos”, em que se avalia o impacto das perdas das habilidades sensoriais na QV,<sup>13</sup> pode estar relacionado à menor percepção desse impacto ocorridas no processo de envelhecimento no cotidiano.

O menor escore de QV encontrado na faceta “autonomia” se deve à diminuição da liberdade para a tomada de decisão, que pode estar relacionada ao maior cuidado dos familiares, considerando as possíveis complicações da doença, como o risco de quedas e fraturas. Ressalte-se que a autonomia é considerada um dos determinantes para uma boa QV e um dos pressupostos básicos para a tomada de decisão.<sup>27</sup> Para o idoso ter autonomia significa ter liberdade para gerenciar a própria vida.<sup>26</sup> Os idosos consideram-na condição primordial para um processo de envelhecimento prazeroso e significativo.<sup>28</sup> Os profissionais de saúde podem estimular a manutenção da autonomia, discutindo e identificando com o idoso e seus familiares quais os fatores que estão comprometendo a tomada de decisão.

O menor escore encontrado nas mulheres idosas em relação aos homens na faceta “morte e morrer” corrobora estudo no qual se observou uma tendência de maior ansiedade nas mulheres relacionada à morte e morrer.<sup>27</sup> Nessa faceta, avaliam-se as preocupações, inquietações e temores diante da morte e do morrer.<sup>13</sup> Ao identificar esses anseios, o profissional de saúde deve propiciar discussões sobre essa temática com o idoso e seu familiar, proporcionando conforto e ações que amenizem esses sentimentos.

É possível que o menor escore no domínio físico entre os idosos octogenários neste estudo tenha relação com o agravamento da osteoporose com o avançar da idade. Sabe-se que, com o passar dos anos, a capacidade física vai-se declinando, ao passo que dores, problemas com sono e alterações de mobilidade vão progredindo. As doenças crônicas são a principal causa de incapacidade nos idosos.<sup>29</sup>

Em relação ao menor escore de QV encontrado no domínio relações sociais nos idosos de 60 | 70 anos, denota-se que as relações e o suporte social estabelecidos pelos idosos mais jovens estão impactando negativamente na sua QV. O idoso mais jovem pode estar se sentindo vulnerável pela presença da morbidade e, assim, sentiria maior necessidade de apoio e suporte. Os idosos têm necessidade de socializar-se, ter alguém que os escute e os ajude a compreender e aceitar os acontecimentos diários,<sup>30</sup> sendo esses aspectos necessários para que o idoso com morbidades sinta-se apoiado. A equipe de saúde deve atuar buscando estratégias que vislumbrem o estímulo do companheiro e familiar como suporte ao cuidado do idoso com osteoporose.

Quanto ao menor escore no domínio meio ambiente nos idosos de 60-70, verificou-se, em pesquisa, que as famílias, mesmo tendo conhecimento de que o comportamento do idoso, em geral, durante a execução das atividades do cotidiano, aumenta a chance de cair, tiveram pouca atenção e cuidado com o ambiente domiciliar.<sup>31</sup> Sabe-se que a osteoporose causa fragilidade óssea, predispondo às fraturas, gerando medo e insegurança em relação ao meio ambiente em que vive o idoso.<sup>3</sup> A equipe de saúde pode contribuir, efetivamente, com orientações sobre a melhoria da segurança no lar, por meio de medidas adaptativas e preventivas de quedas.

Na faceta “funcionamento dos sentidos”, avalia-se a repercussão na vida do idoso em decorrência das perdas sensoriais.<sup>13</sup> Quando se tem o comprometimento da função sensorial, juntamente se observa o comprometimento proprioceptivo, visual e vestibular.<sup>31</sup> No idoso octogenário, é mais evidente, dado o processo natural de envelhecimento, podendo facilitar a ocorrência de quedas e fraturas, justificando o menor escore observado nos idosos de 80 anos e mais.

A equipe de saúde deve considerar as perdas sensoriais, estabelecendo exercícios de equilíbrio para prevenção de quedas, postergando a dependência do idoso com osteoporose.

O menor escore na faceta “atividades passadas, presentes e futuras” apresentado pelos idosos de 60-70 anos pode ser justificado pelas grandes mudanças que ocorrem, em geral, nessa fase da vida, como a aposentadoria. Dessa forma, o idoso que já tem uma doença, a osteoporose, vivencia mudanças no convívio social que podem impactar negativamente no planejamento de ações futuras. Por outro lado, há queda na remuneração daqueles que já têm baixa renda, como é o caso dos idosos desta pesquisa, que vivem, em sua maioria, com menos de um salário mínimo. Cabe à equipe de saúde considerar essas questões, incentivando a identificação de novas realizações e projetos.

Os idosos casados ou com companheiros desta pesquisa apresentam melhor QV no domínio relações sociais, visto que a família, em todas as fases da vida, exerce importância fundamental no fortalecimento das relações, influenciando significativamente na segurança emocional do idoso.<sup>26</sup>

Nesse contexto, nota-se a importância da necessidade de ampliar as redes sociais dos idosos que não possuem companheiro. Essa ampliação pode ser realizada por meio da criação de grupos de idosos com osteoporose visando à interação social e à troca de experiências.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho CRMG, Fonseca CCC, Pedrosa JI. Educação para saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(3):719-26.
2. Filho ETC. Medicina Preventiva no idoso. “In”: Papaléo Netto M. *Tratado de Gerontologia*: 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2007. p.795-805.
3. Yasbek MA, Marques Neto JF. Osteoporose e outras doenças metabólicas no idoso. *Einstein*. 2008; 6 Suppl 1:574-80.
4. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

O fato de o maior escore de QV no domínio psicológico nos idosos que recebem 1-3 salários mínimos pode estar relacionado à menor preocupação com a falta de recursos para o tratamento e medicamentos que são importantes no controle da osteoporose. Estudo demonstrou que a maioria dos idosos com osteoporose estava consciente da necessidade do tratamento, porém, 16,7% abandonaram-no por motivos financeiros.<sup>1</sup> Mesmo tendo alguns medicamentos disponibilizados pela rede pública, a obtenção é dificultada pela demora no atendimento, burocracia excessiva, falta/atraso do medicamento na farmácia, desinformação e falha da divulgação.<sup>1</sup>

## CONCLUSÃO

Verificou-se entre os idosos com osteoporose o predomínio do sexo feminino, viúvos, com 1-4 anos de estudo, renda de um salário mínimo mensal. A incapacidade funcional para a realização das AVDs esteve presente em 36,9% dos idosos e está relacionada a cortar as unhas dos pés e à mobilidade.

Os maiores escores de QV foram para o domínio relações sociais e faceta “funcionamento dos sentidos” e os menores para o domínio físico e faceta “autonomia”.

Na comparação entre os grupos, as mulheres idosas apresentaram menor escore de QV na faceta “morte e morrer”. Os idosos de 80 anos ou mais apresentaram menor escore de QV no domínio físico e na faceta “funcionamento dos sentidos”, e aqueles com 60-70 anos possuíam menor escore de QV nos domínios relações sociais e meio ambiente, e faceta “atividades passadas, presentes e futuras”.

Os idosos com osteoporose casados ou que moram com companheiros apresentaram maior escore de QV no domínio relações sociais. Os idosos que recebem 1-3 salários mínimo possuem maior escore de QV no domínio psicológico.

Esses resultados podem contribuir, inicialmente, para o planejamento da assistência prestada aos idosos com osteoporose, com o intuito de reduzir os impactos dessa morbidade à QV, por meio de ações de prevenção da osteoporose, no seu diagnóstico precoce e nos cuidados relativos à melhoria dos aspectos físicos e motores objetivando prevenir complicações.

Devem-se programar ações direcionadas às mulheres e aos idosos mais velhos visando contribuir para maior tranquilidade em relação à morte e à melhoria dos aspectos físicos e sensoriais.

5. Camargo MBR, Cendoroglo MS, Ramos LR, *et al.* Bone mineral density in osteoporosis among a predominantly caucasian elderly population in the city of São Paulo, Brazil. *Osteoporos Int.* 2005; 16(11):1451-60.
6. Rodrigues RAP, Scudeller PG, Pedrazzi EC, *et al.* Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(4):643-8.
7. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, *et al.* Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(6):1260-70.
8. Santos KA, Koszuosku R, Dias da Costa JS, *et al.* Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos no município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(11):2781-8.
9. Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(2):187-93.
10. The Whoqol Group. The world health organization quality of life assessment (Whoqol): position paper from the world health organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41(10):1403-9.
11. Rosa MAS, Pillatti LA. Qualidade de vida no trabalho e legislação pertinente. *Efdeportes.* 2006; 93(10).
12. Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida Whoqol-bref. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34(2):178-83.
13. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the Whoqol-old module. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(5):785-91.
14. Lima MG, Barros MBA, César CLG, *et al.* Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica.* 2009; 25(4):314-21.
15. Lemos MCD, Miyamoto ST, Valim V, *et al.* Qualidade de vida em paciente com osteoporose: correlação entre OPAQ e SF-36. *Rev Bras Reumatol.* 2006; 46(5):323-8.
16. Aranha LLM, Miron Canelo JA, Alonso Sardon M, *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde em espanholas com osteoporose. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(2):298-303.
17. Navega MT, Oishi J. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre mulheres na pós-menopausa praticantes de atividade física com e sem osteoporose. *Rev Bras Reumatol.* 2007; 47(4):258-64.
18. Lebrao ML. Sabe-saúde, bem-estar e envelhecimento – o projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde; 2003.
19. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, *et al.* Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública.* 1987; 27(2):87-94.
20. Jahelka B, Dorner T, Terkula R, *et al.* Health-related quality of life in patients with osteopenia or osteoporosis with and without fractures in a geriatric rehabilitation department. *Wien Med Wochenschr.* 2009; 159(9-10):235-40.
21. Berkemeyer S, Schumacherz J, Thiem U, *et al.* Bone t-scores and functional status: a cross-sectional study on German elderly. *PloS One.* 2009; 4(1):1-8.
22. Yoshimura N, Muraku S, Oka H, *et al.* Prevalence of knee osteoarthritis, lunar spondylosis, and osteoporosis in Japanese men and women the research on osteoarthritis/osteoporosis against disability study. *J Bone Miner Metab.* 2009; 27:620-8.
23. Fortes EM, Raffaelli MP, Bracco OL, *et al.* Elevada morbimortalidade e reduzida taxa de diagnóstico de osteoporose em idosos com fratura de fêmur proximal na cidade de São Paulo. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2008; 52(7):1106-14.
24. Siqueira FV, Facchini LA, Azevedo MR, *et al.* Prática de atividade física na adolescência e prevalência de osteoporose na idade adulta. *Rev Bras Med Esporte.* 2009; 15(1):27-30.
25. Colet CF, Mayorga P, Amador Ta. Utilização de medicamentos por idosos inseridos em grupos de convivência do município de Porto Alegre/RS/Brasil. *Lat Am J Pharm.* 2008; 27(3):460-7.
26. Celich KLS, Creutzberg M, Goldim JR, *et al.* Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. *REME Rev Min Enferm.* 2010; 14(2):226-32.
27. Celich KLS. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos de terceira idade [tese]. Porto Alegre: Pontifca Universidade do Rio Grande do Sul; 2008.
28. Barros J. Ansiedade face à morte: uma abordagem diferencial. *Psychological.* 2002; 31:161-76.
29. World Health Organization. What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? Health Evidence Network. 2003; [Citado em 2011 jul. 20]. Disponível em: <<http://www.euro.who.int>>.
30. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, *et al.* Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(2):250-7.
31. Perracini MR, Gazzola JM. Balance em idosos. In: Perracini MR, Fló CM. *Funcionalidade e envelhecimento.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 115-51.

Data de submissão: 13/9/2011

Data de aprovação: 20/4/2012

# MULHERES ENFRENTANDO O CÂNCER DE MAMA\*

WOMEN FACING BREAST CANCER

MUJERES QUE ENFRENTAN EL CÁNCER DE MAMA

Anna Maria de Oliveira Salimena<sup>1</sup>  
Tatiane da Silva Campos<sup>2</sup>  
Maria Carmen Simões Cardoso de Melo<sup>3</sup>  
Edson José de Carvalho Magacho<sup>4</sup>

## RESUMO

Ao perceber lacunas existentes na assistência às mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama, utilizou-se a abordagem qualitativa nesta pesquisa, com o objetivo de conhecer como as mulheres enfrentam a condição de se descobrirem portadoras de câncer de mama. O cenário foi uma instituição de Juiz de Fora-MG, especializada no tratamento do câncer. Nos meses de janeiro e fevereiro de 2010, valendo-se de questões abertas sobre a temática, foram entrevistadas 13 mulheres em tratamento quimioterápico e radioterápico, sujeitos do estudo. Da análise compreensiva, emergiram as seguintes unidades de significação: "O conhecimento do diagnóstico"; "Enfrentar o diagnóstico: negar ou aceitar"; "O medo, o descrédito e a esperança"; e "O apoio: profissional, familiar e religioso". Percebeu-se que o conhecimento sobre o diagnóstico, a doença e os motivos para realizar o tratamento desvelaram ser essa uma experiência conflitante que pode colocar as mulheres diante da aceitação ou negação da situação vivenciada. Entretanto, apesar de todo o sofrimento decorrente desse agravo e dos efeitos adversos em consequência das modalidades terapêuticas, as mulheres sentem necessidade de se tratar para prolongar sua expectativa de vida. Mostrou-se relevante a assistência multiprofissional, tendo sido destacado o cuidado desenvolvido pelos profissionais da enfermagem como atenção efetiva que valoriza a singularidade da mulher que recebe o diagnóstico de câncer de mama.

**Palavras-chave:** Enfermagem Oncológica; Saúde da Mulher; Câncer de Mama.

## ABSTRACT

Existent gaps in the health care directed to women diagnosed with breast cancer motivated this qualitative research carried out in a hospital specialized in cancer treatment in the city of Juiz de Fora-MG. Thirteen women undergoing *chemo* and *radiotherapy* treatments were interviewed between January and February 2010. A comprehensive analysis revealed the following meaning units: "diagnosis communication"; "denying or accepting the diagnosis"; "fear, disbelief and hope"; "professional, family and religious support". The knowledge about the illness, the diagnosis, and the purpose of treatment revealed the conflicts facing the patient's acceptance or denial of the experience. Although the suffering caused by the disease and the treatment adverse effects, the women feel the need to carry on with the treatment to prolong their life expectancy. A multi-disciplinary care is relevant in this context and, above all, a nursing care that values the uniqueness of women that are diagnosed with breast cancer.

**Key words:** Oncology Nursing; Women's Health; Breast Cancer.

## RESUMEN

La percepción de brechas en la atención a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama ha motivado esta investigación de enfoque cualitativo. Su objetivo fue conocer las necesidades de las mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer de mama. El lugar de análisis fue un hospital de Juiz de Fora-MG especializado en el tratamiento de cáncer. Los sujetos fueron trece mujeres en tratamiento químico y radioterápico en enero y febrero de 2010. En el análisis comprensivo se hallaron las siguientes unidades de significado: "Conocimiento del diagnóstico"; "Cómo enfrentar el diagnóstico: rechazarlo o aceptarlo"; "Miedo, escepticismo y esperanza"; "Apoyo profesional, familiar y religioso". Se observó que conocer el diagnóstico, la enfermedad y el porqué del tratamiento es una experiencia muy conflictiva que puede hacer que las mujeres acepten o nieguen la situación. A pesar de todo el sufrimiento que provoca el diagnóstico y de los efectos adversos de las terapias, las mujeres sienten la necesidad de tratarse para aumentar su esperanza de vida. En este contexto, es sumamente importante la atención de varios profesionales, principalmente de los enfermeros, que consideran que las mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer de mama son seres únicos que merecen atención efectiva.

**Palabras clave:** Enfermería; Salud de la Mujer; Cáncer.

\* Recorte do relatório de Pesquisa realizada como TCC do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (Facef/UFJF)

<sup>1</sup> Orientadora. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento Enfermagem Aplicada Facef/UFJF.

<sup>2</sup> Enfermeira, graduada no Curso de Enfermagem Facef/UFJF.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento Enfermagem Aplicada da Facef/UFJF.

<sup>4</sup> Mestre. Professor da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora-MG.

Endereço para correspondência – Rua Marechal Cordeiro de Faria, 172, Juiz de Fora-MG. CEP: 36.0881-330. Tel: (32) 3221-5131 ou (32) 9982-0952.

E-mail: annasalimena@terra.com.br.

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama tem se configurado como uma das grandes preocupações da saúde pública, em razão da elevação do número de casos novos a cada ano. Representa 22% das ocorrências da doença, sendo o segundo tipo em frequência no Brasil e no mundo.<sup>1</sup> Para o seu controle, estudos epidemiológicos têm apontado a relevância da determinação dos fatores de risco no intuito de identificar as mulheres com risco aumentado para a promoção do diagnóstico precoce e tratamento adequado, sem maiores intercorrências.<sup>2</sup>

Essa condição, para além dos aspectos físico-biológicos, uma vez que os supera e ultrapassa, envolve “a dimensão existencial do ser-mulher, em sua sexualidade, maternidade, autoimagem e estética”.<sup>3:43</sup> Ameaça de diferentes formas a mulher que recebe esse diagnóstico e que poderá ter consequências diversas, que podem se manifestar como desconforto físico e psicológico, ansiedade, estado depressivo, mudanças na autoimagem e baixa na autoestima, alterações de todos os hábitos e do estilo de vida, medo quanto ao tratamento, a possibilidade de recorrência da doença e o temor da morte.<sup>3</sup> Ela terá de enfrentar, em seu cotidiano, dificuldades as mais diversas, como a condição de viver com uma doença que, em nossa sociedade, é ligada a estigmas. Poderá sofrer preconceitos que, muitas vezes, surgem dos familiares, de pessoas próximas de seu convívio, ou até do companheiro, e ainda conviver diariamente com a incerteza e a possibilidade de recorrência da doença.

A suspeita de câncer é sempre conflituosa para a mulher, principalmente quando ela procura os serviços de mastologia para diagnóstico e posterior tratamento, seja pelo medo da mutilação ou pelo tabu de uma doença sem cura.<sup>2</sup> Poderá fazer com que experimente grave trauma emocional, que a fará sentir-se sem esperança, deprimida, revoltada, melancólica, retraída e solitária.<sup>4</sup> O saber-se com diagnóstico de câncer expõe ao ser humano sua vulnerabilidade e se alia a várias questões sobre a vida e seu significado.

A essa condição se aliam sofrimento, dor e degeneração, que podem ter como consequência a morte e produzir conflitos emocionais associados ao sofrimento e ao medo do futuro.<sup>2</sup> Ao se descobrir doente, ela vai trilhar as etapas do diagnóstico, do tratamento agressivo e da aceitação de seu corpo marcado. Poderá experimentar sentimentos como raiva, frustração e negação da doença, causados pelos longos e frequentes períodos que necessita se ausentar de seu ambiente familiar para realizar os tratamentos.<sup>4</sup> Seu estado emocional pode ser afetado por vários fatores, como a incerteza do diagnóstico ou a confirmação deste, o ato cirúrgico ou seu resultado, mudanças na imagem corporal e em sua rotina diária.

A mastectomia, uma das abordagens terapêuticas mais utilizadas, representa forte ameaça à mulher, dada a mutilação de um órgão que representa feminilidade. Ela vivencia várias consequências emocionais, físicas e sociais que estão diretamente relacionadas à sua imagem

corporal que veio sendo construída e desconstruída ao longo de sua vida.<sup>5</sup>

Embora a maior parte dos tratamentos para o câncer de mama ainda seja a ressecção cirúrgica, as técnicas têm sido modificadas nos últimos quarenta anos e estão sendo substituídas por abordagens mais conservadoras. As pacientes com carcinomas invasivos podem optar por tipos diversos de cirurgia propostas pelo médico conforme o caso e possibilidades prognósticas,<sup>2</sup> porém, como a maioria dos casos em nosso país ainda é diagnosticada em fases avançadas da doença, o número de mastectomias realizadas no Brasil ainda é muito elevado.

Atualmente, o câncer de mama é tratado como uma doença sistêmica, uma vez que é diagnosticado tardiamente, quando não é possível apenas removê-lo cirurgicamente. Assim, à cirurgia seguem-se as terapêuticas complementares, quer sistêmicas, como a quimioterapia e a hormonioterapia, quer localizadas, como a radioterapia. Esse aspecto vem reforçar a relevância de políticas e ações para sua detecção precoce, com vista a possibilitar tratamentos de menor agressividade para essas mulheres,<sup>3,6</sup> pois as reações adversas aos tratamentos adicionais, especialmente a quimioterapia, têm sido apontadas como responsáveis pela piora da qualidade de vida pós-tratamento.

Assim, o câncer de mama se associa a uma imagem mental relacionada à dor, à perda do desejo sexual, à impotência, à rejeição e poderá levar essas mulheres a desajustes psicológicos, manifestados por sentimentos derivados da mutilação do corpo, com reflexos diretos na vida sexual que dificultam as relações interpessoais.<sup>2</sup> Afeta, de forma intensa, a autoestima da mulher, pois a perda de uma parte do corpo como a mama reflete de forma negativa na manutenção da identidade feminina.

Em contrapartida, se detectado e tratado em fase inicial, a pessoa pode viver por longo período sendo acompanhada clinicamente durante a fase de remissão da doença e com melhoria da qualidade de sobrevivência após o tratamento.<sup>7</sup> Na atualidade, melhores resultados podem ser obtidos por meio das várias modalidades terapêuticas disponíveis, como cirurgia, quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia.<sup>8</sup>

Nesse contexto, ocorre a necessidade da formação de uma parceria que se estabelece e “acontece entre um ser que se conhece em sua singularidade e pode falar de si com propriedade, enquanto o outro ser usa de seu conhecimento técnico científico para lhe atender e assistir em suas necessidades”.<sup>3:44</sup> A mulher, ao receber o diagnóstico de câncer de mama, experimenta uma situação existencial que a fragiliza. O profissional de saúde, ao estar junto dela, tem a oportunidade de estabelecer um vínculo favorável à interação, propício à abertura de suas manifestações de desabafo sobre esse momento vivenciado.

Assim como os demais membros da equipe de saúde, o enfermeiro poderá, por meio das expressões dessa

mulher, conhecer e compreender suas carências e dificuldades e abrir espaço para ela sentir-se capaz de passar por esse momento de sua vida do modo menos doloroso possível. Esse apoio se dá por meio de esclarecimentos referentes à doença e ao tratamento, incentivo para expressar seus medos e anseios, tentar transmitir sensação de calma e confiança e, principalmente, ouvindo-a com atenção.<sup>3,4</sup>

O cuidado de enfermagem que se propõe proporcionar conforto a essa mulher inclui, também, sua família e consiste em permitir e valorizar a verbalização de seus sentimentos, identificação de problemas e necessidades potenciais, auxílio, orientação e mobilização de possíveis fontes de ajuda, fornecimento de informações e estímulo à busca de soluções.<sup>9</sup> Nessa perspectiva, torna-se necessária a interação efetiva entre o profissional e a cliente, como alicerce da relação de confiança propícia à expressão de seus temores, questionamentos e dúvidas sobre os procedimentos e situações que deverá enfrentar durante o tratamento.<sup>4</sup> É, portanto, imprescindível estabelecer um bom relacionamento interpessoal, que apoie essa mulher no momento do diagnóstico e possa reduzir abalos emocionais e complicações.

A vivência na atenção à saúde de mulher com câncer de mama leva à percepção de que cada vez mais os profissionais de enfermagem estão sendo convencidos da real necessidade da atenção profissional orientada à realização de cuidados direcionados, fornecimento de informações precisas, acompanhamento especializado e capaz de guiá-la por todo o processo da doença, condições que poderão influir para a transformação dessa experiência, que pode ser devastadora, em algo positivo, em uma importante lição de vida.<sup>10</sup>

Especialmente na última década, observa-se a ampliação de estudos sobre a temática, o que dimensiona o empenho da academia, dada a importância de trazer subsídios ao preparo dos profissionais das diversas áreas que prestam assistência às mulheres portadoras de câncer de mama. O Ministério da Saúde também tem investido nas políticas de atenção à saúde da mulher, ao estabelecer condutas e estratégias que visam à detecção precoce da doença. Entretanto, ainda se observam lacunas sobre o modo como a mulher se sente ao receber esse diagnóstico e como os profissionais de saúde, no cotidiano da assistência prestada, lidam com a situação para lhe proporcionar melhores condições de saúde e qualidade de vida.

Ao refletirmos sobre o cuidado que se propõe minimizar o sofrimento dessa mulher que se depara com a detecção da doença, surgiu a inquietação que conduziu à proposição deste estudo: *Como a mulher enfrenta a descoberta do diagnóstico de câncer de mama?* Instigou-nos a tentativa de compreender o processo por ela vivenciado, que envolve o diagnóstico da patologia, seus impactos físicos, psicológicos e sociais, o cotidiano norteado de dúvidas, o medo da cirurgia, a incerteza do tratamento e até mesmo o medo da recorrência.

Essa compreensão poderá trazer contribuições à assistência de enfermagem que privilegia o cuidar

autêntico e de qualidade. Nesse contexto, tornou-se relevante a realização deste estudo para consolidar o referencial temático já existente e exposto, considerando que este venha possibilitar maior aproximação com as mulheres que possuem o diagnóstico de câncer de mama. Refletiu-se, ainda, sobre as práticas assistenciais desenvolvidas, no intuito de valorizar e ouvir essa clientela, apreciando seus valores, crenças e anseios visando ao cuidado singular e autêntico. Assim, o objetivo com este estudo foi conhecer como a mulher enfrenta a condição de se descobrir portadora de câncer de mama.

## METODOLOGIA

A abordagem qualitativa como opção metodológica de pesquisa foi escolhida por favorecer o desvelar do vivido, motivações, atitudes e valores<sup>11</sup> e, desse modo, possibilitar apreender os significados expressos pelas mulheres que enfrentam o diagnóstico de câncer de mama. O projeto deste estudo exploratório e descritivo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o Parecer nº 260/2009. Seu desenvolvimento pautou-se nas diretrizes da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.<sup>12</sup> Foram sujeitos 13 mulheres que estavam em tratamento ambulatorial em uma instituição especializada no diagnóstico e tratamento do câncer, sediada em Juiz de Fora-MG, entrevistadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2010.

O estabelecimento de relação empática e redução de pressupostos<sup>13</sup> favoreceu a realização das entrevistas abertas norteadas pelas indagações: "Você sabe por que está em tratamento?" "Como foi para você saber esse diagnóstico?" "Como tem sido para você essa situação?" Os depoimentos foram gravados em fita cassete e observou-se a fala não verbal<sup>13</sup> das depoentes, expressa em gestos ou outras manifestações, registrados em diário de campo.<sup>11</sup>

Procedeu-se à leitura sistemática e reflexiva das informações transcritas, o que possibilitou captar as estruturas relevantes, assim como as ideias centrais para apreender como essa mulher significa a experiência de enfrentar o diagnóstico de câncer de mama. Assim, as estruturas essenciais de suas falas foram organizadas nas unidades de significação: O conhecimento do diagnóstico; Enfrentar o diagnóstico: negar ou aceitar; O medo, o descrédito e a esperança; O apoio profissional, familiar e da fé. A seguir, buscou-se proceder à análise compreensiva,<sup>14</sup> relacionando essas informações com a literatura consultada.

## ANÁLISE COMPREENSIVA

Foram entrevistadas 13 mulheres que estavam em tratamento quimioterápico ou radioterápico. A faixa etária variou entre 28 e 67 anos e apenas uma possuía menos de 40 anos, sendo que oito se declararam brancas, duas negras e três morenas; oito eram casadas, uma solteira, duas viúvas, duas desquitadas e duas não possuíam filhos, três tinham um filho, sete, dois filhos

e uma, três filhos. Quanto ao grau de instrução, oito possuíam o ensino fundamental incompleto e uma completo; duas, ensino médio completo; uma pós-graduada; e uma não soube informar. Sobre a religião, onze se declararam católicas e duas evangélicas; quanto à ocupação atual, duas eram vendedoras, duas, professoras, três domésticas, uma manicure, uma atua em associação de apoio comunitário, uma se declarou do lar e três eram aposentadas por motivo de doença.

Em relação ao tratamento a que foram submetidas, doze já realizaram ou estão em quimioterapia e uma ainda ia iniciá-la; nove já fizeram ou estão em radioterapia e quatro ainda irão se submeter a esta. A terapêutica cirúrgica foi utilizada em onze mulheres, sendo que cinco foram mastectomias radicais, quatro mastectomias radicais com reconstrução, duas cirurgias conservadoras e duas ainda fariam a mastectomia radical. Todas as participantes do estudo receberam seus diagnósticos há menos de um ano, aspecto que se mostrou facilitador para apreender significados e, assim, conhecer como a mulher enfrenta a condição de se descobrir portadora de câncer de mama.

### O conhecimento do diagnóstico

Quando a mulher recebe o diagnóstico de câncer de mama, passa a ter uma nova identidade porque esse fato se torna o centro da sua existência, ocasiona desespero e perplexidade em uma experiência de estresse pela incerteza do que pode esperar quanto ao futuro.<sup>15</sup> O conhecimento de sua doença e dos motivos para estar em tratamento foi comentado por todas as informantes do estudo, como experiência que gera diversos conflitos.

Percebeu-se, em suas expressões, que há modos diversos de vivenciar essa experiência, que se mostra diferente para cada uma delas; porém, todas têm consciência da gravidade do problema, o que causa conflitos que podem colocá-las diante da situação de, em um primeiro momento, aceitar ou negar sua condição:

*Com certeza sei tudo que tá se passando... Passei por uma cirurgia de mama, tive que fazer a quimio e agora faço a radio. (E<sub>1</sub>)*

*O doutor falou... como eu num tava nem ai se tava com câncer ou não, é que ele se alastrou rápido, e foi inchando rápido. (E<sub>4</sub>)*

*É porque eu tenho um nódulo no peito. Igual ao outro. Ai fiz uma cirurgia e constatou que era um câncer. (E<sub>8</sub>)*

*Aí eu voltei, deu o problema, um nódulo... é câncer mesmo. (E<sub>9</sub>)*

*Porque eu tenho essa doença, câncer. Meu seio tá duro, aqui do lado assim sabe (mostrou com a mão)... Ai confirmou... é um câncer e é maligno. (E<sub>10</sub>)*

*Se eu sei? É por causa desse problema, do câncer. (E<sub>11</sub>)*

*Fui na médica, ela pediu para fazer os exames e deu um nódulo, ai eu fiz a biopsia, e comprovou que era câncer. Já fui fazer a mastectomia. (E<sub>12</sub>)*

*Eu sei, é por causa de câncer de mama. (E<sub>13</sub>)*

Algumas vezes, a doença ainda foi referida como “essa doença” ou como “o problema”, termos que indicam que, na crença popular, o câncer ainda é visto como algo fatal, do qual não se deve nem pronunciar o nome, denotando o estigma cultural que ainda persiste. Entretanto, observaram-se avanços nesse sentido, porque várias participantes também usaram a terminologia “câncer” ou em seguida à referência anterior ou ao longo da frase para denominar a doença mesmo.

As reações emocionais decorrentes da fase em que recebem o diagnóstico correspondem a um período inicial em que essa mulher se choca e fica descrente. Ultrapassado esse momento, ocorre uma confusão de sentimentos em um misto de ansiedade, depressão, irritabilidade, falta de apetite e alterações do sono.<sup>16</sup> A experiência de descobrir um nódulo na mama foi relatada como incerteza e indefinição sobre o futuro, uma vez que a presença de uma massa palpável pode significar tanto uma anormalidade benigna quanto a confirmação de que deverá passar por tratamentos sofridos e difíceis. Esse é o conhecimento que têm e que se dá em conformidade com os relatos de outras pessoas que passaram pelo mesmo problema.

### Enfrentar o diagnóstico: negar ou aceitar

O conhecimento informado do diagnóstico de câncer é um dos momentos mais difíceis da vida dessas mulheres, pois, quando recebem a notícia, vivenciam três etapas diferentes e complexas. Inicialmente, defrontam-se com a notícia ao receber o diagnóstico de estar com câncer, palavra que carrega todo um sentido negativo para nossa sociedade. A seguir, percebem a necessidade de realização de tratamento longo e agressivo, que ocasiona diversos efeitos adversos e que pode deixá-las debilitadas e, ainda, pode ser indicada a realização da cirurgia de retirada parcial ou total da mama para que o tratamento tenha resultado efetivo. A essas fases, ainda se segue a aceitação de um corpo marcado pela doença, com cicatrizes e deformações da identidade feminina e a convivência com essa nova imagem.

A descoberta, muitas vezes, de forma solitária, inicia-se no momento do diagnóstico do câncer e envolve o enfrentamento interior de estigmas e vivências que elas precisam superar para restabelecer a saúde. Embora seja comum, essas mulheres desconhecem como será real e efetivamente o tratamento, elas têm a percepção de que vão passar pelo enfrentamento de momentos extremamente difíceis, pois estarão, permanentemente, lutando para manter a vida.<sup>17</sup> O sofrimento pode ser identificado em seus relatos:

*Foi muito doído, foi muita surpresa, foi um susto... e foi muito medo do diagnóstico... A princípio a gente fica mesmo achando que é o fim. (E<sub>1</sub>)*



*Eu fiquei assim surpresa... Falei acabou minha vida, eu vou morrer, porque a primeira coisa que você ouviu quando assim você está com câncer, pensa: 'Logo vou morrer pode demorar, pode ter tratamento, pode ser agora ou pode ser daqui uns anos, mas eu acho eu vou morrer'... fica assim desesperada e chora. (E<sub>3</sub>)*

*Mas eu tô sofrendo muito, muito, muito, muito. (E<sub>4</sub>)*

*A gente abala muito. No primeiro dia a gente nunca imagina que isso vai acontecer com a gente. Mas é difícil... A gente tenta viver o mais alegre possível pra num abalar muito. (E<sub>5</sub>)*

*As lágrimas desceram e eu falei assim: 'De que adianta eu gritar, já chorei tanto pelo meu marido que morreu'. Muito difícil... Muito difícil. (E<sub>9</sub>)*

*Qualquer pessoa fica sem chão. Porque é uma coisa que não espera. (E<sub>11</sub>)*

*Chorei muito no consultório no dia que eu fiquei sabendo do resultado. Berrei, achando que ia morrer. (E<sub>12</sub>)*

O diagnóstico e/ou tratamento do câncer da mama pode ser uma experiência muito negativa, com repercussões importantes no aspecto emocional do paciente. No entanto, há que considerar algumas vivências anteriores, que podem influenciar o estado emocional atual. Passar por acontecimentos estressantes pode contribuir para alterações tanto no aspecto físico quanto no psicológico, como perda de uma relação emocionalmente significativa, acometimento de doença própria, mudanças no estado de saúde de um familiar, problemas conjugais, dentre outros.<sup>16</sup>

O câncer de mama pode ser visto pelas mulheres como uma possibilidade distante de se tornar uma realidade e acontecer com elas. Por esse motivo, quando se defrontam com a constatação de seu diagnóstico, isso lhes parece algo inesperado e muitas vezes reagem negando-o,<sup>18</sup> como um modo que encontram para extravasar suas emoções e decepções diante do diagnóstico como percebido:

*Eu não acreditei no exame. (E<sub>1</sub>)*

*Esse câncer aqui perto da saudade que eu sinto da minha mãe, eu nem lembro que eu tenho câncer. (E<sub>4</sub>)*

*Nossa, a gente nunca imagina que isso vai acontecer com a gente. (E<sub>5</sub>)*

*Eu não tenho a doença... Eu tinha... (E<sub>9</sub>)*

*E eu demorei mais quatro meses a acreditar que tinha. (E<sub>9</sub>)*

*Todo mundo tá sujeito... você nunca espera que aconteça com você. (E<sub>11</sub>)*

*Num liguei, eu achava que num era nada, falei isso num é nada. (E<sub>12</sub>)*

Algumas depoentes se negam a aceitar a possibilidade da doença e acreditam que isso não lhes aconteceria ou,

ainda, preferem deixar passar o tempo com medo de ouvir verdades sobre sua condição de saúde, como a E<sub>9</sub>, que optou por esperar quatro meses após a identificação do nódulo. A notícia do diagnóstico pode chocar e ocasionar trauma e desespero, porém é importante enfatizar que a doença, apesar de seus efeitos, não tem, para todas essas mulheres, conotação negativa, pois elas encaram o câncer como uma transição que envolve aspectos amplos de seu existir e que implica uma reestruturação na forma de olhar o mundo e seu projeto de vida.

Nesse sentido, as reflexões se voltam para além da possibilidade do fim da vida, ao se dirigirem aos modos de sobrevivência ou, até mesmo, à cura de uma doença, que pode ser vivida de forma mais positiva ou não, até pelo risco de recorrência. Implicam, assim, preocupações com os diversos aspectos que envolvem a qualidade de vida, como a aceitação diagnóstica e a possível oportunidade de recuperar a saúde.<sup>16</sup> A aceitação da situação vivenciada pode ser momentânea, pois ela está na fase inicial e progressiva do tratamento e vê a cirurgia como um recurso para alcançar a desejada cura,<sup>15</sup> como foi referido:

*Porque eu passei por tudo, mas não tive todos esses problemas. (E<sub>2</sub>)*

*Eu hoje em dia me sinto mais tranquila. (E<sub>3</sub>)*

*Para mim é como uma doença qualquer, tem que fazer o tratamento pra poder ficar curada... Não como um problema sem fim, infinito. (E<sub>7</sub>)*

*Depois a gente acostuma... Tem que acostumar. (E<sub>8</sub>)*

*Ai eu falei pode tirar tudo... Mas eu disse, eu já tô boa, já tô sabendo. (E<sub>9</sub>)*

*Estou otimamente bem, não estou sentindo nada. (E<sub>11</sub>)*

*Tem gente que vem aqui nesse hospital pra fazer consulta com os psicólogos, mais eu não precisei não... depois você aceita... tem que aceitar. (E<sub>12</sub>)*

Apesar da consciência do tratamento longo, elas vêm em busca da cura como perspectiva a alcançar e percebem sua melhora ao compararem sua experiência com a de outras submetidas à terapêutica, como modo de avaliar a possibilidade de melhor prognóstico. Nas diversas etapas desse processo, a identificação da doença, dos procedimentos diagnósticos e durante o tratamento, essas mulheres vivenciam diferentes fases e vão necessitar de diversos tipos de suporte, que envolvem aspectos tanto físicos quanto sociopsicoemocionais.

### **O medo, o descrédito e a esperança**

O sentimento de medo é frequentemente associado ao câncer, terminologia que contém significados que se aliam ao estigma de uma doença letal e assustadora, uma vez que transmite vivências de uma cultura na qual ter câncer é sinônimo de morte. As preocupações sobre

a ameaça à vida e à saúde, o medo do desfiguramento, a invalidez e a angústia, associados ao tratamento, são comuns às mulheres que enfrentam o diagnóstico de câncer de mama. Podem, ainda, vivenciar situações de incerteza, especialmente quando do diagnóstico tardio e nos casos de ineficácia do tratamento, porém, muitas delas ainda viverão muitos anos, o que dimensiona a importância da compreensão de como conviver com a doença, a presença constante da incerteza dos resultados de seu tratamento e o medo da recorrência.<sup>18</sup>

*É tenho medo ainda... Eu acho que vou esvaziar a outra mama, porque assim como você pode ter câncer na outra mama, daí esse trauma... É um desejar assim de que nunca apareça em ninguém mais principalmente da família. (E<sub>3</sub>)*

*Primeiro eu perdi minha mãe, com o mesmo problema. (E<sub>4</sub>)*

*Veio falar pra fazer a quimio, aí a gente fica assim... meu cabelo. (E<sub>8</sub>)*

O diagnóstico de uma doença como o câncer de mama poderá causar uma série de incertezas, fazendo com que o medo de enfrentar a doença passe a ser uma barreira para a aceitação do tratamento e descrédito quanto à possibilidade de cura. A realização de exames diagnósticos contribui para a exacerbação de sentimentos vários,<sup>19</sup> como expresso:

*Vamos fazer outra mamografia, aí eu falei: 'Pra quê? Se essa que eu fiz num valeu de nada. Eu não confio em mamografia.' (E<sub>3</sub>)*

*Eu creio que esse câncer, uma hora ele vai me levar embora. Porque a doença é cruel. Você tem que ficar com um pé na frente e outro atrás, parece que ele vai curando. Mas é igual uma mina d'água, aquilo vai minando, vai minando até que quando você vê num dá nem um ano e ele já tá em outro lugar (E<sub>4</sub>).*

As dificuldades em acreditar na cura como algo possível e aceitar a importância da realização do tratamento constituem fato que pode intervir na melhoria da condição de vida dessas mulheres, uma vez que as intervenções terapêuticas, quando procedidas tardiamente, podem diminuir as chances de um prognóstico bom e deixá-las sem expectativa de sobrevivência maior e em melhores condições. De outro modo, também foi possível apreender que para muitas delas a esperança sobressai a esse temor quanto ao futuro e torna mais fácil assumir o enfrentamento da doença, o tratamento e suas implicações.

Ao fazer essas opções em uma tentativa de se livrar da doença, elas se comportam em consonância com o significado de colocar limites na doença, remover fisicamente do corpo uma enfermidade que traz dúvidas, apreensões, sofrimento e modificam seus hábitos e o modo de convívio social. Acreditam que a remoção cirúrgica e as consequências do tratamento trazem segurança no sentido de redução de suas preocupações

e passam a aceitar as regras e condições impostas pelo tratamento como forma de alcançar a cura.<sup>15,19</sup>

*Mas eu acredito que eu vou ter força pra continuar sem pensar muito se vai dar ou se num vai dar certo. Eu acredito que vai dar certo. (E<sub>1</sub>)*

*Eu penso assim, posso morrer de câncer, eu posso morrer de qualquer outra doença, nós estamos aqui, é uma passagem. (E<sub>3</sub>).*

*Quero usar uma peruca pra não ficar... porque eu num quero amarrar nada no cabelo. (E<sub>8</sub>)*

*Hoje eu me sinto muito bem... Eu tinha essa doença mais já superei, já passei, já venci o câncer. Mas agora é só para apresentar um futuro. (E<sub>7</sub>)*

*Agora eu vou lutar. (E<sub>9</sub>)*

Observa-se que, nesse enfrentamento, se em uma perspectiva a condição do diagnóstico de câncer de mama, em toda a sua amplitude de implicações, acarreta sofrimentos em variados aspectos, de outro modo, também, elas buscam confiar e acreditar na esperança de bons resultados do tratamento, uma vez que sentem a necessidade de se tratar para prolongar a expectativa de vida.

### O apoio profissional, familiar e religioso

É importante que o tratamento do câncer de mama seja realizado por uma equipe multidisciplinar, sendo abordado de forma integral e em conjunto, para que a paciente se recupere da melhor maneira.<sup>18</sup> Os profissionais de saúde são considerados elementos importantes nesse enfrentamento, ao transmitirem informações sobre a doença e sua evolução, assim como ao encorajar e confortar. Esse cuidado que alia as ações nas diversas dimensões, apoia e dá suporte para que essas mulheres ultrapassem e reduzam o sofrimento.

A qualidade da assistência na especialidade oncológica é considerada pelas enfermeiras como aquela que alia o saber técnico-científico que a própria especialidade requer a uma relação humana que privilegie o cliente, e não sua patologia, bem como que compreenda essa pessoa como agente do autocuidado.<sup>8</sup> Assim, profissionais da enfermagem devem refletir sobre as carências e anseios da mulher com câncer, pois esses vão muito além das necessidades físicas,<sup>20</sup> assim como comentado:

*Mas encontrei profissionais excelentes, que às vezes só com uma conversa e às vezes um tempo maior que o que o profissional dá a gente, uma atenção (choro). Tô muito emotiva... Eu tive profissionais excelentes que me deram apoio... tirando toda angústia, medo de uma coisa muito pior. (E<sub>1</sub>)*

*Porque eu acho que a medicina é de Deus, e Deus colocou pessoas maravilhosas na minha vida... São maravilhosas e preocupadas mesmo com as pessoas, com o tratamento, são pessoas conscientes e muito humanas. (E<sub>3</sub>)*

O conhecimento de todas as implicações nas diversas dimensões que essa condição vai acarretar para a mulher deve ser utilizado para conduzir o planejamento e o desenvolvimento do cuidado que possa, realmente, auxiliá-la a superar as dificuldades e minimizar-lhe o sofrimento. Desse modo, cabe a todos os profissionais de saúde conhecer a realidade dela e as mudanças ocorridas com a vivência da doença, para dar-lhe o apoio necessário, orientá-la, respeitá-la e ajudá-la a direcionar o novo modo de viver com o câncer. Essa perspectiva merece especial atenção da enfermagem, pelas próprias características de atuação e convivência em maior proximidade, aspecto que favorece a formação de vínculo e a abertura.<sup>3</sup>

A esse assistir que dá suporte e conforto se aliam as contribuições dos familiares e amigos, que podem ser envolvidos como importantes parceiros para a qualidade do cuidado humanizado. Embora esta seja uma experiência vivida de modo singular, a aproximação de pessoas que lhe são caras amplia as possibilidades de amparo e tranquilidade nesse momento.<sup>3</sup>

Nesse processo, entram em ação, e serão influentes, condições várias relativas ao modo como se dão as relações entre essas pessoas, suas experiências anteriores, o grau de convivência e liberdade para expressar suas emoções e sentimentos.<sup>18</sup> Faz-se necessário, também, que os profissionais estejam atentos para prover o apoio que se fizer necessário, com vista ao êxito desta proposta, que poderá contribuir para a aceitação, coragem, esperança e confiança na obtenção da cura.

Após o diagnóstico de câncer, a presença, a participação e a atenção advindas da família representaram para as mulheres segurança e força para enfrentar o tratamento.<sup>20</sup> A família foi considerada como amparo e conforto para não desistir ao receber palavras de encorajamento, ajuda física e emocional quando da participação efetiva de seus membros nas decisões e questões relacionadas ao tratamento:

*Muito apoio da minha família que passei esse tempo todo sem pensar muito no que tava ocorrendo... sem pensar todo mundo que chega pra mim... tô sempre assim animada... não ficam de longe. (E<sub>1</sub>)*

*Muitas vezes deixei de chorar por causa da minha família, porque a minha família não quer ver a gente desesperada, eles querem que a gente confie e acredite na medicina, então também eu pus na minha cabeça. (E<sub>3</sub>)*

*Minha família me apoiou muito, tanto que eu não precisei de psicólogos... Depois o marido me apoiou em tudo, meus filhos. (E<sub>12</sub>)*

Em nossa cultura, a família é considerada o alicerce das relações entre as pessoas, e nesse momento de adoecimento essa proximidade se torna de grande importância. Assim, essas mulheres podem buscar forças para o enfrentamento da doença e apoio psicossocioemocional na convivência com familiares e amigos.

Entretanto, em uma reação diversa, também é possível que tentem poupá-los de sofrimento, aspecto que

merece especial atenção. Nessa tentativa, muitas vezes elas podem optar por não informá-los sobre a doença ou não lhes revelar suas indagações, dúvidas e medos mais íntimos, o que poderá implicar que não usufruam amplamente o suporte familiar e social que poderia obter.

É ainda relevante o conforto que encontram na crença em Deus como ser supremo, capaz de propiciar a cura, o que lhes dá esperança e certeza de sucesso no tratamento. Diante da doença, frequentemente, têm pensamentos positivos e são confiantes na luta pela vida por meio da referência religiosa como fonte de equilíbrio.

A vivência da religiosidade favorece a criação de um vínculo entre as pessoas, que passam a ter uma identidade grupal. Propicia força e coragem para o enfrentamento das adversidades e para lutar em prol da vida e da sobrevivência, especialmente por ocasião de uma doença grave que pode ser fatal. Sob essa influência, tendem a se empenhar por se tornarem pessoas melhores, mais reflexivas, buscam a restituição do significado da vida e obtêm, na religião, ajuda para vencer o medo da morte, da perda, do sofrimento e esperança na expectativa da cura da doença.<sup>18</sup>

A crença religiosa possibilita que essas mulheres se sintam em paz na sua condição para assim viver com otimismo. A experiência do câncer de mama é um processo que desafia a pessoa, e assim ela busca instrumentos que lhe permitam enfrentar esses desafios. A religião é uma estratégia valorizada na cultura ocidental para lidar com a doença, suas terapêuticas e recuperação das forças perdidas no processo de adoecimento e tratamento,<sup>18</sup> como mencionado:

*Rezando para ficar curada... acredito que vou ter força pra continuar no que eu fazia e com mais disposição e mais dedicação se Deus quiser. (E<sub>1</sub>)*

*Tenho muita fé e esse medo acho que vai... Eu chorei muito, eu entrava no chuveiro e pensava meu Deus... e se Deus quiser, eu tô curada, e vai passar, e num vai ser essa doença que vai me levar não. (E<sub>3</sub>)*

*Deus foi até bom pra mim... peço a Deus pra não me levar embora. (E<sub>4</sub>)*

*Graças a Deus tinha essa doença mais já superei, já venci o câncer. (E<sub>7</sub>)*

*Tô em tratamento até hoje. Tenho esperança de ficar boa, se Deus quiser. (E<sub>10</sub>)*

A mulher que recebe o diagnóstico de câncer de mama se preocupa em dar continuidade ao tratamento, em se reabilitar, vendo a necessidade de recuperar sua autoestima e sua imagem corporal. Para isso, é fundamental o suporte profissional, religioso, da família e dos amigos, principalmente o estímulo para melhorar e incentivar o seu autocuidado. É na junção dessas contribuições que se aliam que ela vai encontrar o apoio para vivenciar essa etapa de vida e se fortalecer para superar as dificuldades, dúvidas e temores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcurso dessa doença, ainda vista em nossa sociedade como estigmatizante, a mulher terá de conviver com sentimentos negativos, descrédito nas terapêuticas e no futuro. Enfrentar as variadas etapas, condições e consequências, na busca da recuperação da saúde, significa, muitas vezes, insegurança e a imaginação de um porvir triste e doloroso, em um processo de reflexões negativas repletas de dúvidas e anseios. Assim as dificuldades tendem a se somar, influenciar a aceitação e tornar essa experiência mais sofrida e traumatizante.

É nesse momento que se torna importante a participação dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, para perceber os significados desse diagnóstico na vida dessas mulheres e como isso poderá trazer consequências em seu cotidiano, para além do adoecimento, uma vez que este interfere em sua identidade de mulher e de mãe. Há que considerar que as maneiras, reações e modos de enfrentamento são especialmente únicos e próprios de cada uma delas.

Com o intuito de ajudá-las a explorar esses sentimentos, expectativas e estratégias de ajustamento nessa fase da vida, torna-se de importante a participação da enfermagem no desenvolvimento de um cuidado humanizado com previsão para suprir suas necessidades

nas diversas dimensões, incluindo medidas para prevenir ou minimizar a angústia referida pelas mulheres diante do diagnóstico.

A participação da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, muito poderá auxiliá-las na compreensão das informações sobre as diversas etapas do tratamento recomendado, facilitar-lhes a inserção na instituição e favorecer-lhes a aceitação para vivenciar essa fase com menos dúvidas e dificuldades e encontrar aí um modo de crescimento pessoal.

Entretanto, o cuidado de enfermagem, para além das questões atinentes ao diagnóstico e terapêutica, deve ter o objetivo de assisti-las nas diversas dimensões do existir. Assim, em seu planejamento e desenvolvimento, devem ser previstas ações e estratégias que visem à assistência a esse ser, em sua singularidade, com carências biopsicoemocionais e socioespaciais.

Esse agir tem um olhar para as necessidades e preocupações advindas de uma doença grave que pode ser fatal, cujo tratamento pode afetar a mulher e trazer consequências importantes em sua imagem feminina. Essa assistência, para ser exitosa, não pode ser isolada, pois precisa se aliar às contribuições do saber dos diversos profissionais de saúde, dos familiares e amigos e considerar os valores, crenças e anseios dessas mulheres.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2010 - Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009. 98p.
2. Azevedo RF, Lopes RLM. Vivência do diagnóstico de câncer de mama e de mastectomia radical: percepção do corpo feminino a partir da fenomenologia. *Oline Braz J Nurs*. 2006; 5 (1).
3. Melo MCSC. Mulheres em risco familiar para o câncer de mama: uma hermenêutica da prevenção secundária [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery; 2009.
4. Santos RR, Piccoli M, Carvalho ARS. Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. *Cogitare Enferm*. 2007; 12(1): 52-61.
5. Conde DM, Neto AM P, Junior R, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28 (3): 195-204.
6. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Rev Bras Cancerol*. 2006; 52(1): 49-58.
7. Camargo TC, Souza IEO. A pesquisa de enfermagem no Instituto Nacional de Câncer: trajetória, tendências e perspectivas. *Rev Bras Cancerol*. 2003; 49(3):159-66.
8. Talhaferro B, Lemos SS, Oliveira E. Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. *Arq Ciênc Saúde*. 2007; 14 (1): 17-22.
9. Barreto RAS, Suzuki K, Lima MA, Moreira AA. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm*. 2006; 10 (1): 110-23.
10. Riquelme BE, Sepulveda BP, Vargas XV. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. *Rev Med Clin Condes*. 2006; 17(4): 244 - 7.
11. Minayo MCS. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2004.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília: MS; 1996.
13. Carvalho A. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir; 1991.
14. Salimena AMO, Souza IEO, Cadete MMM. O movimento existencial da mulher pós-histerectomia: temor, possibilidade e decisão – contribuições para a enfermagem ginecológica. *Rev Min Enferm*. 2009; 13(3):243-8.
15. Caetano EA, Gradim CVC, Santos, LES. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(2):257-61
16. Patrão I, Leal I. Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicol Saúde Doenças*. 2004; 5 (1): 53-73.
17. Corbellini VL. Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido. *Rev Gaúcha Enferm*. 2001; 22(1): 42-68.
18. Pinho LS, Campos ACS, Fernandes AFC, Lobo SA. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. *Rev Eletrônica Enferm*. 2007; 09(1):154-65.

**19.** Fernandes AFC, Mamede MV. O surgimento do Câncer de mama da visão de um grupo de mulheres mastectomizadas. *Texto Contexto Enferm.* 2004; 13(1): 35-40.

**20.** Salci MA, Marcon SS. De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(3): 544-51.

Data de submissão: 17/6/2011

Data de aprovação: 16/4/2012

# CÂNCER NA INFÂNCIA: CONHECENDO A EXPERIÊNCIA DO PAI

CHILDHOOD CANCER: THE FATHER'S EXPERIENCE

CÁNCER EN LA INFANCIA: LA EXPERIENCIA DEL PADRE

Giselle Dupas<sup>1</sup>  
Aliane Callegari Silva<sup>2</sup>  
Michelle Darezzi Rodrigues Nunes<sup>3</sup>  
Noeli Marchioro Liston Andrade Ferreira<sup>4</sup>

## RESUMO

A paternidade tem adquirido novos valores, ressaltando-se o papel do pai na melhoria da qualidade de vida dos filhos. Diante dessa nova inserção na vida familiar, neste estudo buscou-se compreender a experiência do pai de uma criança com câncer, identificando quais mudanças significativas a doença provocou na sua forma de encarar a paternidade. Utilizou-se o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados em seus passos iniciais, como referencial teórico e metodológico, respectivamente. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. Da análise dos dados resultaram as categorias teóricas: "Descobrimo-nos pai de uma criança com câncer", "Perdendo o equilíbrio", "Buscando forças", "Adaptando-se à nova vida" e "Tornando-se uma pessoa melhor". A pesquisa revelou que, diante da vivência dos momentos permeados pelo sofrimento e medo da perda do filho, o pai revê sua relação paterna em razão do inesperado, tornando-se mais dedicado e valorizando mais sua paternidade.

**Palavra-chave:** Enfermagem Pediátrica; Doença Crônica; Neoplasias; Família.

## ABSTRACT

Recently acquired paternity values emphasize the father's role in improving the children's quality of life. In the context of this new concept in parenting, the present study aims to understand the experience of fathers of children with cancer and to identify the changes the disease produced in their way of facing fatherhood. Symbolic Interactionism and Grounded Theory were used as theoretical and methodological framework, respectively. Data was collected through semi-structure interviews. Data analysis identified the following theoretical categories: "Perceiving oneself as father of a child with cancer", "Losing the balance", "Seeking strength", "Adapting to a new life" and "Becoming a better person". The research revealed that the suffering and fear of losing a child makes the father adjust his relationship with the child according to the unexpected; he becomes more involved and assigns more importance to being a father.

**Keywords:** Paediatric Nursing; Chronic Illness; Neoplasms; Family.

## RESUMEN

La paternidad ha adquirido nuevos valores y realiza el rol del padre en la mejora de la calidad de vida de los niños. Ante este nuevo concepto en la vida familiar, el presente estudio ha buscado comprender la experiencia del padre de un niño con cáncer e identificar los cambios significativos que causa la enfermedad en su forma de encarar la paternidad. Su referente teórico fue el Interaccionismo Simbólico y el metodológico la Teoría Fundamentada en los datos. La recogida de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas. Del análisis de datos resultaron las siguientes categorías teóricas: "Reconociendo que es padre de un niño con cáncer", "Perdiendo el equilibrio", "Buscando fuerzas", "Adaptándose a la nueva vida" y "Transformándose en una persona mejor". La investigación reveló que en los momentos de dolor y temor a la pérdida del niño, el padre revé su relación paterna en función de lo inesperado, volviéndose más dedicado y dándole más valor a su paternidad.

**Palabras clave:** Enfermería Pediátrica; Enfermedad Crónica; Neoplasias; Familia.

<sup>1</sup> Professor associado do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). E-mail: gdupas@ufscar.br.

<sup>2</sup> Enfermeira pela UFSCar, São Paulo. E-mail: alianecallegari@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). E-mail: mid13@hotmail.com.

<sup>4</sup> Professor associado do Departamento de Enfermagem da UFSCar. E-mail: noeli@ufscar.br.

Endereço pra correspondência – Rod. Washington Luiz, Km 235, Monjolinho, São Carlos-SP. Tel/Fax (16) 3351-8334. E-mail: gdupas@ufscar.br.

## INTRODUÇÃO

A criança com doença crônica tem seu cotidiano modificado muitas vezes com limitações, sendo que frequentemente é submetida a hospitalizações para exames e tratamento, de acordo com a evolução da doença. A doença crônica traz modificações na vida da criança e na de sua família, e isso requer readaptações e estratégias para o enfrentamento. Também a criança, passa a modificar seus hábitos, torna-se conhecedora da doença e precisa aprender a lidar com seus incômodos físicos.<sup>1</sup>

O câncer infantil é uma condição crônica que corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer parte do organismo. Entre os tipos de câncer mais frequentes na infância estão as leucemias e tumores no sistema nervoso central, no sistema linfático, nos rins, nos ossos e na retina e possuem ainda causa desconhecida, apesar de se especular que possam ser causados por vários motivos, como exposição à radiação, às substâncias químicas, ou ter origem virótica.<sup>2</sup> Sabe-se que com a detecção precoce o atendimento diferenciado e o auxílio a família, as probabilidades de recuperação aumentam.

Desse modo, constata-se que o papel da família é muito importante durante o tratamento da criança, visto que passa a se apresentar como unidade de cuidado. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer,<sup>2</sup> a cura não pode basear-se somente na recuperação biológica, mas também no bem-estar e na qualidade de vida do paciente, para que este também seja apoiado e amparado em suas necessidades de âmbito social e psicológico. Na família, o doente oncológico encontra apoio, conforto e ajuda nas situações difíceis que precisa enfrentar.<sup>3</sup> Dada a preocupação com o cuidado à criança com câncer, é necessário maior compreensão do impacto da doença na perspectiva dos membros familiares, pois todos são afetados por ela.<sup>3</sup> Em virtude disso, reflexões e adaptações são importantes para a nova realidade que a família enfrenta, sendo necessários ajustes, organizações e redefinições de papéis para o equilíbrio familiar.<sup>1</sup>

No entanto, a mãe é quem vem traduzindo a perspectiva da família, sobre seu olhar e seu ponto de vista, enfocando prioritariamente seu papel na busca da cura para a criança, como mostram alguns autores.<sup>4,5</sup> Em outros estudos,<sup>6,7</sup> a experiência da criança e/ou de seus irmãos é abordada. A literatura sobre o tema apresenta lacunas quanto à experiência do pai cujo filho tenha câncer, apontando para a necessidade de melhor explorar essa vivência.

A representação social do papel de pai sofreu muitas mudanças no decorrer dos tempos. Antes, o pai exercia o poder da casa, sua autoridade valia para os filhos e para mulher, sendo ele o membro provedor. No entanto, dada a presença das mulheres no mercado de trabalho, tem se modificado essa antiga estrutura, determinando novos arranjos familiares. Sob a perspectiva psicanalítica

a figura paterna se encontra em reconstrução, sendo que o pai expõe sua face afetiva, estando mais presente, de modo oposto à concepção tradicional que se caracteriza pelo distanciamento físico e afetivo.<sup>8</sup>

Percebe-se, assim, que a paternidade tem adquirido novos valores, ressaltando o papel do pai na melhoria da qualidade de vida de seu filho e na busca da recuperação da saúde. A maior aproximação paterna contribui para a recuperação da criança.<sup>8</sup>

Diante dessa explanação, o objetivo com este estudo foi compreender a experiência do pai da criança com câncer, identificando quais mudanças significativas a doença provocou na relação pai e filho.

## METODOLOGIA

A descoberta e o entendimento do significado que o pai atribui à experiência de vivenciar o câncer infantil, bem como compreender suas percepções sobre a doença, fizeram-nos optar pelo Interacionismo Simbólico (IS), uma teoria das relações humanas difundida por George Herbert Mead e seu seguidor e maior intérprete, Herbert Blummer.<sup>9</sup>

Para o autor, o IS representa a particularidade do ser humano de interagir, interpretar, definir e agir no seu cotidiano de acordo com o significado que ele atribui à situação vivenciada. O IS apresenta três premissas básicas: o ser humano age em relação às coisas com base nos significados que elas têm para ele; o significado das coisas origina-se na interação social que o ser humano estabelece com outras pessoas; os significados são manipulados e modificados por meio de um processo de interpretação que o ser humano estabelece ao lidar com as coisas e com a situação em que ele se encontra.<sup>9</sup>

A metodologia eleita para a análise foi a Teoria Fundamentalada nos Dados (TFD), em seus passos iniciais, que visa captar o aspecto subjetivo das experiências sociais da pessoa.<sup>10</sup> Essa metodologia se caracteriza por uma construção que permite ao pesquisador parar em qualquer nível de análise dos dados e reportar o encontrado. Assim, embora essa metodologia proponha a elaboração de um modelo teórico, este estudo foi conduzido até a Codificação Teórica.<sup>11</sup>

O trabalho foi apreciado e aprovado, sob o Protocolo nº 0069.0.135.000-07, 111/2008, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos.

Foram realizados contatos com pais de crianças que fazem tratamento no Centro de Especialidades de um município do interior paulista, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), para convidá-los a participar deste projeto. Foram incluídos na pesquisa pais residentes na cidade em estudo, que aceitaram livremente participar após o oferecimento de todos os esclarecimentos necessários, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para realizar as entrevistas, foram agendados data e horário de acordo com a disponibilidade do pai.

A entrevista foi iniciada com a questão norteadora: "Como é, para você, ter uma criança com câncer?" À medida que a questão ia sendo respondida, foram formuladas perguntas: "Como assim?" "Fale mais sobre isso", no sentido de aprofundar o tema, permitindo que o pai conversasse livremente sobre suas experiências. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. As informações coletadas foram analisadas minuciosamente com o propósito de apurar os dados relevantes, de verificar as categorias emergentes e de observar que outros dados precisariam ser buscados. Após a entrevista com cinco pais cujos filhos estavam em franco tratamento, atingiu-se a saturação teórica, quando os dados começaram a se repetir e o objetivo foi alcançado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu a identificação de cinco categorias conceituais: "Descobrimo-se pai de uma criança com câncer", "Perdendo o equilíbrio", "Buscando forças", "Adaptando-se à nova vida" e "Tornando-se uma pessoa melhor". A seguir é apresentada cada uma dessas categorias com suas falas representativas, identificadas pela sigla P, de pai, seguida do número da entrevista.

"Descobrimo-se pai de uma criança com câncer" revela desde o momento em que o pai percebe modificações na criança até a familiarização com a doença do filho. A descoberta da doença causa um grande impacto tanto no pai como em toda família. Surge inesperadamente, causando muito medo, pois o nome da doença carrega o significado de sofrimento e possível morte. Além disso, a descoberta do câncer causa muita dor; o pai sente-se perdido, sem chão, assustado e aflito. Sente como se estivesse vivendo um pesadelo, nunca imaginando que isso poderia acontecer com o filho. Surgem diversas dúvidas e questionamentos em relação à doença, ao tratamento e às chances de cura da criança.

*Quando descobriu, foi difícil, muito difícil; nunca achávamos que passaríamos por uma situação dessas. Praticamente o mundo caiu na minha cabeça. Às vezes, eu ouvia que acontecia com outras pessoas, mas nunca esperava que fosse acontecer com o meu filho. Filho é tudo para gente; é um pedaço da gente [...] (P2)*

*Dá uma angústia, dá um monte de sentimento ruim junto, dá um choque tão grande, e só questionamento: 'Por que está acontecendo isso com meu filho?' 'Não tem uma explicação, tem tanta gente ruim nesse mundo, por que foi com ele?' (P3)*

*O próprio nome da doença assusta a gente. Quando a gente recebe uma notícia dessa, a gente fica totalmente desestruturado. O mundo cai na cabeça da gente, fica totalmente desestruturado. (P1)*

O impacto do diagnóstico da criança gera ansiedade e medo nos pais. Autores descrevem que as reações iniciais dos pais (pai e mãe) são choque, confusão, medo e uma tensão que acaba refletindo em toda a família. O

pai da criança com câncer, ao sentir-se responsável pelo filho, busca informações, conhecimento e compreensão sobre a doença, para que se sinta capaz de cuidar do filho e consiga diminuir significativamente seu estado de estresse e a ansiedade.<sup>1,12</sup>

Ao passar por essa experiência, o pai acaba se desestruturando, o que é mostrado na segunda categoria "Perdendo o equilíbrio". Ele sofre por ver seu filho sofrer e sente-se nervoso e ferido diante de tanta dor do filho. Presenciar com ele toda essa experiência faz o pai se sentir impotente, e essa sensação o deixa apreensivo, pois se sente fraco e perdido, não sabendo ao certo o que fazer para ajudar a criança ou ao menos para amenizar-lhe o sofrimento. Sente-se sem rumo, não sabendo para onde ir e o que fazer.

*Foi difícil passar pessoalmente; eu desesperei, chorava, foi uma experiência muito ruim que eu nunca tinha passado na minha vida. Passamos e ainda estamos passando por um momento muito difícil... Sei lá... Eu penso que seria melhor se passasse comigo, e não com o meu filho. Podia estar sendo comigo e não com ele [...] O mundo cai na cabeça da gente, fica totalmente desestruturado, e o pior é a sensação de não saber o que fazer. (P2)*

*Eu no começo não aceitava de jeito nenhum, não aceitava de ver ele daquele jeito que estava, dele ter que ficar assim; não me conformando, porque a gente nunca se conforma. (P3)*

*Eu cheguei a parar na beira da pista para me jogar em frente a um caminhão, de tão grande que era o sofrimento. Porque eu não aguentava mais ver meu filho em Campinas, sofrendo e passando por tudo o que ele estava passando, além de ver os meus outros filhos todos revoltados e não poder fazer nada. (P4)*

O pai, por precisar trabalhar, enfrenta muita dificuldade em acompanhar o filho nas consultas e conseguir visitá-lo, e isso o deixa preocupado, por não saber lidar com esse sentimento que ocupa todo o seu pensamento, aprisionando-o no medo por não saber ao certo como o filho está.

As narrativas de famílias sobre a trajetória do câncer, a experiência da doença também são relatadas como a maior experiência de vida e como um pesadelo, depois que é feito o diagnóstico. Elas referem não serem capazes de viver a vida como sabiam e apreciavam.<sup>13</sup>

Para lidar com todo esse sofrimento, o pai busca forças para se reequilibrar e poder ajudar seu filho. "Buscando forças" significa procurar elementos que possibilitem enfrentar essa batalha. A confiança em Deus e a fé são as fontes de fortalecimento e equilíbrio. A espiritualidade e a fé adquirem vida com a oração, o envolvimento de outras pessoas que possibilitam ao pai sentir-se ativo de alguma maneira nesse processo. Ele se sente agindo onde sabe que a medicina não alcança.

*Nós fomos clamando a Deus. Pedindo para que Ele nos desse forças... Ah, fé em Deus me deu muita força... (P4)*



*Eu sou católico, eu acredito [...]. Eu acredito muito em Deus e eu me fortaleci, e tenho fé em Deus, então eu fortaleci bastante na minha religião, eu procurei me envolver mais. A rezar mais, a agradecer mais. (P1)*

*A parte espiritual foi a que mais me deu força. Ela foi importante para me dar força e me reestruturar. (P2)*

Nesse tempo de luta, o apoio das pessoas é importante para o pai não se sentir sozinho. Os parentes, vizinhos, amigos e profissionais de saúde representam o conforto, o apoio para encarar um momento difícil como esse. A boa vontade das pessoas que se preocupam e buscam ajudar de alguma maneira, quer financeiramente, quer materialmente, comprando medicamentos, rezando ou simplesmente estendendo a mão, faz com que o pai tenha mais força e coragem para encarar tudo isso com o filho.

Saber que o filho está sendo bem atendido e amparado pelos profissionais de saúde conforta muito o pai, que está apreensivo e angustiado quanto ao tratamento e ao futuro incerto. Receber apoio e esclarecimentos contribui para que ele se sinta mais fortalecido nesse momento difícil. Quando a criança começa a se recuperar, junto com ela a família também se recupera. Percebe que estão vencendo uma batalha, aumentam as esperanças e passam a pensar na possibilidade de cura da criança:

*O pessoal do hospital vinha conversava, explicava... O que me tranquilizou mais foi os médicos lá do (nome do hospital), que falavam que se fosse 15 anos atrás eu poderia ficar preocupado, porque até então eu não sabia o tipo de leucemia dela, que é leucemia mieloide crônica... (P5)*

*Hoje estamos mais tranquilos e aliviados, porque estamos vencendo essa batalha, que não é fácil. No início, só pensava que iria perdê-lo, mas agora só penso na cura dele, porque ele está fazendo o tratamento e está melhorando. (P2)*

Os parentes, os amigos e a confiança em Deus proporcionam à família esperança de que a criança vai sobreviver.<sup>14</sup> Os cuidados dos profissionais de saúde também foram necessários para os pais.<sup>15</sup> Eles tentam retomar o controle e reduzir o caos em que se encontram, bem como unir-se a outras pessoas como forma de diminuir o sentimento de desamparo.

A maior força para encarar a doença é dada pelo próprio filho, quando demonstra estar com os pés no chão, sendo forte e lutador, não se abatendo nem caindo, mas amadurecendo e aprendendo com a vida, sendo corajoso e suportando o sofrimento sem revolta.

*Ter ouvido ele, escutado dele que não tinha problema ele perder uma perna, que o que importava era que ele iria ficar curado. Nossa essa foi a maior força que ele deu para a gente. (P3)*

*Ela não caiu... e ela também passa força para gente também [...]. Ela está agindo superbem, ela não decaiu, não deixou se abater. Ela ficou firme, graças a Deus até hoje, viu? Só uns dias que ela chorou. (P5)*

Outra fonte de força é encarar com otimismo e pensar na cura. Diferentemente do início da doença, no qual o impacto da descoberta faz com que o pai pense no pior, com o tratamento, ele concentra seu pensamento na cura do filho. Nesse momento, as esperanças aumentam. Ver outras crianças se recuperando e o filho também se estabilizando faz com que esse pai passe a pensar mais na cura.

Com o desenrolar do tratamento e o encaminhamento para o que pode ser um bom prognóstico com a possibilidade de cura, a criança passa, então, a apresentar sentimentos positivos, como felicidade, satisfação, compaixão em relação às outras crianças,<sup>16,17</sup> o que tranquiliza e fortalece a família. Assim, há aumento da estabilidade, que se reflete na adaptação dos pais, para as demandas e incertezas dessa trajetória.<sup>18</sup>

O tratamento provoca alterações na rotina da família, exigindo uma mudança na dinâmica familiar, como demonstrado em "Adaptando-se à nova vida". Nada mais será como antes, pois muitos cuidados com a criança precisam ser tomados. Nesse momento, a criança passa por algumas restrições que vão exigir paciência, dedicação e muito amor de toda família. O pai terá de dizer não algumas vezes, pois a criança precisa mudar alguns hábitos em sua vida, além de necessitar de cuidados especiais, como alimentação adequada, impossibilidade de estar próximo de pessoas com doença infecciosa, ter de restringir alguns passeios, dada a baixa de resistência causada pela quimioterapia, e a necessidade de tomar medicamentos nos horários corretos. Tudo isso é difícil e trabalhoso, pois a criança demora a aceitar essas imposições:

*Mudou bastante a rotina, principalmente na alimentação. Tinha muitas coisas que estávamos acostumados a comer e agora não podemos mais porque ela fica com vontade. É que nem arroz e feijão, só pode comer o que for feito no dia, antes fazia na janta e comia no outro dia e mudou muito isso [...]. No começo era difícil, ela sempre perguntava: 'Mãe posso comer isso, posso comer aquilo', no começo não sabíamos de nada, então ligávamos quatro, cinco vezes por dia. É preferível ligar e nunca ficar no 'acho'. (P1)*

*Não entrar em ônibus, por ter alguém gripado no ônibus, pra passar pra ela. Nossa Senhora! Então a gente vive aqui, hoje, tudo que a gente faz é em torno dela, pensando nela... O problema é dela pegar alguma gripe, um resfriado, alguma doença contagiosa. (P5)*

*Eu aprendi a dar mais valor à vida, porque a gente reclama por qualquer gripinha, ou dor de cabeça. A gente dá mais valor à vida, tem maior preocupação com o semelhante da gente [...]. Passei a dar mais valor a vida, a não reclamar tanto no sentido material, aprendi aceitar mais algumas coisas que acontecem na minha vida [...], porque tudo não é por acaso, acredito que tudo está no controle de Deus e não foi por acaso que aconteceu isso na minha família. (P2)*

A maior dificuldade relatada pelo pai é a financeira, pelo fato de a doença surgir de forma inesperada, provocando certa instabilidade econômica. Desse modo,

até se reestruturarem, acabam precisando da ajuda de pessoas que se predisponham e dos medicamentos que o hospital fornece toda semana para a criança:

*A dificuldade maior foi a financeira, porque interfere muito. Porque assim, a C precisa tomar muitas medicações, principalmente no início. Graças a Deus, está certo que 90% da medicação o hospital oferecia, mas tinha as viagens... (P1)*

*A parte dos remédios; precisamos de um pouco de ajuda em casa. Estávamos todos desempregados. Essa doença veio rapidinho para gente. Uma coisa ou outra que eu tinha aqui eu vendia. Eu vendia as criações que eu tinha, um dia eu vendia um porquinho, depois outro dia vendia outro... (P4)*

O pai, após a descoberta do câncer de seu filho, inicia um processo contínuo para aprender a viver com a doença da criança como parte integral de sua vida, buscando envolver-se mais emocionalmente, mas mantendo a preocupação de não parecer frágil diante de seu papel de provedor do lar.<sup>19</sup>

Autores apontam que os pais compreendem que não podem permanecer inertes diante das situações e que precisam assumir posições no tratamento do filho, tomando novas decisões em cada novo episódio. Essas decisões, no entanto, geram muita angústia e um nível considerável de culpa nos pais.<sup>20</sup>

Essa experiência do pai leva-o a perceber que já não é mais o mesmo; ele vai se “tornando-se uma pessoa melhor”. Ocorrem mudanças no comportamento do pai, do filho doente e de toda família, e, conseqüentemente, redefinem-se papéis, e a dinâmica familiar muda consideravelmente. Na percepção do pai, a família se une e demonstra mais os sentimentos. Nesse momento, o pai se torna mais presente e carinhoso, dedicando-se mais ao filho.

A ameaça que a doença representa para a vida da criança remete a uma reflexão sobre sua conduta como pai até então e envolve questionamentos sobre sua dedicação, proximidade e atenção à criança antes da doença e de seus possíveis erros. Ele passa a valorizar mais a relação pai e filho. Ao dedicar sua vida ao filho e participar dessa batalha contra doença, ele reconhece o significado de ser pai e de cuidar do filho, que passa a ser o centro de todas as atenções para ele. Assim, ele procura estar sempre próximo, transmitindo força e coragem em diversos momentos, mostrando-se forte diante da dor do filho, passando otimismo e esperança, entendendo que ele é o alicerce que sustenta e mantém a criança firme.

Agindo assim, o pai acredita que ajuda o filho a enfrentar a doença e o tratamento. Tudo isso o faz tornar-se uma pessoa melhor, pois passa a se colocar mais no lugar dos outros, tornando-se mais altruísta, despertando para as necessidades do próximo. Essa vivência o faz refletir sobre sua vida, a vida de seu filho e de outras pessoas. Ele passa a ser uma pessoa mais humana, preocupada com aqueles que o rodeiam e consciente da importância de uns para com os outros:

*Às vezes a gente está despreocupado, então, quando acontece uma doença como essa, parece que a gente fica mais esperto com o filho, dá mais amor, mais carinho, mais atenção. A gente acaba se envolvendo mais com a criança... Acho que foi bom. Às vezes acontecem coisas que não são por acaso, às vezes tem que acontecer alguma coisa, porque a gente não percebe o filho, fica distante. Acontecendo uma coisa como essa, é para a gente ficar mais perto do filho e dar mais valor, porque eu era mais distante do meu filho... (P2)*

*A convivência foi melhorando a cada dia, a amor foi crescendo a cada dia. Porque a gente, quando não passa por uma situação assim, não sei não, porque a gente não queira e não tenha vontade, mas a gente ama, mas não demonstra tanto o amor, mas a gente quando passa por uma situação dessa aprende a mostrar para pessoa o amor que a gente tem por ela. Isso, de certa forma, veio ajudar a demonstrar o amor que a gente sente um pelo outro e pelas pessoas que estão ao nosso redor. Passei a valorizar mais ainda a família e a demonstrar mais o meu amor. (P1)*

*Eu deixei de ser aquela pessoa que eu era. Eu era meio malucão, bebia demais, deixava de trabalhar, não dava muito valor para a família. As coisas não tinham muita importância para mim. Hoje eu sou mais próximo e preocupado com eles. Se alguém lá embaixo, me chama no sítio e fala: ‘Vem aqui já’, eu abandono tudo e venho correndo para saber o que está acontecendo [...]. Agora eu sou o dobro do pai que eu era antes. Hoje, ele é um grande filho para mim e eu sou um grande pai para ele. O que eu puder fazer por ele eu vou fazer. E por toda a família junta também. (P4)*

O câncer muda a unidade familiar e a noção dos membros sobre si mesmos.<sup>18</sup> Os pais e as mães sentem-se, de repente, como aprendizes, em ambas as situações, em termos da doença e também de “serem pais” da sua criança.<sup>14</sup> Ocorrem positivas mudanças na relação da criança com seus pais e irmãos depois do diagnóstico de câncer. A crise pode transformar-se em uma oportunidade para que a família renove seus relacionamentos em uma nova perspectiva de vida.<sup>21</sup>

Estudiosos apontam que há a possibilidade de o homem, hoje, viver uma situação inversa àquela em que foi criado. Algum tempo atrás, os relacionamentos entre pais e filhos eram marcados pelo distanciamento e por uma postura autoritária. Hoje, assiste-se a uma proximidade do contato, incentivando a demonstração de afeto e a participação ativa durante o crescimento da criança. Há maior flexibilidade nos papéis paterno e materno, que podem sair dos estereótipos rígidos e experimentar o novo.<sup>22</sup> Neste trabalho, foi identificado que o pai se percebe não somente como o provedor da casa e da família, mas também é importante no cuidado e na dedicação aos filhos.

O contato aproxima pais e filhos, gera cumplicidade, além de uma relação baseada em emoções. Autores consideram que “pai envolvido” é o que tem disponibilidade emocional e contribui para a educação e o bem-estar da criança.<sup>23</sup> A paternidade oferece ao homem a possibilidade de aprender a lidar com suas

emoções e a expressá-las. O exercício da paternidade, incluindo cuidados corporais e necessidades afetivas dos filhos, pode ser um caminho para a construção de um novo homem.<sup>24</sup> Os recursos psicológicos dos genitores, da própria criança e a estrutura familiar interagem e podem contribuir para a adaptação da criança à doença.<sup>21</sup>

Considerando que cuidar é mais do que intervir sobre um objeto, é também construir projetos,<sup>25</sup> o cuidador pode ser considerado aquele que se envolve e participa na construção conjunta de “projetos de felicidade” em longo prazo. Desse modo, é importante saber qual é o projeto de felicidade que está em questão. A atitude “cuidadora” precisa se expandir, ajudar e confortar a pessoa de forma integral, não relevando somente sua doença, mas o que ela provoca dentro daquela pessoa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas com pais de crianças com câncer revela as mudanças ocorridas após o diagnóstico do filho, o que atendeu ao objetivo do estudo. A experiência do pai leva-o a rever seu papel, construindo um novo significado em razão do inesperado. O significado de cuidar do filho, passar por momentos tão difíceis, permeados pelo medo de perdê-lo, é revisto pelo pai, que atribui outra significação à sua experiência paterna.

Nessa experiência, o pai reconstrói seu papel em um processo de maior interação e afetividade com o filho, redireciona sua vida superando preconceitos, como o de que o homem não pode chorar ou demonstrar seus sentimentos, e que sua única responsabilidade é prover o sustento da família. Neste trabalho mostra-se, na perspectiva do pai, a valorização de sua presença na vida do filho.

Desse modo, por meio da análise dos dados, evidenciou-se que:

- a descoberta causa um grande impacto tanto no pai como em toda família, provocando muito sofrimento, medo e angústia;
- a ameaça que a doença representa para a vida da criança remete a uma reflexão sobre sua conduta como pai;

## REFERÊNCIAS

1. Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VH, Lima RAG. Crianças com câncer e suas famílias. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(4): 469-74.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2012.
3. Ferreira NML, Dupas G, Costa DB, Sanchez KOL. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Cienc Cuid Saúde*. 2010; 9(2):269-77.
4. Oliveira NFS, Costa SFG, Nóbrega MML. El diálogo vivió entre la enfermera y madres de niños con el cáncer. *Rev Electrónica Enferm*. 2006; 8(1):99-107.
5. Young B, Dixon-Woods M, Findlay M, Heney D. Parenting in a crisis: conceptualizing mothers of children with cancer. *Soc Sci Med*. 2002; 55(10):1835-47.
6. Wayhs R, Souza A. Estar no hospital: a expressão de crianças com diagnóstico de câncer. *Cogitare Enferm*. 2005; 7(2):35-43.
7. Cavicchioliv AC. Câncer infantil: as vivências dos irmãos saudáveis [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP; 2005.

- a doença causa mudanças no comportamento do pai, do filho doente e de toda a família;
- ao ver o filho sofrer, o pai acaba vivenciando um sofrimento que considera ser maior que a do seu próprio filho, pois se sente impotente e fraco;
- o pai procura mostrar-se forte, pois se sente responsável por ser o alicerce, o apoio para o filho;
- durante o tratamento, o medo de perder o filho toma conta de seus sentimentos e pensamentos;
- a doença passa a representar uma lição de vida, e o pai passa a não reclamar tanto, mas a dar mais valor à vida;
- a confiança em Deus e a fé são as fontes do fortalecimento e do equilíbrio do pai. A esperança, o pensamento positivo e apoio dos familiares, amigos, vizinhos, profissionais de saúde e outras famílias de crianças com câncer são importantes, pois lhe dão subsídio para seguir em frente.

A família é muito importante no processo de cuidado, pois é a referência de amor, confiança e, muitas vezes, o motivo de sua existência. Logo, é necessário que o profissional conheça a família, seus valores, crenças, visão de mundo que influenciam suas formas de cuidar. E o pai que vivencia o sofrimento e a luta com filho necessita de maior respaldo e de maior preocupação dos profissionais de saúde. Os pais de crianças com câncer precisam receber um suporte da enfermagem não apenas para aprender a cuidar do filho, mas, sobretudo, para enfrentar, compreender e compartilhar a situação de doença e/ou deficiência e conseguir lidar mais adequadamente com seus próprios problemas, conflitos, medos e aumento de responsabilidades. O enfermeiro desempenha papel importante no suporte informacional à família sobre o sistema de saúde, ajudando na definição de preferências e prioridades no plano de tratamento.

A limitação da investigação diz respeito ao período de tratamento da criança, pois não contemplamos pais de crianças em remissão e/ou fora de possibilidade terapêutica. Essas podem ser temáticas muito importantes para a realização de outros estudos.

8. Martinez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(2):239-46.
9. Blummer H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Berkeley (CA): University of California; 1969.
10. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York (NY): Aldine de Gruyter; 1967.
11. Chenitz WC, Swanson, JM. *From practice to Grounded Theory: qualitative research in nursing*. California: Addison-Wesley; 1986.
12. Clarke JN, Fletcher P. Communication issues faced by parents who have a child diagnosed with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2003; 20(4):175-91.
13. Woodgate RL. Life is never de same: childhood cancer narratives. *Eur J Cancer Care*. 2006; 15(1):8-18.
14. Björ M, Wiebe T, Hallström I. Striving to survive: families' lived experiences when a child is diagnosed with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2005; 22(5):137-46.
15. Brody AC, Simmons LA. Family resiliency during childhood cancer: the father's perspective. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2007; 24(3):152-65.
16. Corneau G. Paternidade e masculinidade. In: Nolasco S, organizador. *A desconstrução do masculino*. Rio de Janeiro: Rocco; 1995. p 43-52.
17. Cagnin ERG, Ferreira NMLA, Dupas G. Vivenciando o câncer: sentimentos e emoções da criança. *Acta Paul Enferm*. 2003; 16(4):18-30.
18. Steele RG, Long A, Reddy KA, Luhr M, Phipps S. Changes in maternal distress and child-rearing strategies across treatment for pediatric cancer. *J Pediatr Psychol*. 2003; 28(7):447-52.
19. Tomlinson D, Hendershot E, Bartels U, *et al*. Concordance between couples reporting their child's quality of life and their decision making in pediatric oncology palliative care. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2011 Nov-Dec; 28(6):319-25.
20. Campos EMP, Rodrigues AL, Machado P, Alvarez M. Intervenção em grupo: experiência com mães de crianças com câncer. *Psicol Estud*. 2007; 12(3):635-64
21. Moreira PL, Angelo M. Becoming a mother of a child with cancer: building motherhood. *Rev Latinoam Enferm*. 2008; 16(3):355-61.
22. Moreira DS. Experiências de pais no cuidado ao filho com câncer: um olhar na perspectiva de gênero [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP; 2007.
23. Gottman J, Declaire J. O papel crucial do pai. In: Goleman D. *Inteligência emocional e a arte de educar nossos filhos*. Rio de Janeiro: Objetiva; 1997. p.167-88.
24. Dantas C, Jablonski B, Féres-Carneiro T. Paternidade: considerações sobre a relação pais-filhos após a separação conjugal. *Paidéia*. 2004; 14(29):347-57.
25. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6(1):63-72.

Data de submissão: 16/9/2009

Data de aprovação: 25/6/2012

# AVALIAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE O ENSINO DA GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

NURSING STUDENTS EVALUATION ON TEACHING OF HEALTH SYSTEMS MANAGEMENT

EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA ENSEÑANZA DE GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Denize Duarte Celento<sup>1</sup>  
Cláudia Mara de Melo Tavares<sup>2</sup>

## RESUMO

Trata-se do relato de uma pesquisa em que se focalizam as questões relacionadas ao ensino da gestão do sistema de saúde, mais especificamente no que se refere à relevância da temática na formação dos profissionais de enfermagem. Objetivou-se analisar as experiências dos estudantes de enfermagem com o ensino da gestão do sistema de saúde, identificar o nível de desenvolvimento do ensino da gestão do sistema de saúde no curso de enfermagem e propor, para o processo de mudança no seu respectivo ensino, o sistema de saúde na perspectiva da autogestão. O estudo apresentado é de natureza qualitativa, de caráter descritivo-exploratório de campo. Foi adotada como técnica de coleta de dados a entrevista de grupo focal, com oito alunos do curso de enfermagem. Os resultados demonstraram que os estudantes avaliam, entre os aspectos fundamentais para sua formação, a diversificação dos cenários de ensino e de aprendizado e das práticas de saúde, bem como a integração numa perspectiva interdisciplinar, destacando que o aprendizado da gestão implica ter responsabilidade social, dada a complexidade da condição humana, que não pode ser dissociada dos elementos que a constituem. O trabalho da gestão como agente de formação faz o ensino produzir os processos de trabalho e atenção à saúde e retrata os desafios postos pela gestão para a consolidação do Sistema Único de Saúde, sustentada pelas demandas e necessidades do usuário no processo integral à saúde.

**Palavras chave:** Educação em Enfermagem; Ensino; Gestão em Saúde

## ABSTRACT

This is a research report that focuses on questions related to the teaching of health systems management and, specifically, on the relevance of the subject to nursing education. The research aimed to analyse the experience of nursing students with the teaching of health systems management, to identify the progress of the teaching of health systems management in nursing courses, and to propose changes towards self-management. It is a qualitative descriptive-exploratory field study. Data was collected through focus groups interview with eight nursing students. The results revealed the students consider as fundamental the diversification of teaching and learning scenarios and health practices, as well as an interdisciplinary perspective. The students highlight that the learning of management implies social responsibility for the complexity of the human condition that it can't be dissociated from the elements that constitute it. Management as an instrument of the education process produces work and health care processes and reveals the challenges posed by the management to the consolidation of the Unified Health System that depends on the users' demands and needs in the health care process.

**Key words:** Nursing Education; Teaching; Health Management.

## RESUMEN

Se trata de un estudio de investigación centrado en temas relacionados con la enseñanza de gestión del sistema de salud, específicamente en su importancia para la formación de los enfermeros. Se buscó analizar las experiencias de los estudiantes de enfermería con la enseñanza de gestión del sistema de salud, identificar el nivel de desarrollo de dicha enseñanza en el curso y proponer la autogestión para su proceso de cambio. Se trata de un estudio de campo cualitativo, descriptivo y exploratorio. La recogida de datos se efectuó por medio de entrevistas con grupos focales de ocho estudiantes de enfermería. Los resultados indican que los estudiantes consideran fundamental diversificar los escenarios de enseñanza y aprendizaje y las prácticas de salud, al igual que la integración desde una perspectiva interdisciplinaria. Destacan que el aprendizaje de gestión implica responsabilidad social porque la condición humana no puede disociarse de los elementos que la constituyen. La gestión como agente de formación hace que la enseñanza produzca los procesos de trabajo y atención de la salud y muestra los retos para consolidar el Sistema Único de Salud, basado en las demandas y necesidades de los usuarios en el proceso integral de la salud.

**Palabras clave:** Educación en Enfermería; Enseñanza; Gestión de la Salud.

<sup>1</sup> Administradora. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Affonso Costa (EAAAC), UFF, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem. Professora titular da EAAAC, UFF, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: claumara@vr.microlink.com.br. Endereço para Correspondência – Rua Décio de Souza Caravana, 408, Tambasco, Vassouras-RJ. CEP: 27700-000. Tel: (24) 2491-0921 / (24) 7836-5498. E-mail: denize.celento@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 assegurou diversas garantias constitucionais, como o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos e reconheceu que a saúde é um direito de todos e que deve ser garantida pelo Estado.<sup>1</sup> Com a Lei Orgânica da Saúde,<sup>2</sup> nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, o acesso universal, financiado pela arrecadação de impostos e contribuições sociais pagos pela população, e os recursos dos governos federal, estaduais e municipais.

O SUS tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população. O sistema propõe a promoção da saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde,<sup>3</sup> enfatiza que, desde a década de 1980, a integralidade em saúde esteve sempre explicitada como intenção e necessidade da ação pública, que consolidaria o SUS brasileiro.

Atualmente, a questão da integralidade é o maior desafio nas práticas em saúde não como questão institucional ou política, já institucionalizada nas políticas públicas, mas na ação pública, que ocorre a prestação dos serviços públicos, um setor de produção social que mantém, ainda, formas cristalizadas. O desafio cultural de romper padrões de intervenção médica ou em saúde já se tornara tradição.

Na Lei Orgânica da Saúde<sup>2</sup> encontra-se preconizado que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como ser humano integral e submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. Dessa forma o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para a sua doença. Isso requer que o atendimento seja feito, também, para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos.

A integralidade com o olhar de ação transformadora apresenta o sentido de mudança ou de educação que possibilite uma reflexão crítica sobre a realidade, que deve ser assim desvelada pelo próprio indivíduo permanentemente, possibilitando ao educando agir, modificar seu tempo, sua cultura e a sociedade no papel de sujeito.

A proposta apresentada na Resolução do Conselho Nacional de Educação em 2001, para o curso de enfermagem,<sup>4</sup> institui a formação desse profissional dotado de conhecimentos requeridos nas práticas de atenção e de gestão do SUS.

Embora no campo da enfermagem haja um estímulo ao desenvolvimento de competências coletivas, ao se examinar a literatura dessa área dos últimos 17 anos, na base de dados Scientific Eletronic Library on Line (SciELO) para o ensino da gestão em saúde, percebe-se que se contempla a apropriação da gestão pela enfermagem centrada na gerência em recursos humanos, qualidade e dimensionamento de pessoal.

Por a gestão ser fundamentalmente uma ciência social que lida com pessoas e cujo âmbito não se restringe ao mundo empresarial, a essência do papel do gestor é tornar o conhecimento produtivo. Ele terá, assim, uma função social, mais do que uma função executiva.<sup>5</sup>

O aprofundamento da temática de gestão merece destaque na formação profissional, por permitir a compreensão da realidade. As competências técnico-científicas são definidas como a capacidade de articular ciência e técnica: capacidade de identificar e intervir nas situações de saúde-doença e de reconhecer e atuar nos diferentes cenários.<sup>6</sup>

O *Manual de Instrumentos de Gestão* do Ministério da Saúde<sup>7</sup> descreve como instrumentos de gestão em saúde os mecanismos que garantem o funcionamento do SUS em todos os níveis. A atividade de gestão implica coordenar, articular, negociar, planejar, acompanhar, controlar, avaliar e auditar o sistema de saúde em níveis municipal, estadual e nacional.

A formação não deve tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado e tratamento, mas também desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde e das populações, da gestão macro e microssetorial, além de englobar aspectos de produção de subjetividade, habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS.

Decorre daí a necessidade de se pensar a mudança nas instituições formadoras para que sejam dotadas de estruturas flexíveis, capazes de absorver conteúdos novos e integrarem-se em função dos verdadeiros problemas, o que implica uma significação mais ampla: a interação e o delineamento para o processo de transformação.

Com base no contexto teórico apresentado, neste estudo são apresentadas as questões relacionadas ao ensino da gestão do sistema de saúde, no que se refere à relevância da temática na formação dos profissionais de enfermagem.

Considerando a relevância dos aspectos apresentados e com o propósito de adequá-los às necessidades que vivenciam esses profissionais no cotidiano, foi assim definido como objetivo geral do estudo avaliar, com base na experiência de aprendizado dos estudantes de enfermagem, os limites e as possibilidades do ensino da gestão do sistema de saúde e sua adequação às políticas públicas, e como objetivos específicos, analisar as experiências dos estudantes de enfermagem com o ensino de gestão do sistema de saúde; identificar o nível

de desenvolvimento do ensino da gestão do sistema de saúde no curso de enfermagem e propor o processo de mudanças no respectivo ensino quanto à gestão do sistema de saúde na perspectiva da autogestão.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa de caráter descritivo-exploratório de campo, segundo Minayo e Sanchez,<sup>8</sup> adequada ao aprofundamento da complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.

A fundamentação do marco teórico metodológico do estudo é referenciada na perspectiva da análise institucional de Gregório Barembliitt,<sup>9</sup> que trabalha com todos os tipos de organização, estabelecimento, movimentos e grupos, teoria, política, estratégias, táticas e técnicas de uma das escolas mais conhecidas do movimento instituinte, originário da sociologia ativa. Busca articular um instrumental de análise e intervenção em instituições, com o objetivo de potencializar grupos e comunidades para processos de mudanças.

Essa perspectiva teórico-metodológica propicia o desenvolvimento da autoanálise, processo que os indivíduos e coletivos empreendem simultaneamente com os dispositivos que são montados para realizar as ações destinadas a obter seus objetivos e incrementar sua qualidade de vida e efetivação da sua utopia ativa, e da autogestão, que é o conjunto dessas práticas protagonizadas pelos diretamente interessados.<sup>9</sup>

A fundamentação do referencial teórico-metodológico propiciou a construção do dispositivo de coleta de dados, grupo focal e a dinâmica dos encontros, pautada nas questões do movimento instituinte, ancorada na livre expressão dos participantes. Esses deliberavam e decidiam quando falar, não havendo hierarquia de poder, ou seja, a capacidade de impor a vontade de um sobre o outro. A postura crítica e dialética visa à superação de pontos contraditórios, tornando-os públicos para que possam ser submetidos a outras críticas.

Como cenário de estudo foi escolhido o curso de graduação de enfermagem da Universidade Severino, mantida pela Fundação Educacional Severino Sombra. A Universidade Severino Sombra surgiu na segunda metade da década de 1960. O curso de graduação em enfermagem, criado por meio do Decreto nº 95.486, de 14 de dezembro de 1987, realizou seu primeiro vestibular em 2 de março de 1988 e foi reconhecido pela Portaria Ministerial nº 735, de 4 de maio de 1993.

Os sujeitos escolhidos para a pesquisa foram oito estudantes (quatro do 7º período e quatro do 8º período) do curso de enfermagem que cursaram disciplina de gestão e desejaram, voluntariamente, participar da pesquisa, a partir do convite aberto aos alunos dos respectivos períodos, com disponibilidade e interesse de

participação. A coleta dos dados adotada foi por meio de entrevista em grupo focal.

Em consonância com a perspectiva metodológica da análise institucional, os dados desta pesquisa foram tratados com base na técnica de análise do discurso proposto por Bakhtin,<sup>10</sup> concebido para trabalhar com a fala e seu contexto.

O estudo fecundo do diálogo pressupõe uma investigação mais profunda das formas usadas na citação do discurso, uma vez que essas formas refletem tendências básicas e constantes da recepção ativa do discurso de outrem, e é essa recepção, afinal, que é fundamental também para o diálogo. O estudo discursivo considera, em suas análises, não apenas o que é dito em dado momento, mas as relações que esse dito estabelece com o que já foi dito antes e até mesmo com o não dito, atentando, também, para a posição social e histórica dos sujeitos e para as formações discursivas às quais se filiam os discursos.

A caracterização dos discursos tem como objetivo conhecer a percepção do grupo entrevistado a fim de contextualizar os dados.

Como esta pesquisa envolveu seres humanos, de forma direta ou indireta, foram assegurados e respeitados os direitos dos sujeitos do estudo, de acordo com a Resolução nº 196/96 do CNS/MS.

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Severino Sombra, sob o nº 0059/2010-01. Os sujeitos da pesquisa receberam as devidas orientações e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **O grupo focal: construindo os diversos discursos**

A coleta de dados de entrevista em grupo focal é apropriada a pesquisas qualitativas, nas quais se explora um “foco”, ou seja, um ponto em especial. É empregada tanto em tema específico, cuja finalidade é deixar emergir as diferentes visões sobre este, como com um grupo, para se apreender as diferentes visões de mundo ou de determinados temas, ou mesmo quando se quer entender em profundidade um comportamento em determinado grupo.<sup>11</sup>

Considera-se que a técnica possibilita, por meio de um fórum de discussão, a construção de um conhecimento coletivo do grupo. Permite verificar de que modo às pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões e sentimentos se encontram associados a determinado fenômeno.

A seleção dos participantes do grupo focal deve ser bastante criteriosa e a mais específica possível, uma vez que pessoas muito diferentes podem influenciar a discussão inibindo-a, ou criando constrangimentos.<sup>12-13</sup>

Assim, a amostra foi intencional, determinada pelos objetivos do estudo com um grupo o mais homogêneo possível. Considerando tais recomendações, a participação dos colaboradores foi vinculada à existência de, pelo menos, um traço comum entre eles. Desta feita,

a composição com oito sujeitos atende às orientações quanto ao número de participantes. Como critério de participação no estudo, os sujeitos deveriam ter cursado disciplinas de gestão e desejarem voluntariamente participar da pesquisa.

Nesse grupo, a idade variou entre 21 e 36 anos. Portanto, todos os participantes possuíam seus pontos de vista sobre os assuntos que foram discutidos, com base em suas vivências.

Foram realizados três encontros com o grupo, sendo dois para o desenvolvimento da entrevista de coleta de dados e um para validação da transcrição das discussões. A equipe que coordenou os encontros teve como formação: um pesquisador (coordenador) e dois observadores para registro dos dados. O local escolhido foi uma sala na própria Universidade, arejada, clara, confortável.

A construção do roteiro e dos instrumentos para debate foram desenvolvimentos e delineados com questões-chave que propiciaram o levantamento e a obtenção de informações elucidativas sobre os objetivos específicos propostos na pesquisa. Cada encontro ocorreu com preparação especial, de acordo com o objetivo e a metodologia a ser utilizada. Todos os sujeitos participaram dos encontros previstos e agendados previamente.

Todas as narrativas e discussões foram gravadas e transcritas após os encontros. Após a textualização dos debates, estes foram validados pelos sujeitos.

## RESULTADOS

### O discurso e a exploração do material

Inicialmente foram feitas diversas leituras do material e separadas por unidades de significação, com base no roteiro de debate do grupo focal.

As unidades de significação surgiram como exploração inicial dos relatos dos sujeitos, como ponto de conservação do sentido geral do discurso dos estudantes.

As unidades de significação foram analisadas em um conjunto de significações ligadas aos elementos linguísticos que a compõem. A palavra, de fato, não tem praticamente significado, é um tema puro. Sua significação é inseparável da situação concreta em que se realiza.<sup>10</sup>

De fato, é importante distinguir bem entre o tema e a significação, e compreender bem sua inter-relação. Para compreender a enunciação de outrem, é necessário orientarmo-nos em relação a ela e encontrar o seu lugar adequado no contexto correspondente. A cada palavra da enunciação que estamos em processo de compreender, fazemos corresponder uma série de palavras nossas para formar uma réplica. Quanto mais numerosas e substanciais forem, mais profunda e real será a nossa compreensão.

Assim, revelaram-se nove unidades de significação: Gestão como processo administrativo; Gestão como avaliação do ambiente externo e necessidade da

população; Gestão entendida como políticas públicas; Deficiência na formação, teoria e prática; Profissionais versus importância da gestão; Conhecer os diversos setores; Experiências vivenciadas revelam métodos de aprender a gestão; Troca de informações entre as disciplinas e Integração entre os profissionais.

### O que dizem os estudantes: novo recorte com análise da narrativa

A fim de sintetizar os resultados e sua posterior discussão, são apresentados os principais achados em cada uma das narrativas construídas.

#### Desarticulação teoria: prática

O grupo coloca como curto e vago o tempo de estágio. Na saúde coletiva, há uma dissociação entre o que o enfermeiro da unidade de saúde pratica com o que é apresentado teoricamente e, ainda, o enfermeiro da supervisão de estágio fala outra coisa:

*Existe a sensação de fogo cruzado, e você se vê perdido, não sabe o que era para fazer, a gente fica lá olhando. (E1, E2)*

A teoria apresenta-se com uma forma não fragmentada, mas a realidade no campo de estágio demonstra, ainda, a fragmentação:

*Na formação profissional, a gente aprende a lidar com uma forma que não fragmenta, mas só que quando a gente depara com o paciente, ele apresenta característica já fragmentada. (E7, E5)*

Na unidade hospitalar existe a associação entre o conteúdo teórico do 6º período com a prática do 8º período, mas o tempo é pouco para a realização do processo de gestão:

*O estágio no PSF é muito vago, parece que não querem passar. No hospital foi realmente que fizemos a associação. (E1, E2, E6, E7)*

A realidade do estágio apresenta surpresa, os alunos verificam que administração/gestão não é só papel e têm a nítida certeza de que só irão praticar a gestão depois de formados:

*Em nenhum estágio que a gente foi a gente faz o que o enfermeiro faz. (E1, E3)*

*Depois que a gente passou pelo estágio que a gente realmente viu, porque achávamos que administrar era só papel [...] era só ficar atrás da mesa. (E2)*

### Avaliação do processo de ensino-aprendizado

O grupo apresenta que o foco maior dos docentes está no cumprimento do cronograma e transferência do



conteúdo. Não há a preocupação se os alunos estão acompanhando ou não e conseguindo transformar o que aprenderam para a realidade “lá fora”. A certeza é que eles, os estudantes, devem responder o que o *teu professor está querendo*.

*Eles não estão se importando se está tendo o conteúdo, se nós estamos entendendo o conteúdo. Eles querem seguir o cronograma independente da forma que está sendo passada.* (E1, E4, E6, E7)

O grupo externa, ainda, a preocupação quanto à inexistência de avaliação e percepção da comunidade pelo serviço prestado. Os modelos de práticas e avaliação devem atender aos problemas da comunidade:

*O próprio estágio no PSF é diferente, conforme o profissional que transmite, cada um fala uma língua. A estratégia é aplicada e vista de maneiras diferentes. Esse método é muito falho, um mês em cada unidade. Porque você só consegue agregar conhecimento quando você se envolve. Se não se envolve, não resolve.* (E1, E2, E6)

### **Desvalorização dos conhecimentos de gestão do sistema de saúde**

O grupo revela que a gestão só é percebida no conteúdo de administração hospitalar do 6º período, onde faz a correlação com o todo assistencial e aprende a gerir de outras formas as diversas atividades, como curativos, vacinas, planejamento das ações, que é o *foco central* do enfermeiro.

*Quando você chega no 6º período que tem as aulas de administração, você começa a se deparar com um mundo novo. Nossa você começa a perceber que toda vez que você pega aquela seringa e não usa e joga fora, está desperdiçando, um dinheiro que não vai voltar.* (E2, E6)

Após a discussão, o grupo informa que a gestão em saúde pública foi pouco abordada e o enfermeiro gerente da unidade de saúde possui responsabilidade muito ampla e não revelada no campo de estágio:

*A gestão se aplica em outras disciplinas, quando vai se falar no SUS, nas diretrizes do SUS, você tem que ter noção de gestão. A gestão é tanto a nível hospitalar como em gestão pública. É o ponto em que os próprios professores devem verificar a matéria deles. Tem que ter planejamento. Todos devem pensar!* (E2, E7, E8)

Surge a descoberta da relação de gestão com a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), modelo de planejamento com a otimização de resultados:

*Por isso está surgindo a sistematização do processo de enfermagem, fazer a visão mais humanizada, holística para tratar o paciente. [...] A sistematização nada mais é que o planejamento de cada cuidado a enfermagem. É o planejamento da gerência. Planejar o que você vai*

*fazer e vai colher lá na frente. Agora que estão batendo mais na tecla para fazer a sistematização e fazer um trabalho melhor, mais humanizado. Ser melhor, ter mais qualidade com o paciente.* (E1, E5, E7)

### **Gestão é a possibilidade de articulação da teoria com a prática**

O grupo entende a política do sistema de saúde no Brasil, mas demonstra insegurança em praticá-la, visto que não sabe preencher o sistema de informação da atenção básica, abastecer uma unidade, alimentar o sistema de gestantes e desconhece os demais processos da administração pública:

*Acreditamos ter um jeito diferente de administrar uma unidade básica de um serviço hospitalar. Lá é só seu, o estoque é na unidade, e você pede direto a secretaria de saúde. No hospital é o almoxarifado do hospital para abastecer todas as clínicas. Quanto ao cadastramento, é diferente. Para cadastrar a gente recebe o número do sistema do programa específico, é tudo com a numeração, é diferente! Então foi uma coisa que não foi abordada na administração da saúde pública.* (E2, E4)

Baseando-se nisso, o grupo relaciona a gestão a toda técnica e gerência requerida ao profissional de enfermagem, bem como afirma que a temática pode ser associada nas diversas disciplinas no decorrer do curso, criando, assim, o alicerce que tanto eles sentem falta:

*Aprende-se a gerir de outra forma as suas atividades. Quando observa que um paciente está sem lençol (na rede hospitalar), você se pergunta por que está sem. Vai procurar saber [...]; por que o paciente tem que trazer toalha de casa; por que todos usam o mesmo sabonete se sabonete é uma coisa tão barata; porque não dar um pedacinho para evitar a infecção hospitalar. Tudo está interligado [...]; a gestão fica na base da pirâmide, não no topo. Depois você consegue abrir a sua mente e entender o que é gestão de verdade, porque nós temos que aprender isso, porque se não vamos enfiar os pés pelas mãos. Depois que você tem a aula, a matéria e administração, você percebe que tudo de você faz é administração. Fazer um curativo é uma forma de administração. O ato de pegar uma seringa, aplicar uma vacina é um ato de administrar. É uma forma de organizar o serviço, planejar as necessidades. Porque gestão é uma responsabilidade muito grande, é foco central no enfermeiro. E você sendo o gerente, o foco é você, desde uma agulha, desde o faxineiro até o cargo mais alto é você.* (E3, E4, E5, E6)

### **Modelo formal: valorização biomédica requer mudança**

O grupo declara que deixa a gestão de lado porque quer saber da doença, aprender a cuidar da doença. O interessante é como tratar tal doença, ou seja, o resultado final do processo.

A gestão é a base, o entendimento do que se está fazendo, e não há a busca ou aprofundamento na temática.

*Porque a gente acaba deixando a gestão de lado, porque a gente quer saber da doença. Aprender cuidar da doença. Quando a gestão é base, entender o porque você está fazendo. E ninguém estuda. (E2, E6, E7)*

*São as coisas que você faz hoje que vão influenciar lá na frente. Porque vai influenciar no tempo que paciente está dentro do hospital, a autoestima dela vai influenciar no tratamento. Porque ele vai estar com a autoestima elevada e vai se sentir. O tratamento vai fazer efeito mais rápido. Diminui os custos para o hospital e para os cofres públicos. (E4, E5, E6, E8)*

## Superioridades construídas

O grupo coloca a dificuldade de relacionamento com outros grupos de profissionais, em especial os profissionais médicos. Existem, ainda, resistência e a relação não amigável entre equipes, apresentada, também, pela população:

*A relação multiprofissional funciona, mas não é assim tão amigável. Existem muitas resistências; tem profissional que faz serviço do outro [...]. Não é tão amigável, é difícil às vezes chegar num consenso até porque eu sou o médico, você é o enfermeiro, a subclasse. O olhar diferenciado [...]. A população tem essa discriminação essa diferença. (E1, E2, E4, E6)*

O olhar diferenciado para “a subclasse” e a imposição existente do conhecimento médico com a aceitação passiva pelos enfermeiros:

*A gente vai ser subclasse enquanto a gente deixar. Enquanto não houver reconhecimento e a gente deixar ter apenas um enfermeiro no setor, para que mais? Não faz nada fica só sentado no setor escrevendo [...]. A classe deve ser mais unida, ter representantes nos diversos setores, para a gente conseguir virar profissão de verdade. O que a gente exerce é o cuidar e ninguém vai tirar isso da gente [...]. Tem que haver respeito entre as classes; cada um tem o seu conhecimento. Tem que haver a união dos conhecimentos. Cada um com seu conhecimento para chegar ao resultado comum. (E2, E6, E7)*

## DISCUSSÃO

Com a intenção de avaliar as experiências dos estudantes com base no aprendizado do ensino da gestão do sistema de saúde, foi discutida com o grupo a insegurança quanto ao domínio de conhecimento específico sobre a gestão do sistema de saúde. Uma vez que seus componentes colocavam como insuficiente o tempo de vivência nos serviços de saúde, com a prática ou estágios, evidenciavam esse fator como importante para conhecer a integralidade e complexidade do SUS.

No curso de enfermagem, a oferta de disciplinas que apresentam a temática de gestão do sistema de saúde é desenvolvida a partir do 4º período, porém os estudantes percebem a fragmentação do conhecimento tanto nos diversos processos de ensino quanto na prática das atividades de enfermagem.

Apesar do tempo restrito de vivência no campo de prática, o grupo percebe a existência da desarticulação do processo teoria-prática em relação ao modelo de ensino tradicional, instituído e institucionalizado pelo curso.

O modelo do ensino tradicional se apresenta no discurso do grupo, com a visão centrada no professor, detentor do conhecimento, e na transmissão dos conteúdos para memorização. O professor assume funções de como vigiar e aconselhar os alunos, corrigir e ensinar a matéria. É visto como autoridade máxima, um organizador dos conteúdos e estratégias de ensino e, portanto, o único responsável e condutor do processo educativo.<sup>14</sup>

Também existe o distanciamento da teoria com a prática em ciclos distintos em que há predominância da transmissão do conhecimento teórico, que acontece somente em salas de aula. A prática, a problematização dos conteúdos e a vivência dos serviços de saúde acontecem em períodos diferentes.

Os conteúdos e procedimentos não estão relacionados ao cotidiano dos estudantes. Dessa forma, a visão da ação completa fica prejudicada, o que reafirma uma nova proposta pedagógica que se aproxima das concepções da educação em correntes construtivistas, que dedicam especial atenção à motivação dos alunos e à transformação de informações e ao desenvolvimento de habilidades, com objetivos educacionais intermediários. Com os objetivos educacionais terminais, busca-se melhorar a pesquisa e a aprendizagem sobre o sistema de assistência à saúde no Brasil; conhecer a estrutura e organização dos serviços de saúde; compreender os problemas financeiros da assistência à saúde; analisar as características do modelo médico-assistencial no país; dar noções de avaliação da assistência à saúde e aplicar indicadores para avaliar criticamente sistemas municipais de saúde.<sup>15</sup>

O modelo tradicional revela, ainda, na avaliação do processo ensino-aprendizagem, a transformação da essência entre os objetivos preconizados pelo SUS e o envolvimento com a realidade da população, diante de suas necessidades no acesso aos serviços de saúde. Os estudantes ficam cerceados diante das avaliações ainda tradicionais, que tendem para o racionalismo, com questões fechadas e objetivas, adotadas pelos professores do curso de enfermagem.

As avaliações, cada vez mais, assumem discursos verticais, o que nos convida, como professores e alunos, a nos transformar em modelos críticos e de liberdade diante aos métodos silenciadores com que a avaliação vem sendo às vezes realizada sem, contudo, questionar a sua necessidade no processo ensino-aprendizado.<sup>16</sup>

Também é revelado o modelo biomédico que apresenta excesso de teoria especializada. A valorização e o poder do conhecimento médico em detrimento dos demais profissionais, evidenciado pelos estudantes, leva-os a discutir a necessidade de romper com o modelo instituído, diante a situação de dominação no processo. Assistem ao engessamento e à demora na solução do problema dos pacientes e da comunidade.

A avaliação dos estudantes confirma os estudos que demonstram que o ensino tradicional tem se fundamentado, habitualmente, na presunção de que o domínio e a transmissão de conhecimentos e habilidades, lastreados nos últimos avanços científicos, conduzem necessária e suficientemente à boa prática profissional. O resultado que temos são profissionais que, frequentemente, dissociam seu potencial de saberes e habilidades da prática profissional efetivamente colocada à disposição de seus pacientes.<sup>17</sup>

A necessidade de nova *performance* em busca de alternativas de formação dos profissionais de saúde, voltadas para a articulação e a organização, para o enfrentamento dos problemas surgidos na realidade de atuação, torna-se preocupação não somente dos autores e formadores, mas também dos estudantes, que solicitam a mudança do modelo em que os processos de memorização e transferência unidirecional, fragmentada de informação e habilidades sejam substituídos pelo autoaprendizado e pela educação permanente.

Identificou-se, ainda, a desvalorização do conhecimento de gestão do sistema de saúde por parte dos docentes do curso de enfermagem, em decorrência do modelo biomédico, que demarca a formação dos profissionais, com preocupação demasiada com a racionalidade técnica e a especialização.

É percebido pelo grupo, no decorrer dos encontros, que a transversalidade do ensino de gestão do sistema de saúde ampliará o acesso ao conhecimento do sistema de saúde e à formação dos profissionais da área de saúde mais humanizada e empenhada com fatores sociais do paciente/coletividade.

A gestão, por ser uma disciplina prática e humanística, alimenta-se das demais ciências humanas, sociais e tecnológicas. Possui uma inegável universalidade que atravessa as demais disciplinas e cultiva o gosto pela combinação das perspectivas.<sup>5</sup>

A teoria geral dos sistemas, uma abordagem que pretende ser universal, constitui um modo mais abrangente de estudar os campos não físicos do conhecimento científico, como as ciências sociais, e desenvolve princípios unificadores que atravessam os universos particulares das diversas ciências.<sup>18</sup>

A visão sistêmica posta pela gestão retrata a busca de parcerias nas universidades, nos serviços de saúde e nas organizações comunitárias, fundamentais para a formação do profissional da área de saúde com consciência crítica da realidade e do desenvolvimento do compromisso da universidade com a construção do saber para a melhoria de qualidade da vida e da saúde da comunidade.

A relação discente, docente, serviços e comunidade – assumida como aspecto essencial de mudança – e a interação de indivíduos impulsionam o reconhecimento de comportamentos, intenções, valores, competências e conhecimento para, enfim, haver uma percepção do outro. Na formação profissional, foi observado que

a perspectiva de uma capacidade maior favorece a promoção e as ações integrais de saúde que beneficiam indivíduos e comunidades.<sup>19</sup>

O grupo reconhece que aprender gestão implica responsabilidade social, ao trazer vários exemplos, na discussão, quanto ao excesso de intervenções e solicitações de exames, com visão centrada e fragmentada, em detrimento da escuta e do espaço as necessidades individuais dos usuários.

O conceito de quadrilátero da formação para a área de saúde – ensino, gestão, atenção e controle social – demonstra a importância dessa noção quadrilátera, em que cada face libera e controla fluxos específicos, dispõe de interlocutores específicos e configura espaços-tempos com diferentes motivações. Em uma das propostas do estudo, indica-se o caminho para a busca do incremento da articulação entre as várias instâncias de gestão do sistema de saúde com as instituições formadoras. Acrescenta-se que a educação em serviço, proporcionada aos técnicos e demais profissionais da área, deve ter o *status* de política pública e organizar-se como lógica de produção de sentidos e crítica dos processos criativos de trabalho.<sup>20-21</sup>

O trabalho da gestão como agente da formação faz o ensino produzir os processos de trabalho e atenção em saúde e ordena os atos no laço social.<sup>20</sup>

A interdisciplinaridade como analisador institucional emerge dos encontros dos estudantes no momento em que percebem que estão despreparados. A formação recebida não lhes dá condições para as práticas que a mudança do sistema de saúde exige.

A mudança no campo da saúde impõe transformações na área da educação e requer profissionais comprometidos com uma nova forma de lidar com o conhecimento. A capacidade de articular esses conhecimentos profissionais específicos com os de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde, por meio de ação dialógica com diferentes atores sociais, leva ao enfrentamento dos problemas de saúde e à melhoria nas condições de vida.<sup>22</sup>

A interdisciplinaridade rompe com a dominação dos especialistas e incute uma visão integral e não fragmentada da saúde, o que estimula a integração e o diálogo do saberes, bem como a intersetorialidade, a qual exige um processo sistemático de articulação, planejamento e coordenação entre os diferentes setores da sociedade em torno de um projeto comum.

Os desafios propostos pelo sistema de saúde do Brasil trazem as necessidades de qualificação profissional, o que inclui conhecimento das políticas públicas, dos modos de operar novos dispositivos de cuidado à saúde, rede de serviços articuladas e acolhedoras, dentre outras. O objetivo é desenvolver uma atenção integral que crie impacto na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob

forma de trabalho em equipe, bem como condicionar as práticas interdisciplinares.<sup>22</sup> Questiona-se até quando uma formação disciplinar dará conta de responder significativamente às exigências de uma prática interdisciplinar.

A falta de integração dos docentes à rede de serviços públicos surge como descompasso para aprofundamento do contexto social. É necessário investir na capacitação para a transformação conjunta dos docentes. Para efetuar essa autocrítica, os *experts* não podem fazê-lo no seio de suas torres de marfim, nas academias ou, exclusivamente, nos laboratórios experimentais. Eles têm de entrar em contato direto com esses coletivos que estão se autoanalisando e se autogestionando para incorporar-se a essas comunidades desde um estatuto diferente daquele que tinham<sup>9</sup>.

A implementação da mudança instituinte com a adoção de metodologias de trabalhos interdisciplinares revela as possibilidades de transformação do instituído, autoanalisado e avaliado pelos sujeitos desta pesquisa, em consonância com o contexto atual da saúde, como ultrapassado.

Entretanto, os desafios postos pelos métodos que deem conta da interdisciplinaridade revelam os limites a ser trabalhado de forma contínua e participativa, tanto pelos gestores das instituições formadoras como pelos docentes, mediante o compromisso social, o conhecimento das políticas públicas e a qualificação permanente do processo ensino-aprendizagem.

As Diretrizes Curriculares<sup>4</sup> para o curso de enfermagem deram início ao processo de mudança que deve ser consolidado nas instituições formadoras, com a adoção de uma perspectiva mais crítica, a fim de desenvolver práticas educativas mais participativas, integradas às necessidades da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dinâmica de trabalho iniciou-se com a escolha do tema advindo das inquietações da primeira autora, sentida durante a prática profissional como docente. Necessidade de saber como os estudantes viam a gestão em um currículo da área de saúde.

As inquietações vieram se delineando para que a pesquisa respondesse como deve ser o processo do ensino da gestão do Sistema de Saúde, para a formação de competências em um cenário com tantas divergências e expectativas como o nosso Sistema de Saúde Brasileiro.

Os achados desta pesquisa levam a concluir que os estudantes de enfermagem avaliam a diversificação dos cenários de ensino-aprendizado e das práticas de saúde, bem como a integração numa perspectiva interdisciplinar, como aspectos fundamentais para sua formação. Destacam que o aprendizado da gestão

implica ter responsabilidade social, dada a complexidade da condição humana, que não pode ser dissociada dos elementos que a constituem.

Diante ao novo modelo de atenção em saúde, buscam-se nos diversos setores – ambientais, tecnológicos, econômicos e educacionais – a definição do *acesso universal, igualitário, integral e ordenado às ações e serviços de saúde*, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde.

A gestão do Sistema de Saúde, percebida como transversal na formação dos profissionais, capaz de ampliar o acesso ao conhecimento do Sistema de Saúde, cria desafios de reforma, mediante uma nova atitude, com novas propostas de oferta das disciplinas. Não há como negar a surpresa recheada de responsabilidade, bem como a transformação que deverá ser iniciada diante das revelações desta pesquisa.

O pensar interdisciplinar possibilitará a mudança no agir interdisciplinar, com práticas educativas mais participativas: um novo cenário, com aplicação da problematização nas situações vivenciadas e o desenvolvimento do retorno crítico a essas situações pelos alunos por meio de reflexões. O uso do diálogo como essência do conhecimento busca a interação de um indivíduo com o outro e impulsiona o reconhecimento de comportamentos e a percepção do outro. Aprender a escutar na mesma medida é entender a importância do silêncio no espaço da comunicação. E isso é fundamental.

O compromisso com um novo planejamento nas atividades, nas motivações, num novo desenho da realidade, é a proposta de disciplinas entre cursos. A permanência de encontros com técnica de livre expressão e integração de estudantes das diversas áreas do saber decorre da experiência realizada nesta pesquisa, nas atividades de coleta de dados em entrevista grupal.

Em autoanálise, o grupo de estudantes que participou dessa dinâmica está bem mais consciente em relação à amplitude do ensino da gestão do sistema de saúde na consolidação e formação da área de saúde. O conhecimento explorado e construído entre os estudantes nos encontros gerou estreitamento e respeito nas relações como os sujeitos. Dessa forma, nesse novo contexto de mudanças, o desafio apresentado é ser instituinte da própria prática pedagógica.

No curso de enfermagem, as temáticas de gestão encontram-se inseridas no projeto pedagógico e apresentam-se nas disciplinas do 4º ao 8º período, na matriz curricular para os ingressantes até o 1º semestre de 2009, e do 5º ao 10º período, na matriz curricular do curso noturno para os ingressantes a partir do 2º semestre de 2009. Entretanto, as práticas pedagógicas devem ser remodeladas para que a fragmentação seja substituída pela integralidade nos diversos processos de ensino.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, 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. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Desenhos da organização da atenção no SUS. A integralidade da atenção à saúde [Encontro dos estudantes universitários da área de saúde e o SUS; 2003 maio 17; Brasília, Brasil].
4. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº3 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.37.
5. Drucker, PF. Administrando para o futuro: os anos 90 e a virada do século. São Paulo: Pioneira, 1992.
6. Meira MDD, Kurcgant P. Avaliação da formação de enfermeiros segundo a percepção de egressos. Acta Paul.enferm., 2008; 21(4): 556-561.
7. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
8. Minayo MCS, Sanchez O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cadernos de Saúde Pública 1993; 9(3):239-62.
9. Baremblytt G. Compêndio da análise institucional e outras correntes, 5 ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.
10. Bakhtin MM. Marxismo e filosofia da linguagem. 13 ed. São Paulo: Hucitec; 2009.
11. Victora C, Knaut DR, Hassen MN. A pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
12. Barbosa EF. Data collecting instruments in educational researches. In: Educativa. Educational Research and Innovation Institute; 1998.
13. Dall'Agnol CM, Trench MH. Focal group as a methodological strategy in nursing research. Revisita Gaúcha de Enfermagem. 1999; 20(1):5-25.
14. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde Pública, 2003 set/out; 19(5): 1527-1534.
15. Rocha JSY, Caccia- Bava MCG, Rezende CEM. Pesquisa-aprendizagem no ensino da política e gestão de saúde: relato de uma experiência com e-learning. Rev bras educ méd. 2006 jan/abr;30(1):73-8.
16. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 41 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010.
17. Machado JLM, Caldas AL Jr, Bortoncello NMF. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. Interface comunic saúde educ. 1997 ago;1(1):147-56.
18. Chiavenato I. Princípios da Administração: O Essencial em Teoria Geral da Administração. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
19. Ferreira MLSM, Cotta RMM, Oliveira MS. Construção coletiva de experiências inovadoras no processo ensino-aprendizagem na formação de profissionais de saúde. Rev.bras.educ.med. 2009; 33(2):240-246.
20. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis (Rio J.). 2004; 14(1):41-65.
21. Medeiros R. H. A. A construção de um dispositivo que permita estudar os discursos que organizam o campo da saúde: um ensaio sobre os efeitos discursivos e a formação do profissional de saúde. Physis (Rio J.). 2010; 20(2):497-514.
22. Tavares CMM. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. Texto contexto Enferm. 2005 jul/set; 14(3):403-410.

Data de submissão: 31/10/2011

Data de aprovação: 13/7/2012

# IMPACTO DAS IMAGENS DE PREVENÇÃO DO USO DE TABACO VEICULADAS EM MAÇOS DE CIGARRO NA PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES

IMPACT OF TOBACCO PREVENTION ADVERTISING ON CIGARETTE PACKETS ON TEENAGERS

IMPACTO DE LAS IMÁGENES DE PROPAGANDA DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE TABACO DIVULGADA EN PAQUETES DE CIGARRILLOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ADOLESCENTES

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo<sup>1</sup>  
Camila César Goecking<sup>2</sup>  
Belisa Vieira da Silveira<sup>3</sup>

## RESUMO

No Brasil, o cigarro é uma das drogas de uso frequente entre os adolescentes. A imagem divulgada pelo marketing da indústria tabagista, por meio de peças publicitárias, contribui consideravelmente para a disseminação do uso dessa droga. Essa população é o alvo preferencial das propagandas. O objetivo com esta pesquisa foi avaliar a efetividade das peças publicitárias, veiculadas em maços de cigarro no país, para a prevenção do consumo de tabaco na adolescência. Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa, na qual foi realizado um estudo de caso que possibilitou não somente compreender, mas também descrever avaliar e explorar situações em que o fenômeno em estudo pudesse ser visualizado numa realidade concreta. Os sujeitos da pesquisa foram alunos do ensino médio e do ensino fundamental de duas escolas no município de Belo Horizonte-MG. A pesquisa aponta que as imagens não foram consideradas como algo que possa prevenir ou influenciar o uso do tabaco entre os adolescentes estudados.

**Palavras chave:** Tabaco; Marketing; Adolescente; Prevenção e Controle; Enfermagem.

## ABSTRACT

In Brazil, tobacco is a frequently used drug among adolescents. Tobacco advertisement contributes considerably to spread the use of the drug and it targets basically young people. This research objective was to evaluate the effectiveness of advertisements displayed on cigarette packaging for the prevention of smoking in adolescence. It is a qualitative case study that enabled to understand, evaluate, and describe situations in which the phenomenon under study could be analysed in a concrete reality. The research subjects were elementary and secondary students at two schools in the city of Belo Horizonte - Minas Gerais. The results indicated that the images used would not be able to prevent or influence tobacco use among the participants in the research.

**Key-words:** Tobacco; Marketing; Adolescent; Prevention and Control; Nursing.

## RESUMEN

En Brasil, el cigarrillo es una droga de uso frecuente entre los adolescentes. La propaganda de la industria tabacalera por medio de avisos publicitarios contribuye considerablemente a la propagación de su uso. Los adolescentes son el blanco preferido de los avisos. El objetivo de la presente investigación fue evaluar la eficacia de la propaganda divulgada en los paquetes de cigarrillos en el país para prevenir el tabaquismo en la adolescencia. Se trata de una investigación cualitativa llevada a cabo como estudio de caso para entender, evaluar y describir situaciones donde el objeto de estudio se puede observar en la realidad concreta. Los sujetos eran estudiantes de la escuela primaria y secundaria de dos colegios de la ciudad de Belo Horizonte - Minas Gerais. La investigación señala que la propaganda ni impide ni influye en el consumo de tabaco entre los adolescentes estudiados.

**Palabras clave:** tabaco; mercadeo; adolescente; prevención y control; enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG).

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem pela EE/UFMG.

<sup>3</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação da EE/UFMG. E-mail: belisavs@yahoo.com.br.

Endereço para correspondência – EE/UFMG, Departamento de Enfermagem Aplicada. Avenida Alfredo Balena, 190, 5º andar, sala 518, bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG, Brasil. CEP: 30130-100, E-mail: amsreinaldo@enf.ufmg.br.

## INTRODUÇÃO

O tabagismo, na maioria dos casos, inicia-se na puberdade e a dependência instala-se durante a adolescência. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo é uma epidemia que vitima cerca de 5 milhões de pessoas em todo o mundo e a previsão para 2030 é de 8 milhões de mortes. É um problema de saúde pública, sendo considerado uma das principais causas globais de óbito evitável.<sup>1</sup>

Até recentemente, a epidemia de doenças crônicas e de óbitos prematuros causados pelo fumo afetava, principalmente, as economias industrializadas, ainda que essa tendência esteja rapidamente sendo transferida para o mundo em desenvolvimento. Calcula-se que o fumo tenha matado quase 5 milhões de pessoas em 2000, sendo responsável por 1 em 10 óbitos de adultos em todo o mundo.<sup>2</sup>

No Brasil, segundo documento produzido pela Rede de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial intitulado "Controle do Tabagismo", entre 1996 e 2005, foi registrado mais de um milhão de hospitalizações por causas atribuídas ao fumo, o que significou custos de aproximadamente meio bilhão de dólares. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo é considerado extremamente inovador, ainda que tenha se focado principalmente em ações não relacionadas aos preços dos derivados do tabaco. O relatório conclui que o Brasil avançou, significativamente, nos programas e ações relacionadas ao controle do tabagismo. Um avanço ainda maior nas ações, em especial de prevenção, por exemplo, de óbitos prematuros, poderia gerar mais ganhos na saúde.<sup>2</sup>

Outros dados importantes divulgados nesse documento apontam que a prevalência do tabagismo apresentou queda acentuada entre 1989 e 2006; o tabagismo está mais concentrado entre os grupos populacionais com baixos níveis de educação formal, que podem também ser os mais pobres; constata-se que a prevalência do tabagismo é de 1,5 a 2 vezes maior entre aqueles que possuem pouca ou nenhuma educação, em comparação com os que possuem mais anos de escolaridade; o consumo total de cigarros por adulto revelou, também, queda significativa, mas estabilizou-se durante os últimos anos. Nas regiões metropolitanas, o percentual de famílias com indivíduos fumantes caiu de 34% em 1995-96 para 27% em 2002-2003 e as taxas de câncer do pulmão durante o início da vida adulta caíram entre os homens entre 1980 e 2004, mas aumentaram entre as mulheres, fenômeno que pode estar associado à interrupção do tabagismo pelos homens e ao aumento entre as mulheres.<sup>2</sup>

O tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens, no mundo e no Brasil. Isso se deve às facilidades e estímulos para a obtenção do produto, dentre eles o baixo custo, a curiosidade estimulada pela imitação do comportamento do adulto, a falta de informações e o marketing de produtos derivados do tabaco.<sup>3</sup> Considerando os usuários de produtos provenientes do tabaco, detectou-se, no Brasil, em 2008, que 17,5%

da população acima de 15 anos de idade faz uso, o que equivale a 25 milhões de pessoas.<sup>4</sup>

Não existe nenhuma intervenção-chave para o controle do tabagismo. O consenso atual sobre os programas de controle do tabaco sugere que as medidas mais eficazes são aquelas destinadas a reduzir a demanda, que incluem: impostos elevados sobre os cigarros, medidas independentes de preços para o controle do consumo, informações aos consumidores, proibição de propaganda e promoção de cigarros, advertências e restrições sobre o fumo em locais públicos e maior acesso aos programas de cessação.<sup>5</sup>

Estudos mostram que durante a adolescência ocorre maior risco para o tabagismo. Nos anos de transição entre o ensino médio e superior, mais usuários do tabaco iniciam, desenvolvem e estabilizam seu comportamento de fumar.<sup>6-8</sup>

Se o consumo atual de tabaco e seus derivados permanecer nos próximos 30 a 40 anos, estima-se que haverá 10 milhões de mortes por ano no mundo, sendo 70% delas em países em desenvolvimento. Somente no Brasil, nesse período, estima-se em torno de 200 mil óbitos por ano.<sup>9</sup>

Estudo realizado com o objetivo de conhecer o uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil aponta, respectivamente, 60,7%, 16,9% e 2,4% de uso na vida de bebida alcoólica, tabaco e outras drogas. O estudo revelou a importância da família e dos amigos na experimentação das substâncias pelos jovens. A prevalência do uso de tabaco e álcool nos últimos trinta dias esteve associada à presença de sentimentos de tristeza, solidão, dificuldade para dormir e ideia suicida.<sup>10</sup>

A adolescência compreende a faixa etária entre 12 e 18 anos, sendo que nesse período ocorre a maior exposição aos comportamentos de risco, dentre eles o consumo de tabaco e outras drogas, dadas as características dessa idade e a influência dos pais, da mídia, da escolaridade, da facilidade para a obtenção do produto, da redução da autoestima e da autoimagem, dos ídolos e do contexto social.<sup>11</sup>

A mídia tem desempenhado papel fundamental na evolução histórica do uso de tabaco. É possível perceber essa persuasão que a mídia faz para o consumo de cigarro, tendo as propagandas papel significativo para os jovens, uma vez que eles estão à procura de exemplos de comportamento como virilidade, busca do prazer, poder e independência. A propaganda na mídia aponta que fumar está intimamente ligado ao sucesso, o que influencia muitos jovens ao uso.

A Lei nº 9.294/96, publicada em 15 de julho de 1996, proibiu a propaganda de produtos de tabaco em ambientes externos e de forma massiva.<sup>12</sup> Anteriormente, já havia acontecido a restrição do horário de transmissão de propagandas de produtos de tabaco.

Mundialmente, os Estados Unidos foram pioneiros nas restrições à propaganda de cigarro, vetada na mídia

eletrônica em 1969. A União Europeia, por sua vez, banuiu a propaganda de cigarros da TV em 1989. Nos Estados Unidos, além de restrições a personagens ligados ao público jovem, *outdoors* e testemunhos de celebridades foram eliminados da publicidade tabagista a partir de julho de 1999.<sup>13</sup>

No Brasil foi a Lei nº 10.167 de 27 de dezembro de 2000, em seu artigo 3º, que restringiu a propaganda comercial do fumo em pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda. A parte interna do local de venda é considerada a "área fisicamente delimitada localizada no interior do estabelecimento comercial destinada à venda de produtos derivados do tabaco e seus acessórios". No inciso IV desse artigo, consta ainda que ele não pode ser associado à prática de atividades esportivas e olímpicas. Diz, ainda, que é proibida sua venda postal, a propaganda por via eletrônica, incluindo a internet, a distribuição de qualquer tipo de amostra ou brinde e sua comercialização em estabelecimentos de ensino e saúde.<sup>14</sup>

A lei também regulamentou o patrocínio das atividades culturais e esportivas internacionais em 2003. Nessa lei são estabelecidas penalidades como multas e outras penas. Assim, fica proibida a propaganda de produtos derivados do tabaco, por meio de rádio, televisão, cinema, jornais, revistas, impressos, *outdoors* e em trajes e artigos esportivos.<sup>14</sup>

A mesma lei determinou que as embalagens dos produtos derivados do tabaco deveriam ostentar, de forma legível e destacada, advertências escritas sobre os malefícios decorrentes do uso desses produtos. Por impedimentos constitucionais, a propaganda ainda é mantida nos pontos internos de venda.<sup>15</sup>

A proibição da propaganda de cigarro, em 2000, não pôs fim às ações de comunicação e marketing da indústria tabagista, que tem encontrado meios alternativos de levar a cabo seu interesse privado, em detrimento do interesse público. As ações de marketing são consideradas fundamentais no setor, embora publicamente a indústria do tabaco alegue que é a pressão dos pares e não a propaganda que induz o jovem a fumar.

A atmosfera social favorável é construída pelas estratégias de marketing, que acontecem em vários níveis: nas embalagens e pontos de venda; nos eventos esportivos (ainda que teoricamente proibidos), nos eventos culturais restritos e até em ações de responsabilidade social, sem falar na propaganda indireta que aparece em filmes, novelas e no jornalismo.

As várias formas de comunicação midiáticas são contraditórias, uma vez que disseminam tanto o uso dos produtos oriundos do tabaco quanto as campanhas de prevenção e informação dos impactos na saúde do uso do tabaco. Desse modo, com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/Tabagismo objetivou-se avaliar a sensibilização da população sobre esses dois enfoques veiculados pela mídia.<sup>4</sup>

Quando inquiridos sobre a publicidade em pontos de venda de cigarros, a propaganda do tabaco era

percebida por 38,2% dos fumantes e por 29,9% entre os não fumantes. No Sul e Sudeste, a publicidade foi percebida, respectivamente, por 35,4% e 35,2% pessoas, os percentuais de fumantes que viram publicidade nos postos de venda ficaram em 42,2% e 43,9%, respectivamente, sendo que os percentuais de não fumantes foram de 33,4%, para o Sudeste e de 33,8%, para o Sul. Em relação à observação das propagandas ou promoções em locais diferentes dos postos de venda, 21,3% do total das pessoas no país as percebiam, sendo 20,1% entre os fumantes e 21,5% entre os não fumantes.<sup>4</sup>

As imagens e frases de advertência presentes nas embalagens de maços de cigarros desencadearam, em 65% dos fumantes, o pensamento em parar de fumar, principalmente nas regiões Sudeste (66,7%) e Centro-Oeste (66,1%). Entre os homens fumantes, o percentual atingiu 63,5%, enquanto entre as mulheres foi de 67,2%.<sup>4</sup>

A publicidade ao tabaco tem sido dominada por dois grandes temas: satisfação (sabor, frescor, suavidade, etc.) e resultados desejáveis (independência social, sucesso, atração sexual, magreza, etc.). Pesquisas, realizadas em diferentes países demonstram uma relação causal entre a publicidade do tabaco e promoção e o aumento do uso do tabaco.<sup>1</sup>

A representação do cigarro está presente, também, de forma generalizada, no cinema, ocorrendo em três quartos ou mais dos contemporâneos sucessos de bilheteria. Identificação de cigarro e marcas aparecem em cerca de um terço dos filmes. O peso total das provas de corte transversal, longitudinal, e os estudos experimentais indicam uma relação de causal entre a exposição de cenas de fumo e a iniciação ao fumo por jovens que associam a imagem ao sucesso.<sup>1</sup>

Indústrias e agências de publicidades que prestam serviço à indústria do tabaco (geralmente grandes agências do mercado publicitário) buscam meios para garantir a receita gerada pelo produto. Os dados gerais de marketing mostram que, em 1994, a indústria de tabaco investiu, no Brasil, 400 milhões de dólares em ações de comunicação e marketing, incluindo propaganda, *merchandising* e diversos tipos de patrocínio.<sup>1</sup>

As embalagens tornaram-se arma fundamental de propaganda e merecem atenção especial das empresas. Aliás, os invólucros são reconhecidos pelas próprias empresas como potente mecanismo de sedução. Embalagens fazem parte da personalidade dos produtos. Passam certos valores e sensações.

No Brasil, estudos evidenciaram que, após o lançamento das primeiras advertências com fotos em 2002, cerca de 80% dos fumantes entrevistados manifestaram apoio à medida e o desejo de que as advertências fossem mais impactantes. Além disso, em pesquisas em que foram comparados os diferentes tipos de advertências com fotos entre as que circularam até 2004 e as que circulam hoje nas embalagens, aquelas que os fumantes apontaram como as mais motivadoras para deixar de fumar foram as que retratavam situações mais dramáticas.<sup>16</sup>



Uma pesquisa realizada em 2002 pelo instituto Data Folha, com 2.216 pessoas maiores de 18 anos em 126 municípios de todo país, revelou que 70% dos entrevistados acreditam que as imagens são eficientes para evitar a iniciação ao tabagismo; 67% dos fumantes sentiram vontade de abandonar o fumo desde o início da veiculação das novas advertências; 54% mudaram de ideia sobre os malefícios causados no organismo e estão preocupados com a saúde. Outra pesquisa, realizada pelo serviço Disque Pare de Fumar, do Ministério da Saúde, no período de março a dezembro de 2002, com 89.305 pessoas, revelou que 62,67% consideram as imagens um ótimo serviço prestado à comunidade. Além disso, durante as comemorações do dia 27 de novembro de 2002 (Dia Nacional de Combate ao Câncer), foi realizada uma pesquisa piloto com 650 pessoas durante uma feira de saúde promovida no município do Rio de Janeiro. O estudo concluiu, dentre outros resultados, que 62% dos entrevistados consideram que as imagens de advertência estimulam as pessoas a deixar de fumar.<sup>9</sup>

No Canadá, em uma pesquisa realizada em 2004 com o objetivo de avaliar o impacto das advertências sanitárias com fotos, revelou-se que um em cada cinco participantes disse ter fumado menos por causa das advertências, enquanto apenas 1% relatou ter fumado mais. Verificou-se, também, que fumantes que relataram emoções negativas mais fortes tiveram maior probabilidade de deixar de fumar, de tentar deixar de fumar ou mesmo de reduzir o consumo três meses depois.<sup>1</sup>

Em 1995, a Austrália desenvolveu um estudo após introduzir novas advertências sanitárias nos produtos de tabaco. Esse trabalho mostrou que entre os fumantes houve alto nível de consciência/percepção das novas advertências nos maços de cigarros, assim como alguns fumantes informaram ter evitado comprar maços com as novas advertências e afirmaram que fumaram menos cigarros ou simplesmente conversaram sobre o assunto tabagismo. Em outro estudo australiano, verificou-se que as advertências foram mais potentes para estimular o pensamento sobre os efeitos prejudiciais do tabagismo.<sup>17</sup>

Um dos fatores importantes no controle do tabagismo é evitar o início do hábito de fumar entre adolescentes, devendo, portanto, esse grupo se tornar alvo prioritário das campanhas de prevenção, nas quais serão enfatizados os malefícios do tabagismo.<sup>16</sup>

O objetivo com este artigo foi apresentar os resultados da pesquisa intitulada "Uso de tabaco entre adolescentes em escolas da rede pública de Belo Horizonte" para avaliar a efetividade das peças publicitárias de cigarro, especificamente as fotos de advertência nos maços de cigarro, utilizadas no país entre 2008 e 2009, para a prevenção do consumo de tabaco na adolescência. Foram identificadas quais fotos apresentaram maior impacto entre os jovens para evitar, minimizar ou alertar quanto aos malefícios causados pelo uso de tabaco e verificou-se a efetividade das imagens na prevenção ao uso de tabaco na adolescência.

## METODOLOGIA

No estudo utilizou-se a abordagem qualitativa, com emprego da técnica do estudo de caso definido como uma modalidade de abordagem compreensiva.<sup>18</sup>

O método qualitativo "consiste numa sucessão de operações e de manipulações técnicas e intelectuais a que um pesquisador submete um objetivo ou um fenômeno humano para extrair as significações válidas para si próprio e para os outros".<sup>19:57</sup>

O estudo do caso é uma estratégia de organização qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito de uma situação, fenômeno ou episódio em questão. Tem como característica gerar conhecimento de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança.<sup>18</sup>

Para alcançar o objetivo proposto neste estudo, foi necessário compreender o impacto das campanhas oficiais de prevenção ao uso de tabaco destinado à população-alvo da pesquisa. O estudo de caso possibilita não somente compreender, mas também descrever avaliar e explorar situações em que o fenômeno em estudo possa ser visualizado numa realidade concreta.<sup>20</sup>

A coleta de dados foi realizada em duas escolas da rede pública do Estado, localizadas no município de Belo Horizonte-MG. Participaram do estudo 92 alunos do ensino médio e fundamental, sendo 31 do ensino fundamental e 61 do ensino médio.

Para coleta de dados foi feita uma pré-seleção de peças publicitárias na prevenção ao uso de tabaco, veiculadas em maços de cigarro, em 2008 e 2009. Foram selecionadas cinco imagens representativas da população expostas aos agravos advindos do uso do tabaco, a saber: mulheres, crianças, adolescentes e homens. Essa ação contou com a participação da coordenadora da pesquisa, alunos das escolas estudadas que participaram do projeto como bolsistas de iniciação científica júnior e alunos da graduação do curso de enfermagem bolsistas de iniciação científica.

As imagens foram ampliadas no formato de pôster e expostas aos alunos por 40 minutos, em seguida foi aplicado um questionário composto por quatro questões de identificação dos participantes – nome, idade, escola e série que está cursando – e cinco questões vinculadas à temática de pesquisa – se o adolescente já fez ou faz uso de tabaco, por quanto tempo, se convive com fumantes, se há impacto nas imagens veiculadas nos maços de cigarro e qual tipo de impacto. As pesquisadoras analisaram, além das respostas às questões, o padrão da resposta, ou seja, se houve rasuras dos adolescentes, mudanças de respostas, não havendo, portanto, a elaboração de um diário de campo. A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2010.

Cabe lembrar que essas peças publicitárias são de domínio público quando utilizadas para campanhas de prevenção e ações que tenham esse objetivo, por isso não é necessária autorização expressa do Ministério

da Saúde para utilização delas em pesquisas, bastando citar a fonte onde elas foram compiladas. As peças publicitárias utilizadas na coleta de informações foram compiladas na coleção de *folders* da Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde.<sup>21</sup>

Para a análise das evidências, foi feita, *a priori*, uma leitura flutuante dos dados coletados em cada questão, é dizer, uma leitura para conhecimento do conteúdo das entrevistas transcritas, sem atentar/buscar algo específico na narrativa dos sujeitos. Posteriormente, sistematizou-se a leitura, a fim de aprofundar a compreensão dos significados atribuídos pelos sujeitos à temática de estudo. Assim, foi realizada a explanação concorrente, que se dá pela análise e agrupamento das informações coletadas após determinada intervenção. Após o agrupamento das informações convergentes sobre o tema, foi realizada uma análise comparativa em relação à literatura vigente da questão em estudo.

Para participar da pesquisa, todos os sujeitos da pesquisa e seus responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Caso os adolescentes não apresentassem a assinatura dos responsáveis, eram imediatamente excluídos da pesquisa. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº ETIC 0482.0.203.000-09).

## RESULTADOS

Dos 92 estudantes que participaram da pesquisa, 57,6% (n=53) eram do sexo feminino e 42,4% (n=39) do sexo masculino. A faixa etária dos adolescentes variou entre 12 e 17 anos, sendo que 45,7% dos alunos (n=42) apresentavam 15 anos no momento da pesquisa, cursando a 8ª série do ensino fundamental.

De todos os sujeitos da pesquisa, somente 2,2% (n=2) declararam abertamente serem fumantes, consumindo, em média, de 10 a 20 cigarros por dia. Cumpre ressaltar que, apesar da informação de que a privacidade e a confidencialidade das informações coletadas seriam respeitadas e sendo garantido o anonimato dos colaboradores, informações explícitas no TCLE, alguns estudantes hesitaram em responder que fumavam. Isso foi verificado pelas rasuras presentes no questionário referente à pergunta se eram fumantes. Denota-se, portanto, que o número real de fumantes entre o grupo de adolescentes é superior ao que foi declarado, porém as pesquisadoras analisaram a resposta final dada pelos participantes, e não as alternâncias de resposta às questões.

No que tange ao convívio com fumantes, 57,6% (n=53) afirmaram que convivem com familiares que fumam, como, pai, mãe, irmãos, avós, tios e primos.

A análise das respostas dos alunos em relação ao que sentem quando veem as imagens mostra que as peças publicitárias de advertências provocam reações emocionais diversas, uma vez que os alunos relataram sentimentos e/ou pensamentos de tristeza, doença

e morte. A maioria dos alunos vê nessas imagens os aspectos negativos que o cigarro pode acarretar à saúde.

É importante ressaltar que as imagens expostas foram ampliadas para formato de pôster e que, apesar de serem as mesmas encontradas em maços de cigarro, tal ampliação pode ter implicado em maior sensibilização. Alguns alunos disseram que sentiam nojo e repúdio à imagem.

Dos estudantes, 24% (n=22) responderam que as advertências não têm o poder apelativo de fazer com que uma pessoa que fuma pare definitivamente de fumar, uma vez que essas imagens já são veiculadas nas embalagens do cigarro e grande parte dos fumantes acaba nem olhando para elas. Um dos mecanismos indicados pelos adolescentes de como não conviver com a imagem é colar adesivos de personagens do mundo adolescente em cima da imagem ou comprar o que hoje é comum ser vendido em bancas de jornal e revistas, o porta-maço de cigarros que cobre a imagem. Dessa forma, as advertências não foram consideradas por eles eficazes.

Para os adolescentes, imagens que afetam a aparência física, como a publicidade que retrata o envelhecimento precoce, mostrando uma mulher jovem e bonita tendo sobre a face um maço de cigarros que funciona como uma lente de aumento trazendo para o presente o que o cigarro pode fazer com a pele no futuro; e a imagem que aborda uma gangrena, mostrando um pé com alguns dedos amputados foram consideradas mais constrangedoras do que o comprometimento da função respiratória ou a ameaça futura de infarto.

Dizer a jovens que o cigarro pode lhes causar câncer de pulmão em 30 anos é de pouca valia para os adolescentes entrevistados, pois, na visão dos adolescentes, a duração da juventude parece ilimitada. Dos adolescentes, 62% (n=57) não veem como o tabaco pode afetar-lhes a saúde atualmente, mas compreendem que quando estiverem “velhos aos 30, 40 anos” isso até poderia ser um problema. Alguns alunos relataram que as pessoas podem até pensar em parar de fumar, mas não o fazem porque as imagens parecem distante da realidade de quem fuma.

Apesar de os adolescentes acreditarem que o tabaco faz mal à saúde, eles consideram que o cigarro só fará mal em longo prazo, assim, estariam adoecendo somente na velhice quando isso já não faz tanta diferença nem os afetará mais. É importante dizer que os adolescentes ouvidos apontam a velhice como algo que está distante deles e que pode ter início aos 30, 40 anos. Os alunos percebem o tabagista como uma pessoa que não tem consciência dos riscos à saúde proveniente do tabaco ou como alguém que, apesar de ter essa informação, não se importa com os agravos à sua saúde.

Apesar desse distanciamento relatado pelos adolescentes, no que tange às imagens com maior impacto, os adolescentes do sexo masculino apontaram a da amputação dos dedos por gangrena como a publicidade

que mais influenciaria uma pessoa que fuma a parar de fumar ou pensar em parar de fumar. Já as adolescentes do sexo feminino, além de apontarem que a imagem causa horror, também citaram a imagem de um feto abortado, vítima do uso de tabaco pela mãe como algo extremamente desagradável. Essa imagem foi apontada pelas adolescentes como associação à agressão a outra vida, o que, em geral, causa comoção e revolta entre a população, além de relacionar-se à maternidade.

Na esfera emocional também se observam dados importantes. Os jovens que já experimentaram tabaco e os consumidores regulares afirmam ser menos felizes e referem, com mais frequência, sintomas de mal-estar físico e psicológico, têm uma alimentação menos saudável, fazem mais dietas e expressam maior desagrado com a imagem do seu corpo.

Na análise das repostas dos alunos em relação ao que pensam das pessoas da idade deles que fumam, os alunos consideram normal e, segundo eles, esse hábito se dá para chamar a atenção das pessoas de um mesmo grupo ou de familiares. De acordo com os participantes, os adolescentes têm a necessidade de serem aceitos, o que cria uma tendência para adotarem os comportamentos e os costumes do grupo ao qual querem pertencer, passo fundamental para definir-lhes a identidade. Há a busca pela autoafirmação, ou seja, a companhia de uma turma de amigos que fuma pode influenciá-los.

Na fantasia do adolescente, o mundo adulto é carregado de coragem e prazer, e o cigarro se apresenta como um passaporte para essas sensações. Os adolescentes têm grande curiosidade em relação ao cigarro e, ainda, revelam que para se sentirem adultos e aceitos diante do grupo de convívio acabam experimentando o cigarro.

## DISCUSSÃO

Um dos principais fatores de risco, encontrados na literatura, que levam ao hábito de fumar refere-se ao convívio familiar com fumantes, em especial familiares de primeiro grau. O consumo de cigarro tem aumentado, sobretudo em crianças e adolescentes, por observarem o estilo de vida dos pais e dos amigos.<sup>22</sup>

Ressalte-se que a iniciação do hábito de fumar pelo jovem é influenciada pela pressão do grupo de colegas e pelas atitudes incentivadas por modelos de comportamento na família e na escola. Observa-se, ainda, que as crianças são mais propensas a admitir a possibilidade de fumar quando forem maiores se um ou ambos os pais fumam.<sup>23</sup>

Dessa maneira, atitude positiva da família com relação ao uso de drogas é um aspecto importante que se constitui como risco, reforçando a iniciação dos jovens ao uso de drogas, dentre elas o cigarro.<sup>24</sup> Os estudantes que afirmaram ser fumantes, bem como os que não se declararam, explicitamente, tabagistas, convivem com parentes fumantes. Assim, a literatura converge com os achados na pesquisa, indicando que familiares com o

hábito de fumar configuram-se como fator de risco para a iniciação de adolescentes ao tabagismo.

Diante desses fatores comportamentais e sociais que favorecem o tabagismo, a indústria do tabaco tem se tornado cada vez mais sofisticada em utilizar a pesquisa de marketing com o objetivo de fabricar produtos e embalagens cada vez mais alinhadas com as necessidades e suscetibilidades desses grupos.

Os maços têm sido usados há anos para evocar imagens de luxo, prazer, liberdade, *glamour*, *status*, masculinidade ou feminilidade, além de dar ao fumante uma falsa ilusão de conforto, minimizando os malefícios para a saúde. Ele é também o instrumento de marketing que estabelece a ligação mais imediata com o consumidor, como um “distintivo”, que, especialmente para os jovens, funciona como uma demonstração pública sobre sua identidade e autoimagem, sendo manuseado e exibido cada vez que um cigarro é consumido, comunicando constantemente a marca do produto.

Nesse sentido, a publicidade que incentiva o ato de fumar atinge as necessidades psicológicas dos adolescentes, como popularidade, aceitação pelos pares e autoimagem positiva. A publicidade cria a percepção de que o tabagismo vai satisfazer essas necessidades. Os adolescentes que acreditam que o tabagismo pode satisfazer suas necessidades psicológicas ou cuja imagem desejada de si é semelhante à imagem de fumantes têm maior probabilidade de fumar. Outros estudos experimentais apontam que mesmo uma breve exposição à publicidade do tabaco influencia as atitudes e percepções dos adolescentes sobre o tabagismo e sua intenção de fumar.<sup>25</sup>

De modo semelhante ao presente na literatura, os adolescentes desta pesquisa apontaram que, normalmente, a iniciação ao tabagismo se dá pelo desejo de posse do estereótipo de fumante veiculado pela publicidade: socialmente aceito, bem-sucedido profissional e afetivamente, poder aquisitivo elevado, aparência física atlética e saudável. Como a adolescência é um período marcado por insegurança e mudanças físicas e comportamentais, o cigarro emerge como uma possibilidade de estabilização e aceitação perante um grupo.

Outro aspecto potencialmente relevante na explicação do comportamento tabágico dos adolescentes, em especial das mulheres, é a crença de que o tabaco ajuda a controlar o peso. Essa ideia tem sido muito explorada nos anúncios de cigarros, em que fumar surge fortemente associado a uma imagem feminina ideal, marcada pela elegância, pelo charme, pela sensualidade, pela independência e pelo despertar do desejo social.<sup>26</sup>

Em geral, os estudantes passam a fumar porque precisam sentir que fazem parte do grupo; sobretudo se a maior parte da turma já fuma – é uma questão de autoafirmação –, ter um cigarro entre os dedos dá mais segurança nessa fase da vida.<sup>8</sup>

O envolvimento grupal tem sido visto como um dos maiores prenúncios do uso de substâncias. Essa relação

entre pares se configura como fator de risco quando os amigos considerados modelos de comportamento consomem drogas.<sup>24</sup>

De modo oposto, as imagens de advertência presentes nas embalagens de tabaco devem produzir sentimentos contrários, de repulsa e reflexão sobre os benefícios/males em relação ao ato de fumar, fazendo com que os consumidores e a população em geral se afastem desses produtos.

Nos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/Tabagismo, na faixa etária de 15 anos ou mais, no Brasil, 96,1% afirmaram que sabem que o fumo está relacionado ao acometimento de doenças graves. Esse percentual é de 93% entre os fumantes e de 96,7% entre não fumantes. A crença na relação de causa e efeito entre o hábito de fumar e as doenças graves varia em torno de 93%, em todas as regiões do país, exceto na Região Sul, na qual o percentual foi de 90,6%. A maioria dos entrevistados vinculou o tabaco à ocorrência do câncer de pulmão – 94,7% dos participantes da pesquisa, 90,6% dos fumantes e 95,6% dos não fumantes.<sup>4</sup>

Em 2005, os custos totais do SUS atribuídos ao tabagismo só com hospitalização de alguns tipos de câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias foram de R\$ 338.692.516,02. Ou seja, 36% do custo total das hospitalizações com câncer relacionou-se a tabaco. Para as doenças cardiovasculares, esse custo foi de 20,16% e para as doenças do aparelho respiratório, 41%. O tabagismo está associado a cerca de 50 tipos de doença.<sup>3</sup> Percebe-se que o tabagismo, bem como os agravos orgânicos vinculados a esse hábito, consiste em um problema de saúde pública, onerando bastante o sistema de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer, as advertências sanitárias mais eficientes são as que geram reações emocionais negativas, como o medo e a repulsa.<sup>3</sup>

Técnicos que trabalham com os jovens perceberam que, por sua natureza imediatista, os jovens não se preocupam em longo prazo, por isso tentar sensibilizar um adolescente com a possibilidade de desenvolver câncer de pulmão aos 40 anos não é uma alternativa eficaz, mas, sim, apontar os problemas que podem impactar-lhe a vida em curto prazo. As campanhas que ressaltam problemas relacionados ao desempenho sexual, infertilidade e problemas estéticos ocasionados pelo consumo de cigarro possuem mais impacto entre os jovens.<sup>8</sup>

Como apontado pelos alunos pesquisados, imagens que projetam os danos do cigarro no futuro não sensibilizam os adolescentes, uma vez que a concepção de envelhecimento não faz parte do cotidiano deles. Nesse sentido, os alunos escolheram imagens vinculadas às suas preocupações atuais, como o cuidado e a aparência do corpo, sendo escolhidas as imagens da gangrena e do rosto envelhecido.

Mesmo com um impacto reduzido das imagens de advertências, muitos fumantes ainda se recusam a olhar

essas imagens, optando por fixar adesivos. Essa prática ocorre, principalmente, entre os tabagistas que não pretendem parar de fumar ou que, mesmo querendo, enfrentam dificuldades para se manterem abastêmios.<sup>25</sup>

Nenhuma propaganda, por si só, atinge o efeito de persuasão. As propagandas antifumo parecem não ter o poder apelativo de fazer com que uma pessoa que fuma pare definitivamente de fumar ou que uma pessoa não inicie esse hábito; ou seja, a aversão às imagens em alguns momentos só faz com que o fumante evite olhar para essas imagens presentes no maço.

Evidências de estudos populacionais mostram que as campanhas de massa destinadas a desencorajar o uso do tabaco podem mudar as atitudes dos jovens sobre o uso, reduzir a iniciação do tabagismo e incentivar sua cessação. O efeito maior no início aparece nas campanhas/intervenções realizadas em parceria com as escolas e/ou baseadas na comunidade.<sup>3</sup> Assim, é necessário realizar pesquisas periódicas destinadas a monitorar e acompanhar padrões de uso dessa população, assim como programas preventivos permanentes.<sup>13</sup> Um exemplo dessas pesquisas é o *Global Youth Tobacco Survey (Gyts)* que, no Brasil, é conhecido como “Vigescola”. Seu objetivo é monitorar, por meio de pesquisas repetidas e periódicas, comportamentos, hábitos, atitudes e conhecimentos relacionados ao uso do tabaco entre os escolares de 7ª e 8ª séries do ensino fundamental e 1ª série do ensino médio.<sup>27</sup>

Denota-se que os adolescentes começam a fumar por razões diversas: necessidade de autoafirmação, de integração ao grupo, de satisfação estética, para se sentirem maduros e seguros diante da turma, para passar a imagem de serem mais velhos, porque cresceram vendo membros da família fumar e acham que isso é normal, dentre outras. Assim, é importante conhecer esses fatores para que os programas de prevenção do tabagismo se adaptem às características específicas dessa população.

Faz-se necessário maior número de pesquisas no que tange às intervenções de prevenção ao tabagismo em adolescentes, de modo a desenvolver estratégias midiáticas que, de fato, atinjam o papel do tabaco no cotidiano adolescente. Somente assim será possível desenvolver práticas educativas efetivas direcionadas a esse público, enfocando as alterações e complicações, em curto prazo, decorrentes do hábito de fumar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública que pode ser prevenido mediante ações específicas. Apesar de serem conhecidos os males do tabagismo e as doenças que podem ser ocasionadas pelo ato de fumar, as campanhas antitabagistas, neste estudo, não se mostraram eficazes entre o grupo estudado para prevenção do uso de tabaco.

O uso de cigarros é fortemente influenciado pelo marketing. Os fabricantes de cigarros têm consciência

de que a nicotina gera dependência e direcionam a publicidade para os jovens, pois quem não começou a fumar na adolescência dificilmente se torna fumante na vida adulta.

As propagandas antitabaco não se mostraram inibidoras da experimentação e uso. Os adolescentes, diante das fotos que retratam o mal causado pelo cigarro, não duvidam que elas sejam reais, mas isso não interfere na decisão deles de fumar ou não. Os resultados desta pesquisa mostraram que as imagens foram consideradas desagradáveis, porém não eficazes e que é preciso desmistificar a imagem do cigarro, pois, ainda hoje, ele é um produto que vende sedução, liberdade e prazer.

A prevenção à iniciação ao uso do tabaco requer uma iniciativa multifacetada, sem se esquecer de um fator de risco que, invariavelmente, todos os dias entra em nossas casas – o marketing. É imperioso que mais restrições sejam feitas imediatamente às propagandas de cigarro, diminuindo a exposição do adolescente à droga. Deve-se mostrar às crianças e aos adolescentes o que há por trás das propagandas, para que fiquem a par da pressão social que está embutida em cada comercial; assim, será possível trabalhar com essa clientela o apelo utilizado pelas campanhas publicitárias para estimular a experimentação e o uso do tabaco.

Para aumentar a eficiência das campanhas antitabaco, o Ministério da Saúde poderia utilizar frases de advertência nas embalagens na linguagem do jovem, além de desenvolver campanhas publicitárias cujo objetivo seja valorizar a vida sem o cigarro. Observa-se que as imagens indicativas de risco de vida e/ou contendo deformações da imagem corporal são as que aumentam respostas ligadas ao comportamento de afastamento e repulsa.

É necessária a avaliação periódica dos resultados dos programas de prevenção e que outras informações sobre os riscos do uso do tabaco sejam divulgadas para a população por meio da mídia. É preciso renovar as mensagens utilizadas nos maços e cigarro e suas imagens, pois com o tempo esse tipo de medida tende a perder o impacto inicial proposto.

Campanhas que abordam crianças e adolescentes no sentido de alertar essa população de que fumar não é apenas um comportamento considerado antissocial e por isso enfrentado com leis pelos governos, mas é, sobretudo, uma doença caracterizada pela dependência, cujos malefícios não se limitam somente aos fumantes, mas atingem, de forma danosa, a todos e ao meio ambiente, devem ser consideradas pelos responsáveis pelas políticas públicas para a área.

Em relação às escolas seria interessante realizar atividades em sala de aula analisando criticamente os discursos e os apelos das propagandas de cigarros e da promoção de eventos de arte e esporte pela indústria do tabaco. As atividades podem ser orientadas no sentido de analisar criticamente os elementos de marketing das embalagens dos produtos de tabaco: cores, nomes de marca e sabores, assim como estes podem atrair os jovens; analisar as mensagens das advertências sanitárias das embalagens dos produtos de tabaco por meio de desenhos e gincanas; e realizar atividades de contrapropaganda após o tema ter sido trabalhado nas aulas, implicando o adolescente no enfrentamento ao uso de tabaco.

Diante da significativa atuação da enfermagem no âmbito da Educação em Saúde, práticas de prevenção ao tabagismo surgem como uma real possibilidade de intervenção no hábito de fumar. Assim, campanhas de conscientização e ações educativas em escolas, serviços de saúde e em eventos comunitários, mais próximos da população, permitem o conhecimento das reais circunstâncias que levaram os indivíduos ao consumo do cigarro, bem como do papel do tabaco na vida dessas pessoas.

Desse modo, ações de enfermagem mais direcionadas às necessidades e realidade da população serão mais eficazes, uma vez que, em conjunto, serão elaboradas estratégias de intervenção e enfrentamento do tabagismo, oferecendo alternativas mais saudáveis que substituam, paulatinamente, o papel social do tabaco naquela sociedade.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório da OMS sobre epidemia global de tabagismo. Genebra: WHO; 2008.
2. Iglesias R, Prabhat JHA, Pinto M, Silva VLC, Godinho J. Controle do Tabagismo no Brasil. Rede de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial; 2007. [Citado 2009 abr. 6] Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>>.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de tabagismo no Brasil - Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro; 2004. [Citado 2009 jul. 17]. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco\\_inquerito\\_nacional\\_070504.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf)>.
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Instituto Nacional de Câncer. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Tabagismo. Brasília; 2008. [Citado 2009 ago. 20]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/tabagismo.pdf>>.
5. Nascimento BEM. Neurociências, Design e Saúde Pública: Convergindo Conhecimentos na Construção das Novas Advertências Sanitárias para Maços de Cigarro. Blog da Sociedade Brasileira de Neurociências e Comportamento; 2009. [Citado 2010 abr. 27]. Disponível em: <<http://blog.sbnec.org.br/2009/05/neurociencias-design-e-saude-publica-convergindo-conhecimentos-na-construcao-das-novas-advertencias-sanitarias-para-macos-de-cigarro>>.
6. Sobral A. Indústria de cigarro quer atrair jovens. Cotidiano. Universidade Federal de Santa Catarina; 2010. [Citado 2010 abr. 27]. Disponível em: <[http://www.cotidiano.ufsc.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=95%3Aindustria-de-cigarro-quer-atrair-jovens&Itemid=58](http://www.cotidiano.ufsc.br/index.php?option=com_content&view=article&id=95%3Aindustria-de-cigarro-quer-atrair-jovens&Itemid=58)>.

7. Santos RP, Pasqualotto AC, Segat FM, Guillande S, Benvegnú LA. A relação entre o adolescente e o cigarro: o marketing como fator predisponente. *Pediatr (São Paulo)*. 1999; 21:103-11. [Citado 2010 abr. 7]. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/index.php?p=html&id=411>>.
8. Goldfarb LCS. Tabagismo: estudos em adolescentes e jovens. ADOLEC, Biblioteca Virtual em Saúde, 2009. [Citado 2010 abr. 7]. Disponível em: <<http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/cadernos/capitulo/cap16/cap16.htm>>.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Rio de Janeiro; 2011.
10. Vieira PC, Aerts DRGC, Fredo SL, Bittencourt A, Monteiro L. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(11): 2497-8.
11. Brasil. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 de Jul de 1990. Seção I. [Citado 2010 abr. 07] Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)>.
12. Brasil. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. *Diário Oficial da União*, 16 de jul de 1996. Seção I. [Citado 2010 abr. 7]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9294.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9294.htm)>.
13. Matos MG, Gaspar T, Vitória P, Clemente MP. Comportamentos e atitudes sobre o tabaco em adolescentes portugueses fumadores. *Psicol Saúde Doenças*. 2003; 4(2): 205-19.
14. Brasil. Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000. Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. [Citado 2010 abr. 10]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L10167.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10167.htm)>.
15. Albanesi Filho FM. A legislação e o fumo. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 82(5): 407-8.
16. Horta BL, Calheiros P, Pinheiro RT, Tomasi E, Amaral KC. Tabagismo em adolescentes de área urbana na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(2):159-64.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Advertências Sanitárias nas Embalagens dos Produtos de Tabaco. Rio de Janeiro; 2008. [Citado 2010 out. 7]. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/brasil\\_advertencias\\_sanitarias\\_nos\\_produtos\\_de\\_tabaco2009b.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/brasil_advertencias_sanitarias_nos_produtos_de_tabaco2009b.pdf)>.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, SP: Hucitec; 2007.
19. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico – epidemiológico, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.
20. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Book; 2005.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Brasil, 2006. [Citado 2009 abr. 28]. Disponível em: <<http://bvsms-bases.saude.bvs.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/ms/>>.
22. Gonçalves MAM, Buzo AAO, Kinock BCT, Mapo MBL. O enfermeiro na educação continuada sobre o tabagismo. *Ensaio e Ciência*. 2006; 1(1): 53-60.
23. Silva MAM, Rivera IR, Carvalho ACC, Guerra Júnior AH, Moreira TCA. Prevalência e variáveis associadas ao hábito de fumar em crianças e adolescentes. *J Pediatr (Rio J)*. 2006; 82(5):365-70.
24. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 707-17.
25. Cavalcante TM. O controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev Psiq Clín*. 2005; 32(5): 283-300.
26. Rosemberg J. Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde CIP e CVE; 2002.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Vigéscola – Vigilância de tabagismo em escolares: dados e fatos de 12 capitais brasileiras. Rio de Janeiro; 2004. [Citado 2011 mar. 28]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2004/vigescola.pdf>>.

Data de submissão: 17/6/2011

Data de aprovação: 13/7/2012

# PAI-ACOMPANHANTE E SUA COMPREENSÃO SOBRE O PROCESSO DE NASCIMENTO DO FILHO

FATHERS ATTENDING LABOUR AND THEIR UNDERSTANDING OF THE BIRTH PROCESS

PADRE – ACOMPAÑANTE Y SU COMPRENSIÓN DEL PROCESO DE NACIMIENTO DEL HIJO

Danúbia Mariane Barbosa Jardim<sup>1</sup>  
Cláudia Maria de Mattos Penna<sup>2</sup>

## RESUMO

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, fundamentado nos pressupostos da Sociologia Compreensiva, com o objetivo de compreender a vivência paterna do momento do parto e do nascimento. O cenário da pesquisa foi o Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano (CPN), Unidade intra-hospitalar do Hospital Sofia Feldman (HSF). Os sujeitos da pesquisa constituíram-se de 14 pais, que acompanharam o trabalho de parto e o parto de suas mulheres, sendo o primeiro filho do casal e ambos sem filhos de relacionamentos anteriores. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista com roteiro semiestruturado. Para o tratamento dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Neste artigo, foram apresentados os dados contemplados na primeira categoria: “Nasce um filho, nasce um pai”, que trata de dois aspectos vividos pelo pai durante o trabalho de parto: o primeiro é sua percepção do processo da dor com significados como o sofrimento, enquanto algo necessário para o nascimento, valorizando-a em sua capacidade de superação; o segundo marca os sentimentos contraditórios vivenciados pelo pai diante do medo do desconhecido, do inesperado, das responsabilidades inerentes ao seu novo papel e as emoções que esse momento desencadeia. O estudo permitiu conhecer a compreensão do homem sobre o momento do parto, apontando novas discussões sobre o fenômeno no contexto atual e sobre a importância do acompanhante no momento do parto, no instante eterno do nascimento.

**Palavras-chave:** Paternidade; Parto Humanizado; Relações Pai-Filho.

## ABSTRACT

This is a qualitative study based on Michel Maffesoli's sociological concepts. It aimed to understand the father's experience during labour and birth. The research scenario was the Natural Birthing Centre Dr David Capistrano, an intra-hospital unit of the Sofia Feldman Hospital. The research subjects were 14 fathers present during the labour and birth of the couple's first child. Both parents had no children from previous relationships. Data was collected via semi-structured interviews and later analysed using content analysis. The present study presents the data related to the first category: “when a child is born, a father is born” that refers to two feelings experienced by the father during labour. Firstly, they perceive pain as necessary to birth which he can experience with the mother. Secondly, their contradictory feelings of fearing the unknown, the unexpected, and the responsibilities inherent to their new role, as well as the emotions the experience generates. The study provided new tools to identify the fathers' perception on labour, pointing out new considerations about fatherhood and the importance of the father's presence during labour, in the eternal instant of childbirth.

**Key words:** Paternity; Humanised Birth; Father-Child Relationship.

## RESUMEN

Se trata de un estudio de caso de naturaleza cualitativa basado en los presupuestos de la Sociología Compreensiva de Michel Maffesoli. Su objetivo fue entender la vivencia paterna del momento del parto y del nacimiento. El escenario de la investigación fue el Centro de Parto Normal Dr David Capistrano (CPN) Unidad intra-hospitalaria del Hospital Sofia Feldman (HSF). Los sujetos de dicha investigación fueron catorce padres que acompañaron el trabajo de parto y el parto de sus mujeres, siendo el primer hijo de la pareja y ambos sin hijos de relaciones anteriores. La recogida de datos fue realizada por medio de una entrevista con guión semi-estructurado; para el manejo de los datos fue utilizada la técnica de análisis de contenido. El presente artículo muestra los datos contemplados en la primera categoría: “Nace un hijo, nace un padre”, que trata de dos aspectos vividos por el padre durante el trabajo de parto: el primero es su percepción del proceso del dolor con significados como sufrimiento, como algo necesario para el nacimiento, valorizándolo en su capacidad de superación; el segundo marca los sentimientos contradictorios vividos por el padre frente al miedo de lo desconocido, de lo inesperado; de las responsabilidades inherentes a su nuevo rol y las emociones que ese momento desencadena. El estudio permitió conocer la comprensión del hombre del momento del parto, apuntando para nuevas discusiones sobre el fenómeno en el contexto actual y sobre la importancia del acompañante en el momento del parto, en el instante eterno del nacimiento.

**Palabras clave:** Paternidad; Parto humanizado; Relaciones Padre-Hijo.

<sup>1</sup> Enfermeira obstetra. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG). Enfermeira obstetra no Hospital Sofia Feldman e no Centro de Parto Normal Doutor David Capistrano da Costa Filho. Professora do Centro Universitário UNA.

<sup>2</sup> Enfermeira, Pós-Doutorado pela Université Rene Descartes-Sorbone. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora associada da UFMG.

Endereço para correspondência – Rua Domingos Moutinho Teixeira, n. 98, apto. 303, Palmares, Belo Horizonte-MG. CEP: 31155-660.

E-mail: danubiamariane@yahoo.com.br. Av. Alfredo Balena, n 190, 4º andar, sala 404, Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG. E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br.

## INTRODUÇÃO

A gravidez e o nascimento são eventos marcantes na vida de um casal, cercados de diferentes significados, de expectativas e sentimentos, como ansiedade, medo, angústia e alegria. Tornam-se um acontecimento único e marcante na vida, expressando um rito de passagem para uma condição adulta, repletos de significados emocionais e psíquicos, e, por isso mesmo, não se configurando como um evento biológico apenas.<sup>1</sup>

Historicamente, a assistência ao nascimento era de responsabilidade das parteiras tradicionais, conhecidas na sociedade por suas experiências, embora não dominassem o conhecimento científico.<sup>2</sup> O nascimento acontecia num ambiente familiar, no conforto da casa. Os rituais de família e as tradições transmitiam à mulher confiança em sua capacidade de parir e o conforto necessário para superar esse momento. Quanto ao homem, apesar de não assistirem diretamente o nascimento, sempre estavam próximos, em contato com a mulher e o filho logo após o parto.<sup>3,4</sup>

A partir do século XX e especialmente na década de 1940, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, ocorreu o fenômeno da institucionalização do parto e da consequente medicalização do corpo feminino.<sup>4,6</sup> Assim, o nascer, que era um processo fisiológico, familiar e domiciliar, tornou-se medicalizado e hospitalar, artificial e complexo, ao obedecer às normas e rotinas preestabelecidas, com intervenções diversas. O corpo feminino sofreu uma despersonalização, passando a ser cenário de atuação médica.<sup>7,8</sup>

Pais e mães passaram a se sentir cada vez mais incompetentes e despreparados para viver a experiência do parto, atribuindo essa tarefa totalmente aos médicos.<sup>6,9</sup> A institucionalização do nascimento e suas evidentes consequências positivas sobre a melhoria da morbidade e mortalidade, tanto materna quanto perinatal, proporcionaram uma tendência negativa ao aumento exagerado da utilização de alguns procedimentos, como o parto por cesárea, o uso rotineiro da episiotomia, a monitorização fetal eletrônica e o uso de ocitocina, ausência de apoio emocional à parturiente, afastamento da família no momento do nascimento desfavorecendo a formação do vínculo precoce.<sup>6-8</sup> Na contramão do movimento de institucionalização do parto e tendo em vista o resgate das práticas naturais de assistência ao nascimento, surgiu, no Brasil, na década de 1970, o movimento de Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento. Entende-se por humanização da assistência ao parto o conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis, bem como a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.<sup>9</sup>

Entre as práticas recomendadas pelo movimento estão: o uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, tais como massagem e relaxamento, posturas variadas, música, métodos de respiração, que, juntas, favoreçam o bom desenvolvimento do trabalho de

parto, proporcionando conforto e segurança à mulher e ao seu bebê.<sup>2,9</sup>

A reinserção do acompanhante no momento do nascimento ganha destaque entre as práticas humanizadas, bem como o encorajamento da participação do pai e o respeito à escolha da mulher com relação aos acompanhantes durante o parto e o nascimento.<sup>10</sup> O conceito de acompanhante é utilizado para definir a pessoa que está ao lado da paciente oferecendo suporte físico e emocional; pode ser seu companheiro, um familiar, uma amiga ou pessoa querida escolhida pela parturiente.<sup>11</sup> O momento crucial para a regulamentação do direito à presença do acompanhante é marcado pela criação da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005,<sup>12</sup> que obriga os serviços públicos ou conveniados permitir à mulher ter ao seu lado, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, um acompanhante de sua escolha.

O apoio emocional oferecido pelo acompanhante ajuda a mulher a suportar melhor a dor e a tensão do trabalho de parto. Os estudos revelaram que a presença do acompanhante traz benefícios, tais como: trabalho de parto mais curto, menor número de analgesias e de medicações como a ocitocina, aumento dos índices de apgar no primeiro minuto, diminuição do número de partos com fórceps, redução da sensação dolorosa, bem como da ansiedade da mulher, maior satisfação da mulher com a experiência do nascimento, redução do número de partos cesáreos e do tempo de hospitalização dos recém-nascidos.<sup>2-5,13,14</sup>

Ao assistir as mulheres durante o parto, as escolhas são as mais variadas e incluem a mãe, a irmã, uma amiga e o companheiro. A participação do pai no momento do parto alia-se à percepção da nova paternidade, do novo pai. A mudança ocorrida nos papéis preconcebidos de pai e mãe atualmente exigem do homem uma postura mais ativa e afetiva nos cuidados com os filhos e com a família, bem como a divisão das tarefas do cotidiano com sua companheira, como o cuidado com filhos e as tarefas domésticas.<sup>6,15</sup> Atualmente, o homem se envolve nas questões simples do cotidiano dos filhos, nos cuidados básicos que outrora eram atribuídos apenas à mulher. Ele deixou de ser apenas o provedor, macho inseminador, dominador, para se envolver afetivamente, revelando sentimentos como carinho, amor, apego e responsabilidade para com a prole, bem como compartilhar com sua mulher as preocupações do dia a dia.<sup>16-18</sup>

Dessa forma, a inserção do homem nos cuidados com a gestação, o parto e o puerpério é incentivada pelas políticas públicas de saúde em nosso país. O homem é convidado a participar das consultas de pré-natal, de cursos preparatórios para a gravidez e o nascimento, das visitas às maternidades e orientado quanto a seus direitos como homem, pai em formação.<sup>19</sup> A presença do companheiro no cenário do parto marca o início de transformações na construção das relações de gênero, sendo um momento importante para a reflexão do papel do homem.<sup>15,18</sup>



Respaldados nessas concepções, os estudiosos defendem que o contato precoce entre pais e filhos favorece o estabelecimento de laços afetivos e efetivos entre eles, e para o homem é um momento importante de transição para a paternidade sempre cercada de medos e receios diante das novas responsabilidades.<sup>6,17,20</sup>

E também ajuda a preencher a lacuna existente no cuidado, pois a mulher, no trabalho de parto, requer apoio psicológico e afetivo, e essa demanda, muitas vezes, não é suprida pelos profissionais que lhe prestam assistência.<sup>7</sup> O pai acompanhante pode assumir uma postura ativa no cuidado da parceira durante o trabalho de parto e nascimento, fortalecendo laços e participando de todo o processo pelo qual passa o corpo feminino.

Na prática da obstetrícia, é importante destacar que o homem é visto como um sujeito atípico no processo, com certo preconceito por parte dos profissionais que temem sua entrada na sala de parto. Essa postura revela uma compreensão preconceituosa sobre os homens como incapazes de ter sensibilidade profunda para acompanhar as mulheres no parto e, também, a falta de atenção a que os pais estão expostos ao longo desse processo.<sup>21</sup> Além do aspecto exposto nas afirmativas anteriores, pontua-se que existem aspectos institucionais que também prejudicam a participação do homem no nascimento do filho como a estrutura física inadequada para sua acomodação.<sup>16</sup>

A presença do pai como acompanhante do parto é objeto de vários estudos que revelam sua importância, seu papel no momento do nascimento, diversas vantagens e benefícios, fatores positivos e negativos para a parturiente, para o recém-nascido e para sua família. No entanto, os estudos não revelam o que o pai pensa ao presenciar o processo de nascimento de um filho, seus sentimentos sobre o nascimento, tampouco enfocam como é para ele estar nesse momento como acompanhante. Diante disso, questionamos: Como os companheiros – acompanhantes – vivenciam o momento do parto e do nascimento de seus filhos?

O conhecimento da compreensão paterna sobre o parto pode servir de base para a estruturação de atividades assistenciais voltadas para as necessidades do homem como acompanhante, atividades que o ajudarão a ser um sujeito efetivo, ativo e participante, que apoie, acolha e ajude sua mulher durante o nascimento. A produção de conhecimentos sobre a compreensão paterna sobre o parto torna-se fundamental para a consolidação do modelo assistencial humanizado e para a reorganização dos serviços de saúde públicos e privados de assistência à saúde da mulher. Essa reorganização deve garantir a acolhida desse acompanhante e possibilitar uma atenção voltada para o ser pai. Pressupõe a conscientização dos profissionais de saúde quanto à importância dessa vivência para o casal e a busca de estratégias facilitadoras desse novo papel.

O objetivo com este artigo foi compreender a vivência paterna sobre o momento do parto e do nascimento.

## PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Pai acompanhante e a sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho”, apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFGM) em 2009. A opção metodológica utilizada foi o estudo de caso único de natureza qualitativa e fundamentado nos pressupostos da Sociologia Compreensiva, que visa “descrever o vivido naquilo que é/está, contentando-se, assim, em discernir visadas de distintos atores envolvidos”.<sup>22:30</sup> Trata-se de uma sociologia do lado de dentro que trabalha com as questões do cotidiano e busca compreendê-lo por meio dos sujeitos envolvidos, que são os atores responsáveis pelas ideias, representações, valorizações de determinados fatos sociais. Assim, ao se estudar os fenômenos sociais, devem ser valorizados o vivido, os sujeitos envolvidos e suas particularidades, bem como os elementos heterogêneos que coexistem num período de tempo e espaço. As afirmações do cotidiano estão pautadas pelo princípio de que não há uma verdade absoluta que consiga resistir à usura do tempo. A vida diária é significativa, tudo tem seu reconhecimento e sua importância; “esses ‘pequenos nada’ que materializam a existência e que a inscrevem num lugar são, na verdade, fatores de socialidade, podendo-se mesmo dizer que, através de seu anódino, produzem sua intensidade”.<sup>23</sup>

O cenário escolhido para a realização do estudo foi o Centro de Parto Normal Doutor David Capistrano da Costa Filho (CPN), unidade intra-hospitalar do Hospital Sofia Feldman (HSF), pertencente à Fundação de Assistência Integral à Saúde/Hospital Sofia Feldman (FAIS/HSF), uma instituição não governamental, filantrópica voltada para a saúde da mulher e do recém-nascido, cujo pilar de atendimento é a assistência humana e individualizada.

O CPN foi inaugurado em setembro de 2001, buscando uma proposta de mudança no modelo assistencial obstétrico do país. A população atendida é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em sua maioria, de baixo poder aquisitivo. A equipe assistencial é composta de enfermeiros obstetras no atendimento ao parto normal, além de um técnico em enfermagem e um auxiliar administrativo. A instituição conta, também, com uma equipe de apoio composta por médicos obstetras, pediatras, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas. No primeiro semestre de 2009, foram realizados 523 partos normais, sendo 39,6% de mães primigestas, 20,7% de mães adolescentes e 8,8% do total foi realizado na água. A presença do acompanhante ocorreu em 88,9% dos casos. A taxa de transferência materna foi de 11,5%, sendo seus principais motivos o desejo de se beneficiar de analgesia, a presença de líquido meconial e o estado fetal não tranquilizador. A taxa de transferência neonatal foi de 2,1%, sendo seus principais motivos a taquipneia transitória do recém-nascido, a infecção e a icterícia.<sup>24</sup>

Participaram da pesquisa 14 homens, que acompanharam suas mulheres durante todo o trabalho de parto, sendo o primeiro filho do casal. Nenhum deles tinha filhos

de relacionamentos anteriores. Destaque-se que a interrupção das entrevistas realizadas deu-se com o critério de saturação dos dados. A faixa etária fixou-se entre 20 e 40 anos. A gestação de suas companheiras não teve intercorrências clínicas diagnosticadas e evoluiu para um parto normal natural, sem distócia e sem analgesia peridural.

Foram respeitados todos os preceitos éticos e legais expostos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos participantes, sendo observados os aspectos de zelo ético ao manter sigilo das informações e anonimato dos informantes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG, sob o Parecer ETIC nº 609/08, em 3 de dezembro de 2008, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF), Parecer nº 17, em 23 de janeiro de 2009.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista com roteiro semiestruturado constando das seguintes perguntas: Relate sobre sua experiência ao presenciar o nascimento de seu filho. O que você sentiu durante o trabalho de parto de sua mulher e no momento em que seu filho nasceu?

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temática,<sup>25</sup> que apresenta três fases distintas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise, os dados foram ordenados mediante a transcrição das entrevistas de forma integral e a realização de leitura flutuante e exaustiva do material. Na fase de exploração do material, as entrevistas foram selecionadas e agrupadas, em um primeiro momento, de forma linear para que se alcançassem núcleos de compreensão do texto. Esses núcleos foram agrupados pelas semelhanças dos discursos, constituindo-se as categorias empíricas. Por fim, na última fase, os dados foram interpretados e discutidos à luz da literatura acessada. Neste artigo, os dados apresentados foram organizados na categoria “Nasce um filho, nasce um pai”, tendo como subcategorias de análise: “Dor e superação: uma metamorfose”, “Sentimentos paternos acerca do nascimento”.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados presentes na categoria intitulada “Nasce um filho, nasce um pai” revelam os sentimentos advindos da experiência de presenciar o nascimento do filho, pois é nesse momento que os sujeitos se descobrem pais, transformando-se com o nascimento. Em um primeiro momento, trabalhamos a vivência da dor na subcategoria “Dor e superação; uma metamorfose”, revelando os diferentes significados atribuídos a ela sentida pela mulher e presenciada pelo companheiro, dor que revela tanto o sofrimento como sua superação, dor que pode ser instrumento de uma metamorfose tanto para a mulher que a vivencia quanto para o companheiro que experimenta e compreende a sensação da mulher.

Foram abordadas, também, em uma segunda subcategoria, intitulada “Sentimentos paternos acerca do

nascimento”, as emoções contraditórias desencadeadas pelo parto, como medo do desconhecido e do inesperado, a angústia e a aflição do incontável, a superação com o nascimento. Revelou-se a emoção do instante eterno, único, marcado por momentos inesquecíveis como a saída do bebê do corpo da mãe, o corte do cordão feito pelo pai. Por fim, foram pontuadas as responsabilidades impostas pela nova vida, pela nova família e as repercussões sobre a vida do homem, o novo pai, o que constitui a compreensão de que o homem nasce verdadeiramente como pai no mesmo instante em que presencia o nascer do filho.

### Dor e superação: uma metamorfose

Viver o processo do trabalho de parto de seu filho expõe o homem à dor e a todas as faces dessa experiência. A dor do parto, apesar de ser um sinal no corpo físico da mulher, representa um momento de reflexão para o homem, que, ao presenciar a dor de sua companheira, consegue processar esse momento atribuindo-lhe diferentes significados. O primeiro significado atribuído remete à dor com um processo de intenso sofrimento. Inicialmente, nas falas analisadas, a dor parece algo simples, a mulher ia apenas *sentir uma dorzinha, colocar pra fora e acabou*, porém ao presenciar a dor, a primeira impressão adquiriu outro significado e as manifestações no corpo como o suor e o choro confirmam e reforçam o sofrimento.

*Porque assim eu pensava, eu falava: ‘Nada, a mulher deve chegar lá sentir uma dorzinha e colocar pra fora e acabou’, depois do que eu vi o que ela passou [...] Suou, chorou, mordeu a camisa mesmo. Falei: ‘Nossa a mulher sofre, tadinha!’ (E12)*

Esse significado atribuído à dor é o responsável pela origem de medos, receios e angústias sobre o nascimento e se reflete negativamente na vivência do parto, tanto para a mulher quanto para o homem acompanhante. A vivência negativa da dor desperta sentimentos como ansiedade, angústia e impotência, sendo este último um dos mais difíceis para o homem acompanhante.<sup>9,26</sup> Estar com a mulher num momento visto como exclusivamente do universo feminino permite o compartilhamento da dor, passando a ser algo real, próximo, possível, sentido, doloroso.

O outro significado externado para a dor contrapõe-se ao anterior e considera a dor como algo suportável, um meio necessário para que a mulher alcance a vitória do nascimento. É uma dor física fundamental para que o nascimento ocorra e, por isso, no discurso dos entrevistados é suportável, superável e saudável:

*Trabalho de parto é um, é o que eu posso falar é uma dor com amor, sabe? É uma dor mais em compensação, é um amor tão grande assim um carinho uma coisa inexplicável; ou seja, é um sofrimento pra ter uma premiação, [...] Eu tô, trabalhando aqui, ou seja, eu tô sofrendo, mas em compensação, no final, tem aquela premiação, que vai vir agora mesmo pôr meus braços [...]. Até a dor do parto, pra mim, foi uma dor superável.*

*Se a minha mulher vê eu falando isso ela me mata (risos), mais é uma dor superável, desde que tenha um apoio. (E5)*

Essa visão significa a dor de forma mais sutil e amena, pois é temporária, compensada pelo apoio e pela certeza de um prêmio, palpável, diferente de um sofrimento interminável, culturalmente temido. É até mesmo um “delírio”, uma “viagem”, um momento de perda da consciência do que é racional e de transcendência para um estágio que vai além da dor física, sendo comparado a um estado de êxtase, plenitude e orgasmo que somente a mulher tem o privilégio de vivenciar, sacrificar e entregar-se.<sup>27,28</sup>

Para Storti,<sup>9</sup> mesmo ao fazer alusão à dor do parto como parte integrante e necessária para a evolução do processo, os homens não expressaram sentimentos positivos e associaram a dor apenas ao sofrimento de suas companheiras. Já Nakano<sup>27</sup> e colaboradores reforçam essa ideia quando retratam que a dor é valorizada pelos acompanhantes como algo que possui uma recompensa, conceito construído com base nas concepções sociais e culturais de maternidade como um momento de abnegação, sacrifício e entrega.

O instante da dor de suas companheiras é um momento marcado pela solidariedade com elas:

*Eu acho que doeu muito, porque ela apertou os meus dedos e faltou quebrar! (risos) (E8)*

*As contrações dela às vezes vinham em mim, o aperto de mão que ela me dava passava um pouco, a dor que ela gritava passava pra mim também, eu sentia parecia que era comigo também. (E9)*

Vivenciar intensamente a dor de suas companheiras está intimamente associado ao instante em que sentiram um forte aperto de mão que *faltou quebrar* os dedos ou abraços apertados ou quando ouviram os gritos, gemidos e pedidos de ajuda. Nesse momento, o homem suporta a dor das suas companheiras como uma forma de apoiá-las, já que se sentem impotentes diante de um sentimento que é impossível de ser transferido plenamente. Assim, no dia a dia, os acompanhantes se esforçam ao máximo para conseguir minimizar a dor, transmitindo às parturientes palavras de apoio e força, gestos de carinho, como um afago, uma massagem, um toque, que se tornam necessários para que elas consigam superar esse momento.<sup>9</sup>

A impotência gerada pela dor provoca algumas reações que variam desde a passividade diante do que não pode mudar à postura ativa do acompanhante, que tenta, a qualquer custo, ajudar, confortar e amparar a mulher. Revela, também, as questões de gênero produzidas por um imaginário social no qual o homem, fonte de força e poder, sempre consegue superar a mulher, sexo frágil e desprotegido. Agora, no momento do parto, esses valores são desconstruídos diante da grandiosidade da dor, evento exclusivo do corpo feminino e da capacidade de superação que tem a mulher, guerreira e forte.<sup>6,17,26</sup>

Então, esse momento proporciona ao homem uma oportunidade para a mudança de condutas, conceitos e preconceitos sobre a vida e a relação com sua companheira. Ambos amadurecem:

*Minha mulher tem... tinha um problema de persistência. O fato de ela ter conseguido chegar no final feliz desse parto eu acho que melhorou inclusive isso! Porque ela é uma pessoa diferente hoje; em função dela ter sido persistente, ela precisava disso! E a transformação foi de nos dois, acho que mais dela do que eu; a segurança mudou, eu acho que quando uma pessoa consegue atingir aquilo que ela quis durante nove meses eu acho que muda alguma coisa assim. (E13)*

A mudança percebida no olhar do homem para a mulher após vivenciar o parto marca o momento de superação após o medo, a dor e o sofrimento e o reconhecimento da vitória feminina. A experiência relativiza os conceitos e preconceitos sobre a mulher, fazendo com que os homens se sintam surpreendidos diante da capacidade de suas companheiras em vencer o processo doloroso do nascimento, atribuindo-lhes qualidades como persistência, força, perseverança e exaltação da figura feminina. A valorização transforma a relação do casal, promove união e aproximação afetiva com o novo membro da família.<sup>9</sup>

A renovação, a transformação e a superação podem ser comparadas a uma metamorfose de sentimentos, pensamentos e reações, como relatado a seguir:

*Uma amiga minha contou uma história que marcou, assim foi lembrada até no momento do nascimento. Eu acho que é o que deu força tanto pra mim quanto para ela era a história de um observador de borboletas que ele observava as borboletas o esforço que elas faziam pra sair do casulo. Ele observou três, quatro borboletas saindo do casulo naquele esforço e ele resolveu dar uma forcinha a ela, e aí com um estiletezinho no momento que ela ia sair ele fazia um corte no casulo, ela saía e caía, não conseguia bater as asas e voar. Ele fez isso umas três, quatro vezes e depois ele observou que a força que a borboleta fazia pra sair do casulo, pra quebrar o casulo, era o que irrigava as asas e o que dava a força pra ela voar. E então, se a mulher não se propor a ter um parto desse eu acho que alguma coisa tá perdendo. (E13)*

Analogicamente, o esforço da mulher durante o parto é o mesmo desafio que enfrenta uma borboleta para vencer as dificuldades de sua saída do casulo e conseguir voar. A metamorfose, em seu conceito biológico, é um momento de transformação, de passagem do estado juvenil para o adulto, necessário para que a borboleta consiga sobreviver plenamente. É um momento único pelo qual é necessário ela passar para que consiga vencer. Quando tentamos ajudar a borboleta facilitando esse processo, ela sai do casulo imatura, incapaz de alçar voos.

O parto revela-se como uma intensa metamorfose. As modificações ocorridas no corpo da mulher-mãe lhe conferem maturidade e segurança, sendo fundamentais para que o “casulo” se rompa, o que dá o poder de voo

da borboleta. É o nascer de uma nova mulher, um rito de passagem proporcionado pelo nascimento de um filho e reconhecido pelo homem que está presente nessa metamorfose.

### Sentimentos paternos sobre o nascimento

Viver o nascimento de um filho cristaliza, no inconsciente, a marca profunda de um instante que se torna inesquecível. A vivência do nascimento permite ao homem experimentar sentimentos que são contraditórios e diretamente ligados aos diferentes instantes vivenciados, como no final da gestação e a incerteza de quando irá nascer, o medo e a impotência durante o trabalho de parto com a dor de sua companheira, alegria no período expulsivo ou no primeiro contato com o filho.

Os sentimentos proporcionados pelo bebê variam da surpresa, do medo, da excitação, do amor, da emoção e de um senso de grande responsabilidade, e revelam uma mudança de vida para o casal.<sup>3,9</sup> Galastro<sup>29</sup> pontua que a experiência do parto pode ser traumática para o homem, mas também pode contribuir para consolidar laços afetivos, de respeito e compartilhamento.

O primeiro sentimento revelado no parto é fruto do desconhecido e do imaginário vividos pelos homens:

*Medo, primeiro de todos (referindo-se aos sentimentos), é o medo porque todo mundo tem medo do desconhecido [...]. Se você tem medo do escuro é porque o escuro te oculta algo, não é assim? Então o medo do desconhecido, o medo de algo que é vivido ali naquele momento que ninguém viveu pra você, ninguém pode viver pra você. (E4)*

O nascimento é um mergulho nesse desconhecido,<sup>1</sup> em algo ainda oculto, que é desvelado no momento de vivenciar. Não há como antever nada, a cada instante são novos desafios, novas descobertas e, portanto, não se consegue prever uma atitude, uma reação; não se tem controle.<sup>9</sup>

Relacionar o medo sentido no parto com o medo causado pelo *escuro* é transpor ao significado de algo cultuado desde a infância, talvez porque, no escuro, nada se vê, não se sabe o que se pode encontrar. Imagina-se que no escuro se escondem criaturas que transmitem pânico. É no escuro que tudo de errado pode acontecer, por isso devemos evitá-lo. Porém, o enfrentamento da escuridão é a única forma, se não de acabar com o medo, pelo menos de minimizá-lo. O mesmo deve acontecer com o momento do parto, em que os sentimentos diante do desconhecido são inevitáveis. Esse momento é pessoal e intransferível, *ninguém pode viver pra você*.

O medo de acontecer algo errado com suas mulheres e seus filhos é recorrente. Esse sentimento gera ansiedade durante todo o trabalho de parto, que, na maioria dos casos, só é superado após o nascimento da criança e a comprovação de que está tudo bem com os dois, mãe e filho. Somam-se a esse sentimento as histórias

contadas por parentes, amigos, vizinhos nas quais mães e bebês sofrem complicações no parto com desfechos desfavoráveis, o que gera mais ansiedade nos pais, que ainda passarão por esse processo.

Nesse sentido, Carvalho<sup>3</sup> afirma que o parto, como evento biológico, social e cultural, traz significados que apontam para riscos potenciais para mãe e bebê, o que pode culminar na morte de um dos dois. Isso gera medo e, portanto, imprevisibilidade, que pode nos fazer acreditar que o parto é um momento repleto de riscos e complicações potenciais para o binômio mãe/filho:

*Eu não transmitia pra ela, mais eu tava com medo de acontecer alguma coisa no pós-parto, o meu sentimento maior foi isso, tava dominado tudo [...], porque eu tava com muito medo de acontecer alguma coisa. (E9)*

*Teve um momento que eu disse: 'Rapaiz', eu pensei não ia dar certo, mais eu não falei para ela, eu digo vai dar certo, vai dar certo você vai conseguir, vai conseguir, até que consegui! Mas eu tive em alguns momentos medo, de que desse alguma coisa de errado. (E13)*

No entanto, o medo de dar algo errado e o medo da morte não são ditos, são silenciados. O que não é dito é sentido e, às vezes, reprimido para que não se torne real.<sup>30</sup> A ansiedade para que tudo termine bem com mãe e bebê é um componente da vivência emocional do parto para cada pai, de forma individual, e depende da habilidade de cada um para lidar com as emoções e sentimentos.<sup>26</sup> A tentativa de dominar os sentimentos também tem íntima relação com o papel atribuído ao pai de transmitir força, segurança e confiança para a mulher no momento do parto, não sendo isso possível se ele deixar transparecer o medo que está sentindo.<sup>3,31</sup>

Superado os momentos de tensão iniciais, emerge a emoção do nascimento:

*Ah! Foi uma experiência única, mais emocionante, foi superemocionante (risos) [...]. Cara, é um momento único (risos), não tem explicação, não tem quem aguento, inexplicável. (E1)*

*Foi intensa, foi uma experiência única. Nossa! Uma coisa inesquecível. Na verdade, então, não tem nem como explicar. É uma experiência muito boa; as pessoas falam: 'Se você nunca presenciou, não vai entender.' (E14)*

O nascer de um filho é qualificado pelos pais como um momento único na vida, singular e inesquecível, que deixa marcas emocionais nas pessoas e em suas relações na nova família. A emoção indizível é concretizada em expressões como *momento único, experiência única*. No entanto, a força com que as frases são ditas e a repetição de algumas palavras mostram a intensidade da emoção e expressam a experiência marcada pela alegria e pela felicidade do nascimento de um novo pai.

O parto, ao ser classificado como algo bonito, lindo e emocionante, revela a forma prazerosa de os pais vivenciarem o momento.<sup>3,6</sup> A experiência da parturição é lembrada pelos pais como algo emocionante e gratificante,

gerador de grande satisfação.<sup>5,29</sup> Para um dos entrevistados, a emoção de viver o nascimento é comparada a um acontecimento de grande significado para os homens: a final de uma Copa do Mundo de futebol.

*Não tem explicação assim, é uma coisa que surpreende qualquer um; não sei, cara, a sensação assim você chegasse digamos numa final de Copa do Mundo do seu país e você participa ali aquela coisa assim aquela sensação, você chora, ri, fala assim: 'Nossa um pedaço de mim que tem dentro e que tá saindo, nó!' É emocionante! (E5)*

Ao comparar o parto com a final de uma Copa do Mundo de futebol, esse pai tenta compartilhar os sentimentos vividos em relação ao nascimento, já que o futebol, uma paixão nacional, desperta nas pessoas expectativas, ansiedades, alegrias, tristezas comuns e que se manifestam com o grito, o riso da vitória ou o choro da derrota. Assim, ele traduz, baseando-se no seu universo masculino, aquilo que conhece e partilha com outros esse instante mágico de euforia que é efêmero, mas lembrado e valorizado por muitos o da conquista de um título, para significar o que o nascimento do filho lhe proporcionou, superadas as tensões iniciais.

Espírito Santo e Bonilha,<sup>6</sup> Premberg e Lundgren<sup>31</sup> destacam que toda a tensão acumulada antes do parto, a ansiedade e a preocupação de não saber o que iria acontecer deixam o pai eufórico quando o filho nasce e é convertida em emoção com o nascimento, momento em que ele pode expressar seus sentimentos até então guardados.

Cada pai elegeu para si um momento marcante durante a trajetória do nascimento de seus filhos, que representa o significado atribuído ao parto. Um dos momentos de profunda intensidade eleito pelos entrevistados é o da saída do bebê do corpo da mulher:

*O nascimento dela quanto ela saiu, nó! Isso foi maravilhoso, isso me marcou muito, me marcou pro resto da vida, o nascimento dela quando ela saiu, isso foi muito bacana (pausa). (E3)*

*O mais impressionante é a cabeça sair quando eu vi aquilo eu não quis olhar mais não, eu fiquei impressionado. Quando saiu, aí eu virei o rosto, mais mesmo assim a curiosidade era mais, eu dava uma olhada e parava, dava uma olhadinha e parava. Aí, quando saiu todo, a médica falou pronto, acabou, aí eu levantei eu tava ajoelhado, levantei do chão olhei na cama, fiquei tipo uns minutinhos chorando. (E9)*

A importância atribuída ao momento da saída do bebê revela a felicidade pelo término do processo do nascimento, pois é a concretização da vitória. Esse misto de alívio da dor materna e de superação da dificuldade, da angústia e do medo paternos é fruto da visualização da criança, que concretiza o sonho de uma gestação compartilhada e bem-sucedida.

Outro momento marcante destacado pelos pais é a oportunidade que lhes é oferecida pelos profissionais de saúde de cortar o cordão umbilical de seus filhos:

*Hum... foi eu cortando o cordão umbilical (risos); foi o mais tranquilo, mas, assim, sei lá, é uma coisa simples você olha lá a pessoa já separa, e você só corta. Mais essa pra mim foi o mais marcante (risos), sinceramente eu pensei que fosse bem mais fácil cortar, parece uma borracha, tipo silicone, bem, eu apertando o negócio, e nada do negócio cortar eu falei: 'O negócio é resistente.' (E7)*

Para o pai, o corte do cordão umbilical é geralmente cercado de medo e apreensão por não saber como e onde cortar, medo de machucar o bebê. No entanto, o momento tem a aura de um rito de passagem, pois, após cortar o cordão, todas as dificuldades do trabalho de parto ficam para trás. O cordão umbilical é a ligação do binômio mãe-filho. É por meio dele que o filho recebe o que necessita para se desenvolver. É reconhecido culturalmente como símbolo da fonte de vida e, por isso, ao cortá-lo, o pai se torna o responsável pela separação do corpo do filho do corpo da mãe.

É um momento que simboliza, também, o "início" de uma responsabilidade compartilhada sobre o filho, que, antes, na gestação, cabia principalmente à mãe. Agora, homem e mulher se tornam companheiros no desenvolvimento e na afetuosa proteção da criança nascida. Simboliza, ainda, a passagem do velho para o novo homem, que passa a sentir-se como pai e a atribuir-se as responsabilidades que esse papel define. O profissional de saúde, ao permitir que o corte do cordão seja realizado pelo pai, favorece sua participação efetiva no nascimento<sup>6</sup>. Mesmo que seja um ato simples para o profissional que assiste o parto, para o pai é um momento único e também de superação, o que deve ser entendido pela equipe.

Outro momento importante revelado no estudo faz do nascimento a concretização do ser pai de todas as responsabilidades que um filho acarreta:

*A gente passa a compreender até as nossas origens, sabe! De onde a gente veio, como é a vida, como é que as coisas fluem. Eu só fui cair na real quando eu vi aquele neném saindo de dentro d'água assim, foi que eu comecei a entender que eu tava fazendo parte. Até então, eu era uma pessoa qualquer que estava dentro d'água segurando minha mulher, depois veio o pai, um mestre, um educador assim, em segundos eu vi a minha vida mudar (emoção) [...]. Se eu tivesse já visto depois de nascido, limpinho, já vestido eu não teria notado essa transição. Antes eu era uma pessoa normal, marido e depois que a criança nasceu eu me senti outra... Mesmo no nascimento, eu pude presenciar essa sensação, enxergar essa mudança, sabe?! (E13)*

Ao presenciar o nascimento do filho e ao tê-lo em seus braços, o homem se concretiza como pai e sente a responsabilidade que tem pela frente, mesmo embriagado pela emoção do momento – um misto de felicidade, amor e conscientização da responsabilidade gerada. O nascimento traz mudanças na vida do homem, que revela sentimentos, expectativas, responsabilidades de pai para com a criança nascida. Há uma renovação, uma reorganização de papéis que transforma a vida do

casal e que o marca como um rito de passagem para uma condição adulta cercada pelas responsabilidades familiares e sociais. Há, também, o medo, ainda que velado, diante desses novos papéis.

O nascimento é o marco fundamental para a concretização do ser pai. O homem se descobre diante de uma realidade da qual não tinha consciência, que não sentia, que não vivia até ter a concretude do filho. Nesse momento, o homem reprodutor, o *marido*, a *pessoa normal*, transforma-se no ser pai, *um mestre, um educador*. Percebe-se responsável pelo filho e reflete sobre *as origens, sobre a vida*.

A transição para a paternidade, concretizada com o nascimento, realça tensões individuais e as relações sociais e afetivas.<sup>9,3,15</sup> É um momento de transição na vida de um pai que requer ajustes individuais e coletivos que perduram por muitos anos, o homem passa por um processo de adaptação e ajustes emocionais para a vivência da paternidade e essa mudança acarretará em crescimento emocional e afetivo.<sup>26</sup> Essas adaptações emocionais e afetivas refletem-se na imagem social que se constrói, ao longo das décadas, sobre o ser pai, marcada pelo paradigma do macho provedor, o sustentador da família, e, para alguns homens, a crise do nascimento é gerada pelas obrigações sociais com a nova família.<sup>17,31</sup>

No entanto, a compreensão atual sobre a paternidade e os papéis sociais atribuídos a mães e pais têm sofrido mudanças profundas. Juntos, o homem e a mulher compartilham as funções de provedores e cuidadores. Nas relações familiares, os papéis não são bem definidos; a mãe assumiu o campo do trabalho formal, possuindo uma jornada dupla, e o pai assume, também, as responsabilidades dos cuidados com os filhos.<sup>17,20,26,29</sup>

Essas reflexões levam-no a repensar suas atitudes, seus comportamentos diante das situações do cotidiano que envolvem suas relações familiares e sociais:

*Aí eu fiquei vendo aquela cena ali, aí por uns dois segundos passou tudo na minha cabeça, sabe, o tempo, a rotina da vida da gente, nossa! Uá! um giro de trezentos e sessenta graus [...]. Aí, nó! Bateu aquela coisa, sentido da vida, esse negócio todo entendeu? [...] Foi muito bom os minutos que eu vivi, mudei, mudei muito no meu modo de ser, depois de ontem, pra hoje, eu tava pensando mesmo eu era muito mais... Eu sou ainda muito imaturo, mesmo com as coisas, então eu parei pra pensar muita coisa, corrigir [...]. Então eu mudei, transformei, mudei muito a cabeça. (E9)*

Os homens afirmam que, em um curto espaço de tempo, repensam seus valores, o *sentido da vida*, suas atitudes. *Mudam* seus sentimentos, suas relações familiares e sociais seus comportamentos. A responsabilidade assumida após o nascimento reflete na nova forma de viver e de pensar a vida, pois hoje há uma família pela qual é responsável, não cabendo mais atitudes impensadas ou irresponsáveis. As atitudes antes atribuídas às pessoas mais velhas, como a responsabilidade para com o outro,

hoje já fazem sentido para ele. Deixa de ser imaturo e, em *minutos*, transforma-se em outro, para revelar-se ao filho como alguém responsável e capaz de assegurar o atendimento de suas necessidades.

O amadurecimento pessoal e as reflexões sobre o valor da vida, da relação conjugal estão presentes no momento do parto.<sup>8,9</sup> Afinal, a paternidade é uma fase importante no desenvolvimento emocional masculino, e ter um filho representa passar a olhar a vida por um prisma diferente com novas tarefas, responsabilidades e sentimentos.<sup>1,3,9</sup> Concretiza-se a metamorfose da vida masculina, momento em que nasce como pai diante do nascimento de um filho.

## ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Ao nos propormos a estudar a compreensão paterna sobre o nascimento de um filho, mergulhamos no universo íntimo, particular e único dos homens. Ser pai marca a transição e a descoberta de um novo mundo cercadas por reflexões complexas que envolvem o novo homem, o novo pai e a nova família.

O homem atribui diferentes significados à dor do parto que vão do sofrimento à superação. Por meio de um abraço, de um aperto de mão, de um grito de dor ou de um pedido de ajuda de sua companheira ele vivencia sua dor. Consegue valorizar o esforço da mulher para conseguir superar esse momento, revelando com encantamento sua força e persistência para vencer. Descobre que esse momento é uma verdadeira metamorfose que o casal vivencia, é a transição para os papéis da maternidade e da paternidade que somente o nascimento é capaz de construir e consolidar.

Nesse momento, afloram sentimentos contraditórios, revelando o medo do desconhecido, do inesperado, do incontrolável, que suscita angústia, aflição e ansiedade de que tudo dê certo. Os sentimentos iniciais são superados pela emoção de instantes eternos, como a saída da cabeça do bebê ou o corte do cordão umbilical feito pelo pai, expressos por meio do indizível, traduzido em m palavras como inesquecível, inexplicável, surpreendente, maravilhoso. Marcado também pelas responsabilidades geradas com o nascimento do filho que permite o nascimento de um pai, que será educador, protetor e cuidador.

A vida renova-se e transforma-se, passando o homem a repensar seus valores, suas atitudes e pensamentos. É o nascimento do novo pai que rompe com os estereótipos preconcebidos do macho dominador, inseminador e insensível. Para as novas concepções de gênero nas quais o homem participa ativamente da criação dos filhos, demonstrando seu envolvimento emocional e afetivo, é a concretização da responsabilidade compartilhada com a mulher, marca dos novos tempos ditados pela nova sociedade.

Assim, compreender a experiência masculina do parto representa um marco na construção da assistência obstétrica. Passa-se a entender que o homem vive um

momento singular de sua vida repleto de sentimentos, devendo ser respeitado e acolhido por todos. Sua presença não deve ser uma condição imposta, e sim livre, para que ele consiga experimentar, de maneira positiva, o nascimento, mesmo ficando de fora da sala ou segurando a mão de sua companheira. Na formação

de profissionais da saúde, devemos buscar os princípios da humanização da assistência, lembrando sempre que o pai é um ser em transformação que passa por um momento exclusivo da vida e deve ser amparado, assim como a parturiente, auxiliando na vivência da metamorfose do ser pai.

## REFERÊNCIAS

1. Maldonado MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 17ª ed. São Paulo: Saraiva; 1997.
2. Moura FMJSP, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Araújo OD, Rocha SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev Bras Enferm.* 2007 jul./ago; 60(4):452-55.
3. Carvalho JBL. Nascimento de um filho: o significado para o pai [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde; 2005.
4. Hotelling B, Amis D, Green J. Care Practices that Promote Normal Birth: Continuous Labor Support. *The Journal of Perinatal Education.* 2004; 13(2):16-22.
5. Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública.* 2005 set./out; 21 (5):1316-27.
6. Espírito Santo LC, Bonilha, ALL. Expectativas, sentimentos e vivências do pai durante o parto e nascimento de seu filho. *Rev. Gaúcha Enf.* 2000 jul; 21 (2): p. 87-109.
7. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev Latinoam Enferm.* 2005 nov./dez; 13(6):960-7.
8. Pinto CMS, Basile ALO, Silva SF, Hoga LAK. O acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. *REME Rev Min Enferm.* 2003 jan./jul; 7(1):41-7.
9. Storti JPL. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.
10. Organização Mundial da Saúde OMS. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher: manual técnico. 3ª ed. Brasília: MS; 2000.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: MS; 2005.
13. Kennell JH, Klaus M, Mcgrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in United-States hospital: a randomized controlled trial. *J American Med Assoc.* 1991 May; 265 (17): 2197-201.
14. Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Rev Estudos Feministas.* 2002 jul; 10 (2): 461-81.
15. Tarnowski KS, Próspero ENS, Elsen I. A participação paterna no processo de humanização do nascimento: uma questão a ser repensada. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14:102-8.
16. Carvalho JBL, Brito RS. Atitudes do pai diante do nascimento. *Rev Rene.* 2008 out./dez.; 9 (4): 82-90.
17. Montgomery M. O novo pai. 12ª ed. São Paulo: Ediouro, 2005.
18. Florentino LC. A participação do acompanhante no processo de nascimento na perspectiva de humanização [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2003.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: manual técnico. Brasília: MS; 2001.
20. Ramires VR. O exercício da paternidade hoje. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997.
21. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(supl. 2): S389-98.
22. Maffesoli M. O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina; 2007.
23. Maffesoli M. A conquista do presente. Rio de Janeiro: Rocco; 1984.
24. Sistema Informático Perinatal. Hospital Sofia Feldman. SAME; dados de 2009. [Citado em 2009 maio 12]. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/indicadores-hospitalares/>
25. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
26. Motta CCL, Crepaldi MA. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. *Paidéia.* 2005; 15(30):105-18.
27. Nakano AMS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA. Suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. *Acta Paul Enferm.* 2007 abr./jun; 20(2):131-7.
28. Macedo PO. Significando a dor no parto: expressão feminina da vivência do parto vaginal [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem; 2007.
29. Galastro EP. O lugar dos homens em um serviço de saúde reprodutiva: uma análise de gênero [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2005.
30. Orlandi EP. As formas do silêncio: no movimento dos sentidos. 4ª ed. Campinas: UNICAMP; 1997.
31. Premberg A, Lundgren I. Father's experiences of childbirth education. *The Journal of Perinatal Education.* 2006; 15(2):21-8.

Data de submissão: 9/8/2011

Data de aprovação: 15/3/2012

# PERCEPÇÃO DE PACIENTES SOBRE O PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

PREOPERATIVE PATIENTS' PERCEPTIONS OF CARDIAC SURGERY

PERCEPCIÓN DE PACIENTES EN EL PRE-OPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Silviamar Camponogara<sup>1</sup>  
Sabrina Gonçalves Aguiar Soares<sup>2</sup>  
Marlusse Silveira<sup>3</sup>  
Cibelle Mello Viero<sup>4</sup>  
Camila Silva de Barros<sup>5</sup>  
Cibele Cielo<sup>6</sup>

## RESUMO

Com este estudo objetivou-se conhecer qual a percepção dos pacientes em período pré-operatório de cirurgia cardiovascular sobre seu processo saúde-doença, bem como sobre o procedimento cirúrgico. Trata-se de pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com 11 pacientes em período pré-operatório de cirurgia cardíaca de um hospital universitário público do sul do Brasil. Os dados foram coletados de janeiro a março de 2011, por meio de entrevista semiestruturada, e analisados com base no referencial de análise de conteúdo. Da análise, emergiram categorias em que se aborda a ambiguidade de sentimentos presentes no momento que antecede a cirurgia, balizadas pela angústia e pela (aparente) tranquilidade. Os dados revelam, ainda, que os sujeitos percebem a cirurgia cardíaca como um confronto inevitável com a possibilidade de morte. A espiritualidade foi evidenciada como o principal suporte para o enfrentamento da cirurgia cardíaca. Além disso, no estudo constatou-se que há déficit de conhecimentos sobre o procedimento cirúrgico, demarcando a importância das orientações pré-operatórias. Os dados apontam que a cirurgia cardíaca remete os sujeitos ao confronto com diversos sentimentos, sobressaindo o medo da morte. A falta de conhecimentos sobre o procedimento e o processo de recuperação são aspectos que podem dificultar a adesão dos pacientes ao processo de reabilitação. Dessa forma, as orientações de enfermagem, no período pré-operatório, são fundamentais para se buscar a corresponsabilização dos pacientes pelo processo de autocuidado.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem; Cirurgia Cardíaca; Doenças Cardiovasculares.

## ABSTRACT

This study aimed to identify the preoperative patients' perceptions of the heart surgery procedure. It is a descriptive research with a qualitative approach carried out with eleven patients in cardiac surgery preoperative period at a public university hospital in the south of Brazil. Data were collected from January to March, 2011 through semi-structured interviews analysed by content analysis. The analysis revealed feelings of ambiguity characterized by anxiety and apparent tranquillity. Data revealed also that the research subjects perceive the surgery as an unavoidable confrontation with the possibility of death. Spirituality was their main support. The study demonstrated their lack of knowledge about the surgical procedure and the importance of preoperative information. The research data evidenced the cardiac patient faces many feelings during the health-illness process, specially the fear of death. Lack of knowledge about the surgical procedure and recovery are aspects that hinder the patients' adherence to rehabilitation. Nursing guidance during preoperative is essential in order to engage the patient participation in self-care procedures.

**Keywords:** Nursing Care; Cardiac Surgery; Cardiovascular Diseases.

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar las percepciones de pacientes en pre-operatorio de cirugía cardiovascular sobre su proceso salud-enfermedad y sobre la cirugía. Se trata de una investigación descriptiva de enfoque cualitativo, realizada con once pacientes en período pre-operatorio de cirugía cardíaca de un hospital escuela del sur de Brasil. Los datos fueron recogidos de enero a marzo de 2011 por medio de entrevistas semiestructuradas luego analizadas en base al referente del análisis de contenido. A partir del análisis de datos surgieron categorías que muestran la ambigüedad de los sentimientos presentes antes de la cirugía: angustia y (aparente) tranquilidad. Los datos revelan que los sujetos perciben la cirugía cardíaca como un enfrentamiento inevitable con posibilidad de muerte. La espiritualidad es su respaldo principal. Además, el estudio constató que hay déficit de conocimiento sobre el procedimiento quirúrgico y realza la importancia de las orientaciones pre-operatorias. Los datos indican que la cirugía cardíaca expone a los sujetos a varios sentimientos, sobre todo el miedo a la muerte. La falta de conocimiento sobre el procedimiento quirúrgico y la recuperación son aspectos que traban la adherencia de los pacientes a los procesos de rehabilitación. Por ello, las orientaciones de enfermería en el pre-operatorio son fundamentales para que el paciente también participe en los procesos de auto cuidado.

**Palabras clave:** Cuidados de Enfermería; Cirugía Cardíaca; Enfermedades Cardiovasculares.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Rua Visconde de Pelotas, 1230/201, Santa Maria-RS. CEP: 97015-140. E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Rua Dr Liberato Salzano Vieira da Cunha, 435/303, Camobi, Santa Maria-RS, CEP: 97105-090. E-mail: sgssm1@hotmail.com.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Rua Elpidio Menezes, 265/201, Camobi, Santa Maria-RS. CEP: 97105-110. E-mail: lussisilveira@hotmail.com.

<sup>4</sup> Enfermeira. Rua Dyonelio Machado 374, Camobi, Santa Maria-RS. CEP: 97105 682. E-mail: cibellemelloviero@gmail.com.

<sup>5</sup> Acadêmica de Enfermagem pela UFSM. Rua Paul Harris, 63/201, Centro, Santa Maria-RS, CEP: 97015-480. E-mail: millaabarros@hotmail.com.

<sup>6</sup> Acadêmica de Enfermagem pela UFSM. Rua João Atilio Zampieri, 781/01, Camobi, Santa Maria-RS. CEP: 97105-490. E-mail: cibececielo@yahoo.com.br.

Endereço para correspondência – Rua Visconde de Pelotas, 1230/201, Santa Maria-RS. CEP: 97015-140. E-mail: silviaufsm@yahoo.com.br.



## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são responsáveis, no mundo, por um terço do total de mortes e se tornam um problema de saúde pública de primeira grandeza. Cerca de 15 milhões de pessoas morrem, por ano, no mundo, vítimas de doenças cardiovasculares, correspondendo a 30% do total de óbitos.<sup>1,2</sup>

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam a primeira causa de morte, sendo que um terço dos óbitos ocorre em adultos entre 35 e 64 anos de idade. Isso tem relação com a maior longevidade da população, atualmente, associada à adoção de modos de vida inadequados, tais como tabagismo, dieta rica em gorduras saturadas, a não realização de atividade física, ocasionando o aumento dos níveis de colesterol e hipertensão.<sup>3</sup>

Dentre as várias doenças cardiovasculares existentes, as que acometem as artérias coronárias são muito comuns, as quais podem ser tratadas de forma clínica ou cirúrgica.<sup>4</sup> Uma das formas do tratamento cirúrgico é a cirurgia de revascularização miocárdica (CRM), indicada quando a probabilidade de uma vida útil é maior com o tratamento cirúrgico que com o tratamento clínico.<sup>5</sup>

A cirurgia cardiovascular é vista por muitos autores como um dos procedimentos cirúrgicos que mais mobilizam o paciente, tanto pela consideração simbólica do coração quanto pelas fantasias e medos ligados à morte.<sup>6</sup> Os pacientes cardiopatas atribuem ao coração um valor incalculável, considerando-o órgão vital, centro da circulação do sangue, sede da sensibilidade, sentimentos, amor, paixão e afeto. Dessa forma, uma lesão no músculo cardíaco significa "um machucado no coração" e o adoecer de suas emoções.<sup>7</sup>

Dessa forma, diante das evidências de ansiedade, temor e angústia, tão presentes entre os indivíduos submetidos à CRM, torna-se primordial o desenvolvimento de ações de enfermagem direcionadas a minimizar tais efeitos. Os profissionais envolvidos nesse processo de recuperação e de reabilitação devem ser agentes ativos na promoção de saúde das pessoas a serem submetidas à CRM, no intuito de contribuir tanto para que esse processo cirúrgico seja menos angustiante como para a busca de melhor qualidade de vida no período pós-operatório, reduzindo as condições de reincidência da doença. O preparo pré-operatório para uma cirurgia cardíaca envolve elementos biopsicossociais de grande importância para o sucesso do tratamento e vitais para otimizar a participação do indivíduo no processo de recuperação e autocuidado.<sup>8</sup>

Uma das estratégias que podem ser utilizadas para o preparo pré-operatório são os encontros grupais. Nesse sentido, a experiência das autoras em participar de um projeto de extensão direcionado à realização de orientações de enfermagem a pacientes e familiares no período pré-operatório de cirurgia cardiovascular confirma a ideia de que há necessidade de instituir meios que permitam ao paciente e familiares obter informações sobre o processo pelo qual estão passando.

A expectativa é de que, ao terem conhecimento sobre os procedimentos a que serão submetidos, os ambientes de cuidado onde permanecerão, bem como em relação ao seu processo de recuperação, os indivíduos sintam valorizada sua autonomia, assim como corresponsáveis e mais ativos no processo de autocuidado.

Cabe destacar que o envolvimento dos profissionais da enfermagem nesse tipo de atividade reforça a ideia de que a educação em saúde é um processo contínuo, que é parte inerente ao exercício profissional. Além disso, entendemos que por ser o enfermeiro o profissional responsável pelo gerenciamento do cuidado, permanecendo ininterruptamente no ambiente de cuidado, é um dos profissionais mais indicados para abordar aspectos relacionados ao processo saúde-doença; orientar sobre os procedimentos diversos; promover o acolhimento dos pacientes, uma vez que permanecerão em ambientes até então estranhos e com aparência, muitas vezes, hostil (nesse caso, em unidade de cardiologia intensiva); além de estabelecer vínculos com os familiares e atuar como educador em saúde, buscando a conscientização dos indivíduos sobre a necessidade de reorientar hábitos de vida.

Em suma, os encontros grupais visam oferecer o suporte necessário para o enfrentamento dessa situação complexa, que afeta várias dimensões do processo de viver dos indivíduos portadores de cardiopatia com indicação de cirurgia cardiovascular. Contudo, a equipe executora deste trabalho sentiu necessidade de conhecer, sistematicamente, as percepções desses indivíduos, no intuito de melhor estruturar a prática de orientações de enfermagem dispensada a essa clientela, bem como aos seus familiares. Daí justifica-se a necessidade e a importância de desenvolver este estudo, como forma de subsidiar os profissionais e acadêmicos atuantes no setor. Além disso, entendemos ser de extrema relevância e pertinência a possibilidade de aliar ensino, pesquisa e extensão, enriquecendo, assim, as práticas desenvolvidas no âmbito da formação acadêmica universitária. Entende-se que, dessa forma, além de fortalecer um trabalho desenvolvido localmente, pode-se contribuir para o processo de construção de conhecimentos, tão necessário quando o intento é a busca de melhores práticas assistenciais.

Diante disso, objetivou-se, com este estudo, conhecer as percepções dos pacientes em período pré-operatório de cirurgia cardiovascular sobre seu processo saúde-doença, bem como em relação ao procedimento cirúrgico a que serão submetidos. Assim, os dados apresentados neste manuscrito são fruto de reflexões dos sujeitos sobre suas percepções adiante da cirurgia cardíaca.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, visto ser o mais adequado para investigações que abordam questões relativas a fenômenos subjetivos. A investigação classifica-se como descritivo-exploratória, tendo sido realizada com 11 pacientes em período

pré-operatório de cirurgia cardíaca de um hospital universitário público do sul do Brasil.

Os dados foram coletados durante os meses de janeiro a março de 2011. Constituíram-se em critérios de inclusão: estar internado na instituição pesquisada durante o período em que ocorreu a coleta de dados, ter indicação de realização de cirurgia cardíaca e aceitar participar do estudo. O encerramento da coleta de dados obedeceu ao critério de saturação de dados.

A obtenção dos dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, com questões norteadoras sobre a temática investigada, que versavam, basicamente, sobre as percepções dos sujeitos com relação à doença, ao procedimento cirúrgico e ao processo de recuperação. Para tanto, após a identificação dos indivíduos com indicação de cirurgia cardíaca, internados em unidade de internação convencional, estes eram informalmente contatados, no intuito de esclarecer os objetivos do estudo e obter aceite para participar da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em local próprio, livre de movimentação e, anteriormente à realização da atividade grupal de orientações de enfermagem. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra pelas pesquisadoras.

Além disso, foi realizada observação sistemática dos encontros grupais, dos quais participaram os sujeitos entrevistados, tendo o propósito de buscar informações convergentes com as fornecidas na entrevista individual. Os encontros objetivaram dialogar sobre o processo de adoecimento e o procedimento cirúrgico. Buscou-se colher informações oriundas de expressões verbais e não verbais dos sujeitos, ampliando os achados da investigação. Os dados obtidos durante o processo de observação foram registrados em diário de campo. Os sujeitos foram identificados pela letra E, correspondente a "Entrevista", seguida por números ordinais, conforme a ordem das entrevistas realizadas.

Os dados foram analisados de acordo com o referencial proposto para análise de conteúdo,<sup>9</sup> obedecendo às seguintes etapas: reunião do *corpus* de análise, realização de leitura flutuante dos achados, realização de leitura aprofundada a fim de constituir categorias de análise, e análise interpretativa das categorias e discussão com a literatura pertinente.

O estudo obedeceu aos preceitos indicados para pesquisa com seres humanos, somente havendo coleta de dados após aprovação institucional e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE nº 296.0.243.000-10).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 11 indivíduos, sendo 54% do sexo masculino, com uma média de idade de 60 anos. Dentre os participantes, 72% possuíam o ensino fundamental incompleto e, em igual percentual, procediam da zona urbana. Além disso, 63% dos sujeitos entrevistados possuíam antecedentes familiares de comorbidades.

Os dados oriundos do processo de coleta e análise foram organizados sob a forma de categorias, as quais estão descritas a seguir, entremeadas com a interpretação das pesquisadoras e dados da literatura pertinente.

### **Ambiguidade de sentimentos: a cirurgia cardíaca balizada pela angústia e pela (aparente) tranquilidade**

Dentre os dados mais relevantes do estudo, encontram-se as manifestações que corroboram a ideia de que os indivíduos que estão em período pré-operatório de cirurgia cardíaca vivenciam uma ambiguidade de sentimentos. Nesse sentido, em muitas situações os sujeitos verbalizaram, contraditoriamente, tranquilidade e angústia, medo e ansiedade em seus depoimentos. Essas manifestações também puderam ser observadas nos momentos de encontro grupal, inclusive por meio de expressões corporais, condizentes com evidente ansiedade, embora a manifestação verbal buscasse enfatizar tranquilidade:

*No primeiro momento eu me apavorei, mas também me apavorei e fiquei tranquila! (E03)*

*Tô bem, tô calma [...]. Não consegui dormir, não sei uma coisa que subia de cima para baixo, me dava uns saltos; decerto é a pressão. (E10)*

As pessoas portadoras de cardiopatia que necessitam realizar uma intervenção cirúrgica se sentem com baixa autoestima, ansiosas, angustiadas, pensam estar próximas da morte. Na maioria das vezes, esses sentimentos estão relacionados à falta de conhecimento da própria doença, procedimento e recuperação.<sup>10</sup> Existe uma faixa de ansiedade que deve ser considerada desejável, pois impulsionará o paciente a agir, fazendo perguntas à equipe, relacionando-se com os familiares e aceitando as restrições impostas pelo preparo pré-cirúrgico.<sup>11</sup> Dessa forma, consideramos que o profissional de saúde deve, além de ter habilidades técnicas em relação aos equipamentos e procedimentos pertinentes e conhecimento científico, ser capaz de tocar, dialogar, orientar e ficar junto do paciente nas diferentes fases do tratamento. Entretanto, o estabelecimento de um vínculo entre profissional e paciente, no período pré-operatório, pode ser muito eficaz no sentido de buscar a confiança necessária no procedimento a ser realizado e na equipe, minimizando parte da ansiedade experienciada.

Além disso, o fato de ser o coração um órgão repleto de simbolismos, tratado por muitos como um órgão místico, relacionado com a representação do centro da vida, quando alguma doença o acomete passa a ser visto como uma ameaça à vida.<sup>12</sup> O receio de realizar o procedimento cirúrgico em um órgão carregado por esses simbolismos pode ser visualizado a seguir:

*Essas cirurgias são preocupantes, pois mexem já no coração do cara, que é a máquina ali, então é bem preocupante. No começo, fiquei muito nervoso e tive*

*uns dois dias que só refletia naquilo; nem trabalhar direito eu trabalhava, pensava sempre só naquilo. Só preocupação [...]. Eu tô tranquilo, não tô abalado [...]. Se manter frio porque acho que de outra forma não vai ajudar muito. (E01)*

*É o medo, é uma angústia, é uma vontade de voltar atrás, é uma vontade de não fazer. (E14)*

Percebemos no depoimento de E01 que a confrontação com a doença acontece de forma ambivalente. Não há nenhuma marca evidente no corpo que indique a problemática, de maneira que o processo da cirurgia é a prova concreta para que o paciente se aproprie do quadro que vivencia. Dessa forma, constatou-se que o tratamento cirúrgico traz consigo uma carga significativa de dramaticidade para os indivíduos que a ele se submetem. Sabe-se que o processo cirúrgico suscita desgastes emocionais que transparecem por meio de angústia e ansiedade, tornando-se evidente a forte relação entre o diagnóstico cirúrgico e o aparecimento de crises de estresse e medo.<sup>12</sup> Com isso, pode-se dizer que a cirurgia cardíaca desperta nos pacientes uma explosão de fantasias e medos que permeiam seus planos e rotina, remetendo-os a uma situação-limite em que vida e morte estão em jogo.<sup>13</sup>

Evidenciamos, assim, que a indicação da cirurgia possui um caráter limítrofe, uma vez que esta representa riscos para a vida, mas que permanecer sem ela pode ocasionar a morte. Com isso, fica evidente a experiência de vulnerabilidade que emerge diante da realização do procedimento cardiovascular. Nesse contexto, parece haver a expectativa de uma *ruptura da integridade do corpo*, que não será mais o mesmo depois da cirurgia.<sup>14</sup>

Em suma, ao transitar entre o medo de morrer na cirurgia e o desejo de tornar-se novamente uma pessoa sem dor, capaz de trabalhar, passear, sentir-se útil, possuir um novo corpo e com melhor qualidade de vida, o paciente vive um sentimento de ambivalência.<sup>15</sup> O caminho para a superação desse sentimento parece estar na esperança no porvir, como evidenciado a seguir:

*Eu não vou mais sentir falta de ar, não preciso tomar remédio, então eu vou ter um coração novo, que eu posso fazer todo o meu serviço, tocar pão no cilindro, matar galinha, fazer bastante doce. Eu penso que a minha vida vai ser bem melhor. (E11)*

### **O confronto com a cirurgia cardíaca e o inevitável medo da morte**

A análise dos dados evidenciou, fortemente, manifestações atinentes ao confronto com a cirurgia cardíaca e com a possibilidade real de morte, muito marcante no período pré-operatório, quando pairam muitas dúvidas sobre o sucesso ou não do procedimento a ser realizado. As manifestações a seguir ilustram essa ideia:

*No céu eu não quero tá [...]. Então eu ia, parece que me organizando, eu ia me organizando e fazia umas coisas*

*que se morresse pelo menos fica isso assim, fica assado. Eu não sei se isso é preparação ou se é desespero, mas eu sempre fazendo tranquilo, não transparecendo isso pros filhos e tal. (E01)*

*A pior é a dúvida que eu vou, e se não volto? Se eu vou pra tal cirurgia e não volto. (E11)*

Dessa forma, fica demonstrado que o medo da morte é algo marcante na vida desses sujeitos, o que pode trazer sérias repercussões no processo. A identificação desse sentimento de medo por parte dos profissionais é fundamental para o planejamento de sua abordagem com o indivíduo que realizará o procedimento cirúrgico e com sua família, especialmente de forma a aproximá-la desse processo.

Confirma-se, nesse íterim, que a cirurgia cardíaca configura-se em um evento de profundas consequências na vida dos indivíduos que a ela se submetem, tanto em relação aos aspectos fisiológicos como aos psíquicos. Logo, a aceitação do adocimento por parte dos pacientes é um processo complexo, que envolve um compromisso entre universos simbólicos diferentes e que está implicado na impossibilidade de retorno aos seus hábitos e costumes anteriores ao procedimento.<sup>13</sup> A enfermagem, portanto, deve atuar utilizando seus conhecimentos científicos e humanos, a fim de minimizar suas ansiedades, angústias, estresses, deixando-o verbalizar suas dúvidas, medos, raivas e demais sentimentos que possam emergir nesse momento.<sup>13</sup>

Assim, pode-se dizer que existe uma forte relação entre a cirurgia cardíaca e o desgaste fisiológico e emocional do paciente e seus familiares. Isso justifica a necessidade de envolvimento da enfermagem que vivencia esse processo, para que recuperação e a reabilitação se estabeleçam de forma efetiva. Nesse sentido, os aspectos causadores de estresse, nesse momento, referem-se à incerteza de sua evolução, à separação da família, a fantasias em relação ao procedimento e à possibilidade de morrer; mais especificamente, a separação da casa, da família, de seu ambiente, de suas coisas, ou seja, a perda da liberdade e a despersonalização, o medo com relação à vida.<sup>12</sup>

Ainda com relação a isso, pode-se perceber que muitas pessoas têm dificuldades em verbalizar diretamente as palavras morte ou morrer. Dessa forma, utilizam expressões variadas para atribuir significado a essa questão, conforme evidenciado no estudo:

*Acho que eu vim, mas vou voltar. (E03)*

*Era mais medo de ficar na mesa. (E06)*

*Eu tinha medo de ficar na mesa. Talvez sem eu fazer podia durar muito tempo ainda, mas se garante que não tem problema nenhum, não custa arriscar. (E10)*

*A pior é a dúvida que eu vou: e se não volto? [...] Dali um pouco tu pensa assim, se eu não voltar e não me despedir da minha filha, vamos supor. (E14)*

Nesse sentido, falar explicitamente da morte é muito difícil, o que faz com que as pessoas utilizem metáforas para expressar essa possibilidade. A aversão à morte é um sentimento tão intenso que não permite falar nela naturalmente, como se ela não fosse um evento que faz parte da vida. O uso de frases que têm sentido figurativo para representá-la é muito comum.<sup>15</sup> Esse medo do desconhecido, frequentemente, é o pior de todos. Assim, quanto mais o paciente tiver conhecimento sobre suas possibilidades futuras, melhor será sua adaptação à internação e, conseqüentemente, sua recuperação. O enfermeiro deve utilizar a linguagem como preciosa ferramenta para se fazer compreendido e, assim, atingir a meta da interação humana.<sup>16</sup>

### **A espiritualidade: suporte para o enfrentamento da cirurgia cardíaca**

As manifestações dos depoentes evidenciaram claramente que, diante da efusão de sentimentos ambíguos, que afloram diante da necessidade de realizarem uma cirurgia cardíaca, associada ao inevitável medo da morte, os sujeitos buscam apoio para o enfrentamento desse processo, principalmente, na espiritualidade:

*Comecei a frequentar uma igreja, estou indo ainda, enquanto Deus quiser eu vou indo [...] e Deus vai me ajudar que vai dar tudo certo, porque a fé move montanhas. [...] Não tenho medo, nada. É que não adianta a pessoa ter medo. Tem que pensar em Deus, que vai dar tudo certo. Eu não tenho medo nenhum.* (E06)

*Que nós sem Deus somos uma folha seca perambulando pelo chão e nós com Deus nós movemos montanhas [...]. Eu peço pra Deus me dar força, e só.* (E11)

*Olha, se Deus me ajudar e tudo correr bem, não vai ter muita dificuldade pra gente fazer as coisas.* (E13)

Observa-se, por meio dos depoimentos acima, que os sujeitos puseram em Deus a esperança de sucesso na cirurgia. A fé em Deus surge como algo indispensável para a superação dessa fase de medo, ansiedade e estresse. Nesse sentido, alguns relatos trazem a religiosidade como fonte de suporte diante da iminência da cirurgia. Evidentemente, diante da impossibilidade de controle, alguns indivíduos buscam em um ser superior o conforto e a segurança.<sup>11,14</sup> Assim, não somente a incerteza em relação à morte, mas também sentimentos de fragilidade e de impotência fazem com que o cardiopata procure amparo na fé e na religiosidade, na tentativa de amenizar seus medos.<sup>15</sup>

Diante do exposto, é inevitável que os profissionais que atuam com as pessoas com indicação de cirurgia cardíaca tenham consciência de que a valorização da fé e da religiosidade são fundamentais para se buscar a estabilidade emocional dessas pessoas e de suas famílias.

### **Déficit de conhecimentos sobre o procedimento cirúrgico e a importância das orientações pré-operatórias**

Os dados do estudo apontam uma grande lacuna no que tange ao conhecimento sobre o procedimento cirúrgico e processo de recuperação por parte dos sujeitos, o que pode ser evidenciado a seguir:

*Eu não tenho assim grandes conceitos sobre a cirurgia propriamente dita.* (E04)

*Eu calculo que vai ter os cortes e o soro e aquele aparelho que botam no nariz, mas acho que não, oxigênio como se diz. Mas não sei se vão colocar ou não.* (E10)

*Eu sei pouquinhas coisas que, ah, me esqueci o nome dela, que eu vou tá no tubo, vão me intubar, vão colocar isso, vão colocar aquilo, mais dreno, e isso e aquilo, é o que eu sei sobre essa cirurgia. Sei que vão me abrir também, mas não sei o que ela disse lá, mais um filzinho não sei pra que lá. Eu sei que vai ser aberto aqui, que vão dá uns pontinhos, que vou ter um coração novo de novo.* (E11)

Nesses relatos fica evidente que os sujeitos possuem pouco conhecimento sobre o procedimento a que serão submetidos. Obviamente, o questionamento que advém dessa constatação se refere à atuação dos diferentes profissionais da saúde que acompanham o processo de adoecimento desses sujeitos.

Além disso, tendo em vista os simbolismos que cerceiam o processo de adoecimento do coração e o procedimento cirúrgico, foi marcante entre os respondentes as manifestações de que o peito seria aberto, expondo em palavras, ao mesmo tempo, o medo do procedimento cirúrgico e a agressividade que lhe é implícita, visto ser algo bastante invasivo:

*Que serra o peito, que coloca [...], tem o tubo pra respira.* (E08)

*Vão abrir o peito, a anestesia é anestesia geral.* (E06)

Por outro lado, um dos pacientes mostrou-se interessado e curioso com relação à doença e utilizou a internet para sanar as dúvidas que ainda não tinham sido esclarecidas, usando em sua fala termos de linguagem médica para se expressar:

*Vai-se abrir o osso esterno e depois colocar, como é mesmo? [...] os afastadores e, provavelmente, vão desligar o coração para fazer a cirurgia, e ligar uma circulação extracorpórea. Serão feitas as pontes de safena e uma mamária; praticamente isso aí, duas safenas e uma mamária. Eu fiz uma busca na internet do que ainda não havia sido explicado e eu queria saber.* (E02)

Além do conhecimento de que o osso esterno seria aberto, o depoente também relatou que seriam usados drenos e tubos de respiração, anestesia, uso do fio de marca-passo e posterior necessidade de fisioterapia.

Assim, na atualidade, evidencia-se que os pacientes fazem uso de outros meios que não o profissional de saúde para buscar informações sobre sua patologia. Dessa forma, o profissional de saúde deve estar atento ao uso correto dessas novas tecnologias pelos pacientes e seus familiares, fornecendo-lhes *sites* com informações confiáveis e de fácil compreensão, de maneira que essa tecnologia seja uma aliada do profissional nas orientações de enfermagem e traga benefícios ao paciente e seus familiares, reduzindo, assim, as ansiedades e os medos.

De qualquer forma, fica clara a constatação de que são extremamente necessárias e pertinentes as orientações pré-operatórias para qualquer paciente submetido a procedimento cirúrgico. Entretanto, tendo em vista a mística envolta no processo de adoecimento do coração e em relação à cirurgia cardíaca, há necessidade redobrada de atenção profissional, no intuito de empoderar esse sujeito, corresponsabilizando-o pelo processo, além de buscar, por meio da oferta de conhecimentos, amenizar a ansiedade, normalmente presente entre os pacientes submetidos a esse tipo de procedimento.

O enfermeiro é um dos profissionais mais capacitados para o exercício dessa tarefa, tendo em vista que vivencia com os pacientes diversos momentos do processo de reabilitação, podendo, por meio da busca de uma efetiva interação, compartilhar conhecimentos e experiências que se traduzam em uma experiência mais tranquila e em estímulo ao autocuidado. Para muitas pessoas, a doença, o processo de hospitalização e a cirurgia podem gerar medo e insegurança, advindos do fato de que muitos não possuem conhecimento sobre suas condições de saúde-doença e do receio do desconhecido. Dessa forma, as orientações pré-operatórias não somente fornecem informações específicas do que cada paciente deve esperar durante o período transoperatório, mas também influenciam nas atitudes e comportamentos deles, ajudando-os no alívio da ansiedade e na redução do medo do desconhecido, permitindo-lhes, assim, que sejam incluídos no processo de recuperação, corroborando para que o tempo de hospitalização seja menor.<sup>17</sup>

Nesse sentido, os depoentes que já haviam recebido algum tipo de orientação mais sistematizada manifestaram mais calma e tranquilidade:

*De sossego, tem que ser feito [...]. A gente fica com medo quando é desconhecido e quando se torna conhecido, aí a gente fica mais calmo.* (E02)

*Eu estava mais apavorada, agora, com as explicações que eu tenho recebido aqui, já não tem mais aquela [...]; estou mais calma.* (E08)

Prestar assistência em todo o período perioperatório garante a satisfação das necessidades físicas e emocionais do paciente, aumentando-lhe a capacidade de superar o traumatismo da cirurgia e fazendo com que retorne rapidamente a um estado de bem-estar. Isso representa um importante elo da comunicação efetiva

entre o profissional enfermeiro e o paciente, permite à enfermagem assisti-lo de forma sistematizada e contínua, buscando respeitá-lo como pessoa dotada de valores, de experiências e expectativas. Assim, a visita pré-operatória de enfermagem torna-se procedimento indispensável, visto que possibilita ao profissional enfermeiro a detecção, a solução e o encaminhamento dos problemas enfrentados pelo paciente, além de outras vantagens, como o vínculo com este.<sup>18</sup>

Por outro lado, percebe-se em uma das manifestações que as orientações não foram feitas de maneira adequada, uma vez que a paciente mostrou-se incomodada com a quantidade de orientações fornecidas: *Estou cheia de ontem pra cá, vocês me explicaram, me orientaram.* (E10)

Assim, para que a orientação pré-operatória seja bem compreendida pelo paciente, deve-se priorizar em seu contexto a qualidade, e não a quantidade, de informações, detendo-se nos pontos de seu interesse.

Cabe ressaltar que as orientações não devem ser realizadas apenas no momento que antecede a cirurgia, e sim continuamente, durante toda a assistência de enfermagem prestada ao paciente e à sua família. As orientações dispensadas pela enfermagem ao paciente são importantes, pois cuidar não significa apenas tratar o físico, mas, principalmente, sua identidade, suas dimensões psicossociais e psicobiológicas.<sup>7</sup> Estudos mostram que o reconhecimento de percepções e sentimentos do paciente, diante do processo cirúrgico, tornam-se essenciais à enfermagem, no sentido de poder fundamentar a atuação desses profissionais para o desenvolvimento de uma assistência humanizada, que objetive atendê-lo em suas particularidades e promova uma vivência, diante do processo saúde-doença, menos desgastante. Assim, o profissional enfermeiro pode atuar no sentido de garantir esse suporte e identificar suas necessidades por meio de diálogos, escuta e orientações que contribuam para melhorar o conhecimento e as habilidades requeridas para manter um comportamento adequado de saúde.<sup>19</sup>

Além disso, alguns pacientes podem expressar o desejo de não receber orientações, como podemos observar na seguinte fala: *Eu acho que o menos que eu souber melhor.* (E11)

Dessa forma, o profissional deve respeitar a vontade do paciente em querer ou não receber orientações. Compreender sua perspectiva parece ser, nessa ocasião, um dos primeiros passos para o desenvolvimento de uma assistência humanizada, que vise atender o paciente em suas especificidades e promover seu bem-estar.

No entanto, o que mais nos chama a atenção, neste estudo, é o fato de que o profissional de enfermagem não é reconhecido como orientador pelos pacientes, o que ficou evidente no depoimento a seguir:

*Estou bem informada; pra mim que não sabia nada, foi bem explicado assim, foi bem entendido o que vai ser, como é que vai ocorrer [...]. Eu já perguntei bastante pros*

*médicos, pros fisioterapeutas que vêm aqui e explicam bem; já tá tudo esclarecido. (E08)*

Um dos prováveis motivos dos pacientes pouco se lembrarem das orientações recebidas pelo enfermeiro é a ritualização da orientação pré-operatória. Tradicionalmente, a orientação pré-operatória é feita de modo semelhante a todos, independentemente do paciente ou da cirurgia que será realizada. Talvez o fato de não haver preparo ou treinamento específico para realizar essa atividade educativa influencie no modo como os profissionais realizam a orientação, tornando-os pouco preparados para realizar uma orientação adequada às necessidades de cada paciente. Muitos pacientes citam a orientação do médico, mesmo nada tendo sido questionando sobre ele, o que reforça o *status* do médico como profissional mais qualificado, detentor de conhecimento, já que é quem detém o poder sobre o corpo do doente no momento do procedimento cirúrgico.<sup>20</sup>

Outro ponto a ser considerado é a linguagem técnica utilizada pelas enfermeiras, que, muitas vezes, pode não ser clara, dificultando o entendimento. Além disso, uma mensagem não compreendida pode provocar o aumento da ansiedade e das preocupações.<sup>21</sup> Nesse sentido, todas as orientações deveriam ser fornecidas com vocabulário simples e de maneira objetiva, para facilitar a compreensão dos pacientes.

Podemos considerar, também, que a ausência de orientações pré-operatórias por parte dos profissionais enfermeiros se dá dadas as dificuldades de realizá-las, como: exercício das funções administrativas e assistenciais concomitantes, comprometendo a realização da visita por falta de tempo; escassez de recursos humanos; excesso de rotinas nas unidades; falta de planejamento; mapa cirúrgico não confiável; falta de prioridade à visita; dentre outros.<sup>18</sup> Cuidar em enfermagem, no contexto da cirurgia cardíaca, é aplicar conhecimentos científicos no dia a dia, associados à emoção e à sensibilidade para executar cuidados de enfermagem. Esses conhecimentos se apresentam de maneiras particulares e específicas, que se inter-relacionam a todo o momento, misturando subjetividade com objetividade e inventando, a cada ocasião, uma nova fórmula.<sup>22</sup>

Diante da ausência de conhecimentos sobre a doença e o procedimento cirúrgico e da falta de orientações sistematizadas, inevitavelmente, muitas dúvidas permeiam o imaginário dos sujeitos, sendo as mais frequentes as referentes à recuperação (tempo, local, quando irá para o quarto)

*Tá, faço a cirurgia, tá tudo bem, aí saio de lá vou pra recuperação? A minha dúvida é essa, vou pra recuperação? Fico quanto tempo na recuperação? Quando que eu vou pro quarto? Quanto tempo tenho depois da cirurgia pra voltar a trabalhar? Atividade física quando que eu posso fazer? Essas coisas assim. (E03)*

*Quais os riscos mais sérios que o paciente vai enfrentar? Quais são as possibilidades de complicações? (E04)*

*Quantos dias eu vou ficar na UTI? Quantos dias eu vou ficar aí no quarto. (E07)*

*Quanto ao tempo de recuperação. (E08)*

*Eu não sei se vou poder fazer tudo como antes e é uma coisa que eu gostaria de saber, se eu vou poder trabalhar como eu trabalho. (E10)*

Para além de preocupações com relação à sobrevivência ao procedimento, permeiam a experiência pré-cirúrgica as preocupações quanto à manutenção da qualidade de vida e ao retorno ao trabalho.<sup>14,21</sup> O trabalho, nesse âmbito, é compreendido como condição essencial no processo de viver; tanto que os sentimentos de inutilidade e incapacidade provenientes da impossibilidade de ser produtivo são constrangedores para os sujeitos.<sup>14</sup>

Os achados deste estudo confirmam os de outro, no qual foram identificadas como principais dúvidas manifestadas por pacientes a reeducação dos hábitos alimentares, a prática de exercícios físicos, o retorno ao trabalho, as práticas das atividades diárias, o cuidado com as incisões cirúrgicas, o consumo de bebida alcoólica e a continuidade no uso de medicação.<sup>10</sup> Nesse sentido, após o conhecimento dessas dúvidas, é fundamental a realização de estudos voltados para a elaboração de intervenções e métodos educativos no período que antecede a alta hospitalar, uma vez que essa estratégia poderá oportunizar confiança, tranquilidade e conhecimento para que os pacientes enfrentem esse momento, prevenindo complicações e reinternações.<sup>10</sup>

Em suma, depreende-se que, para além de questões técnicas e restritas aos períodos transoperatório e pós-operatório imediato, as pessoas submetidas a cirurgia cardiovascular também têm dúvidas em relação ao seu futuro, especialmente no que tange à possibilidade ou não de desenvolver as atividades cotidianas. Dessa forma, o profissional enfermeiro, ao fornecer orientações pré-operatórias, precisa estar aberto à inclusão de questões variadas no processo de orientação, de forma a permitir que as dúvidas sejam esclarecidas e que as pessoas tenham noção real sobre o processo de reabilitação, de forma a não alimentar falsas expectativas.

### **Voltar à vida normal: as expectativas para o período pós-operatório**

Na sequência, foi possível evidenciar o significado que o pós-operatório representa para os sujeitos, especialmente quanto à expectativa de voltarem a realizar as atividades que realizavam antes do diagnóstico da doença:

*Eu quero fazer tudo, a minha vontade é essa. (E01)*

*Voltar a fazer coisas que eu fazia antes. (E02)*

*Mas acho que vai ser normal porque todos que eu converso dizem ah agora eu tô bem, tô melhor que antes. (E03)*

Após a cirurgia, a expectativa dos participantes parece ser a de resgatar os hábitos de vida anterior à doença, podendo vivenciá-la o mais próximo possível do “normal”. Essa realidade pressuposta, por um lado, parece ser a que mobiliza os pacientes a se submeterem ao procedimento.<sup>13</sup> Nesse sentido, a cirurgia parece ser significada como benéfica, uma vez que pressupõe que melhores condições de saúde possivelmente advirão dela.

No entanto, tais ganhos devem ser relativizados, entendendo que o procedimento cirúrgico é apenas outro tipo de tratamento para uma patologia crônica que continuará a existir.<sup>11</sup> Percebeu-se, porém, por meio dos depoimentos a seguir, que isso nem sempre acontece, pois alguns pacientes consideram a cirurgia como um tratamento resolutivo e definitivo:

*Creio que vai mudar bastante [...]. As dores, as coisas que eu passo acabam, tudo, pra mim completamente. Ai eu fico uma pessoa normal, passando essas dores. (E06)*

*Eu sei que vai, eu vou ficar bem e eu vou ter um coração novo. (E11)*

A cirurgia também aparece, nos relatos, como uma possibilidade de potencializar a qualidade de vida. Nesse caso, os depoimentos focam-se nas limitações provenientes da doença e trazem a esperança de que tais limitações serão superadas com o procedimento<sup>13</sup>:

*Eu quero continuar meu trabalho de sempre, eu quero deixar de fumar [...], quero passear, quero viajar, viver a vida intensamente [...]. Não posso voltar a comer de tudo, mas eu acho que eu vou comer melhor [...], vou melhorar [...]. Uma melhor qualidade de vida. (E14)*

De fato, a cirurgia cardíaca constitui um marco essencial no tratamento da pessoa portadora de cardiopatia, no entanto é sabido que poderão persistir restrições físicas, alimentares, ao fumo, que ela precisará adaptar-se a medicamentos e exercícios, não adquirindo a qualidade de vida que esperava. No entanto, isso passa despercebido por ela nesse momento, em que, ao vislumbrar-se após a realização e recuperação da cirurgia, imagina voltar a ser saudável como outrora.<sup>15</sup> Além disso, há entre muitos sujeitos, a expectativa de uma rápida recuperação, como neste exemplo:

*Não vou mais sentir falta de ar, não preciso toma remédio, então eu vou ter um coração novo, que eu posso fazer todo o meu serviço, tocar pão no cilindro,*

*matar galinha, fazer bastante doce. Eu penso que a minha vida vai ser bem melhor. (E11)*

*É de ficar bom [...], me recuperar rápido. (E01)*

*Fizessem bem feita e que eu sarasse ligeiro pra voltar pra casa [...]. Quanto mais cedo, melhor pra eu ir pra casa. (E12)*

Enfim, compreende-se que as orientações realizadas no período pré-operatório também têm a função de contemplar os desejos e expectativas das pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, inclusive sob o ponto de vista do período pós-operatório tardio.

## CONCLUSÃO

Neste estudo, evidenciou-se que os pacientes pesquisados apresentam um universo de sentimentos e percepções, incluindo o medo da morte, a angústia e, ambigualmente, a aparente tranquilidade. Questões relacionadas à busca de apoio na espiritualidade e a preocupações com o período pós-operatório e o retorno as atividades diárias também foram manifestadas. Todos esses aspectos permeiam o período perioperatório, configurando-se em uma trama complexa. Nesse ponto, na pesquisa enfatiza-se a necessidade de os profissionais de enfermagem realizarem a educação em saúde, no período pré-operatório, abordando os diversos aspectos que se relacionam com a cirurgia cardíaca e o processo de adoecimento e reabilitação.

Além disso, os pacientes demonstraram o déficit de conhecimentos sobre o procedimento, constatando-se que são extremamente necessárias e pertinentes as orientações sobre o procedimento cirúrgico, especialmente considerando-se a associação desse órgão como simbolismo de vida. Dessa forma, a atenção do profissional de enfermagem é fundamental, no intuito de empoderar esse sujeito, corresponsabilizando-o pelo processo cirúrgico, além de buscar uma efetiva interação, compartilhando conhecimentos e experiências que se traduzam em uma vivência mais tranquila e estímulo ao autocuidado.

Sugere-se, pois, o desenvolvimento de pesquisas futuras que viabilizem a obtenção de novas ferramentas para a contínua construção de saberes que auxiliem a prática na enfermagem, com o objetivo de melhorar a práxis da profissão e o cuidado para com o sujeito submetido a cirurgia cardíaca.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde (OMS)/MS; 2010.105p.
2. Guedes D, trong WB, Malina RM, et al. Fatores de risco cardiovasculares em adolescentes: indicadores biológicos e comportamentais. Arq Bras Cardiol. 2006; 86(6):439-50.
3. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. Rev Saúde Pública. 2006; 40(2):689-91.

4. Benchimol CB, Carvalho LAF. Intervenção coronariana percutânea e terapêutica clínica não são adversárias no tratamento do paciente coronariopata. *Rev SOCERJ*. 2007; 20(3):233-4.
5. Galdeano LE, Rossi LA, Santos CB, Dantas RAS. Diagnóstico de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(1):26-33.
6. Fernandes MVB, Aliti G, Souza EN. Perfil dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009; 11(4):993-9.
7. Rio Branco HBM, Silva IR. As possíveis contribuições do psicólogo da saúde no pré e pós-operatório dos pacientes da clínica cirúrgica cardíaca. [Citado em: 2011 set. 13]. Disponível em: <http://www.dialogica.ufam.edu.br>.
8. Leite JL, Fonseca JM, Braz MR, Nascimento MTF. Pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. In: Figueiredo NMA, Stipp MAC, Leite JL. *Cardiopatas: avaliação e intervenção em enfermagem*. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2009. p.257-96.
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2007.
10. Almeida PFP, Júnior RG, Gasparino RC. Dúvidas dos pacientes em pós-operatório de revascularização do miocárdio. *Cogitare Enferm*. 2009; 14(4):675-81.
11. Vargas TVP, Maia EM, & Dantas ASD. Sentimentos de pacientes no operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 14(3):383-8.
12. Gasperi P, Radunz V, Prado ML. Procurando reeducar hábitos e costumes: o processo de cuidar da enfermeira no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Cogitare Enferm*. 2006; 11(3):252-7.
13. Wotrich SH. *Manifestações do coração: significados da cirurgia cardíaca para pacientes pré e pós-cirúrgicos [dissertação]*. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Psicologia; 2011.
14. Souza RHS, Mantovani MF, Labronici LM. O vivido pelo cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Online Braz J Nurs*. 2006; 5(2). [Citado em: 2011 set. 13]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/403/97>.
15. Souza RHS. *Sentimentos e percepções do cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca [dissertação]*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Escola de Enfermagem; 2004.
16. Cavalcanti ACD, Coelho MJ. A linguagem como ferramenta do cuidado do enfermeiro em cirurgia cardíaca. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007; 11(2):220-6.
17. Ong J, Miller PS, Appleby R, Allegretto R, Gawlinski A. A effect of preoperative instructional digital video disc on patient knowledge and preparedness for engaging in postoperative care activities. *Nurs Clin North Am*. 2009; 44(1):103-15.
18. Grittem L, Méier MJ, Gaievicz AP. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. *Cogitare Enferm*. 2006; 11(3):245-51.
19. Umann J, Guido LA, Linch GFC, Freitas, EO. Enfermagem perioperatória em cirurgia cardíaca: revisão integrativa da literatura. *REME – Rev Min Enferm*. 2011; 15(2):275-81.
20. Kruse MHL, Almeida MA, Keretzky KB, Rodrigues E, Silva FP, Schenini FS, Garcia VM. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009; 11(3):494-500.
21. Silva WV, Nakata S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Rev Brás Enferm*. 2005; 58(6):673-6.
22. Cavalcanti ACD, Coelho MJ. As reações ao cuidado de enfermagem em cirurgia cardíaca. *Rev Enferm UFPE online*. 2011; 5(8):1891-7.

Data de submissão: 10/11/2011

Data de aprovação: 13/7/2012



# EXPERIÊNCIA MATERNA NO CUIDADO DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO\*

MOTHER'S EXPERIENCE WITH HOMECARE OF PREMATURE INFANT

EXPERIENCIA MATERNA EN CUIDADOS DOMICILIARIOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Kayna Trombini Schmidt<sup>1</sup>  
Ieda Harumi Higarashi<sup>2</sup>

## RESUMO

Neste estudo de caso com abordagem qualitativa, trata-se da vivência de mães de prematuros no cuidado domiciliar após a alta hospitalar. As entrevistas foram realizadas em domicílio e, posteriormente, analisadas e categorizadas conforme referencial metodológico de Bardin. Participaram do estudo quatro sujeitos. Da análise de seus relatos emergiram duas categorias temáticas: Cuidado domiciliar: do imaginário à realidade e Informações: as lacunas do ensino/aprendizado. As necessidades apontadas pelas mães foram: orientações direcionadas à vacinação, preparo e administração de medicações e estabelecimento de um fluxograma eficiente de contrarreferência com as redes de apoio formais que realizarão o acompanhamento do prematuro após a alta. O comprometimento do profissional de saúde deve ser constante, principalmente em relação ao seguimento do prematuro, certificando-se da continuidade dos cuidados no ambiente domiciliar.

**Palavras-chave:** Prematuro; Enfermagem Familiar; Cuidado do Lactente; Educação em Saúde; Assistência Integral à Saúde.

## ABSTRACT

The present research is a qualitative case study that aims to identify the mothers' experience of the home care service of premature infants after hospital discharge. Interviews were carried out at the mothers' home and then analysed and categorized according to Bardin's methodological framework. Four individuals participated in the study. Two categories emerged from the analyses of their account: "homecare: imaginary and reality", and "information: gaps between teaching and learning". According to the mothers the service should offer: information on vaccination, preparation and administration of medications, and an efficient flowchart with information on support services that will monitor the infant after hospital discharge. The health professional commitment must be constant, especially regarding the baby follow up program and making sure that homecare will be properly carried out

**Keywords:** Premature Infant; Family Nursing; Infant Care; Health Education; Comprehensive Health Care.

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo comprender las vivencias de madres de niños prematuros en cuidados domiciliarios después del alta. Se trata de un estudio de caso de enfoque cualitativo con entrevistas realizadas a domicilio y, posteriormente, analizadas y clasificadas según el referente metodológico de Bardin. Participaron del estudio cuatro sujetos. Del análisis de sus relatos se destacan dos categorías temáticas: (a) Cuidado domiciliario: del imaginario a la realidad; (b) Información: los huecos de la enseñanza - aprendizaje. Las necesidades apuntadas por las madres fueron: orientaciones relativas a la vacunación, preparación y administración de medicamentos y establecimiento de un diagrama de flujo eficiente de contra referencia junto a las redes de apoyo formales que realizan el seguimiento del niño tras el alta. El compromiso del profesional de salud debe ser constante, principalmente siguiendo de cerca al prematuro y garantizando la continuidad de los cuidados en el ambiente domiciliario.

**Palabras clave:** Prematuro; Enfermería de la Familia; Cuidado del Lactante; Educación en Salud; Atención Integral de la Salud.

\* Trabalho original extraído da dissertação intitulada "Percepção de mães acompanhantes acerca do preparo para alta hospitalar do bebê prematuro: ações da equipe de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal", defendida em 15 de dezembro de 2011, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Neonatologia. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense (Unipar), Campus Cianorte-PR.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do Departamento de Enfermagem (DEN) da UEM. Coordenadora qdjunta do PSE/UEM, Maringá-PR, Brasil.

E-mail: ieda1618@gmail.com.

Endereço para correspondência – Rua Nashville, 21 apto. 503 bl A, Maringá-PR. CEP: 87200-000. E-mail: kayna411@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

Os recém-nascidos pré-termo (RNPTs) constituem uma clientela bastante peculiar quanto às necessidades que demandam dos serviços de saúde e são considerados uma população de risco. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), todos os bebês nascidos com idade gestacional maior que 22 semanas e menor que 37 são classificados como RNPTs, sendo que a média de nascimentos prematuros no Brasil é de 10%. Essa é uma população bastante frágil e de alto risco para o desenvolvimento de morbidades, contribuindo significativamente para a manutenção dos altos índices de mortalidade infantil. Estatísticas brasileiras apontam que, em 2007, a taxa de mortalidade infantil foi de 20/1000 nascidos vivos, sendo que 13,7 foram óbitos neonatais precoces e tardios.<sup>1</sup>

O cuidado ao RNPT exige conhecimentos específicos e direcionamento da assistência às suas necessidades, com foco no período de internação, estendendo-se ao ambiente domiciliar.<sup>2</sup> O aumento da sobrevivência desses recém-nascidos (RNs) considerados de risco<sup>3</sup> trouxe à equipe de saúde o desafio de garantir a educação da família para a transição do cuidado ao prematuro do ambiente hospitalar para o domiciliar. No entanto, fatores como as incertezas sobre a sobrevivência do bebê prematuro trazem às famílias, sentimentos negativos que incluem a ansiedade e o medo<sup>3</sup> e que podem interferir no preparo da família para a alta hospitalar.<sup>4</sup>

O profissional de saúde nas unidades neonatais e, em especial, a equipe de enfermagem exercem o papel de acompanhar o RN e sua família, dando-lhes suporte no processo de internação e transição para a alta hospitalar.<sup>5</sup> O foco do cuidado envolve, também, o suporte adequado aos pais no enfrentamento e na elaboração da situação de estresse, fator fundamental para garantir que a alta hospitalar seja um momento especial, e não uma ocasião repleta de inseguranças, informações fragmentadas e contradições.

Dada a importância atribuída à qualidade do cuidado domiciliar como garantia à manutenção da saúde dessa população de risco, emergiu a necessidade de avaliar o preparo para a alta hospitalar realizado com as famílias dos prematuros durante a internação. Diante dessa temática, o objetivo com este estudo foi compreender a vivência de mães de prematuros no cuidado domiciliar após a alta hospitalar.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso cujo objeto de análise é a experiência materna no cuidado domiciliar de prematuros egressos da UTIN de com abordagem qualitativa, realizada em um hospital-escola do Estado do Paraná. Para tanto, optou-se por utilizar a abordagem qualitativa no desenvolvimento da pesquisa. A instituição onde a pesquisa se desenvolveu é referência para atendimento de gestação de alto risco

e a única da cidade que conta com a Unidade de Terapia Intensiva exclusiva para pacientes neonatais. O serviço de atendimento neonatal é composto por seis leitos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), quatro na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) e três no alojamento conjunto (também denominado “enfermaria canguru”). Essa última enfermaria fica alocada no setor de pediatria e, portanto, opera de forma desvinculada das unidades neonatais.

A média de permanência ou tempo de internação entre janeiro e dezembro de 2009 foi de 11 dias na UTIN e 7 na UCIN. Alguns bebês prematuros egressos das unidades neonatais são transferidos para o alojamento conjunto e permanecem com suas mães quando estão próximos de receber a alta, no intuito de solidificar a adaptação mãe-filho e intensificar o preparo da progenitora para realizar os cuidados ao seu bebê. Faz-se necessário observar que é garantida a permanência dos pais na UCIN e na UTIN das 8 às 22 horas, sendo liberada uma hora de visita à tarde para duas pessoas (avós, familiares, dentre outros).

Este estudo é parte de uma pesquisa mais ampla, cuja abordagem inicial dos sujeitos foi realizada na instituição em questão, durante o período de internação do bebê na UCIN e no alojamento conjunto. Na primeira fase do estudo, o número de participantes foi determinado pelo critério de saturação teórica, que ocorre quando há repetição dos dados, ausência de informações novas e quando os objetivos do estudo são satisfatoriamente contemplados. Tal critério redundou na participação efetiva de 12 sujeitos de pesquisa.

A segunda abordagem se deu no domicílio do binômio, após a alta hospitalar, constituindo esse o objeto deste estudo. Foram elencados os seguintes critérios de inclusão: mães que foram entrevistadas na primeira etapa da pesquisa, durante a internação do filho na unidade neonatal; os sujeitos deveriam residir no mesmo município em que se situava o hospital eleito como local de estudo; anuência prévia, obtida ainda durante a abordagem intra-hospitalar, para receber a visita domiciliar da pesquisadora após a alta do bebê. Embora não se tenha constatado a recusa de nenhum sujeito em participar da entrevista domiciliar, o critério de residência no município acarretou a exclusão de seis das mães previamente acompanhadas. A coleta de dados foi realizada entre os dias 15 de novembro de 2010 e 28 de fevereiro de 2011.

O agendamento da visita foi realizado por meio telefônico, conforme contato informado previamente pelos sujeitos. Foi observado um intervalo mínimo de uma semana da alta do bebê para a realização do agendamento da visita, por se considerar esse um período mínimo de permanência do binômio em domicílio para a experimentação dessa realidade.

Utilizou-se a entrevista semidirigida enfocando os cuidados no domicílio e as eventuais dificuldades enfrentadas pelas mães nessa tarefa, tendo por base as informações obtidas na primeira entrevista realizada durante a internação do bebê. Esta transposição entre

o período de internação e o período pós-internação tinha por finalidade aprimorar o processo de educação em saúde no preparo da família para a alta hospitalar, baseando-se nas necessidades vivenciadas pelas mães de prematuros no cuidado do seu filho no domicílio. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, para análise. Os registros dos relatos passaram por um processo de leitura exaustiva, de modo a subsidiar a categorização destes, em consonância ao referencial metodológico de Bardin.<sup>6</sup>

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá sob o Parecer nº 059/2011, de forma a observar todos os aspectos éticos estabelecidos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde na implementação do estudo. Os nomes dos sujeitos foram substituídos por nomes fictícios para preservar suas identidades.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo, contemplou-se a participação de quatro mães de prematuros, pois, dos seis sujeitos incluídos, houve perda de dois na coleta, sendo um por recusa da família em receber a visita domiciliar após a alta e outro por impossibilidade de realizar a entrevista, mesmo após quatro tentativas. Entre as participantes, houve um caso de gemelaridade, de modo que o universo de estudo se compõe de quatro mães e cinco recém-nascidos (RNs). O tempo transcorrido entre a alta hospitalar e a realização das entrevistas domiciliares variou entre quinze dias e um mês.

A média de idade das entrevistadas foi de 32 anos, sendo todas casadas ou em união estável, com renda familiar

variando de dois a cinco salários mínimos. Com relação à escolaridade, apenas uma mãe tinha oito anos de estudo e três completaram onze anos; a idade dos companheiros variou entre 30 e 54 anos. Quanto à disponibilidade para permanecer junto ao filho internado na unidade neonatal, apenas uma referiu permanecer o dia todo na UTIN e na UCIN, enquanto as demais referiram permanecer ao lado do filho nos três horários de visita instituídos pelo hospital, permanecendo de 20 a 30 a cada visita. No tocante à caracterização dos bebês (TAB. 1), o peso de nascimento (Pn) variou de 925 g a 2.780 g, sendo que três bebês nasceram com extremo baixo peso (Pn <1.000 g). A idade gestacional ao nascimento (IGn) variou de 28 a 35 semanas e a média de tempo de internação foi de 48,8 dias, variando entre 12 e 117 dias.

Duas das mães tinham história de parto prematuro (PP) e o mesmo fator causal da gestação anterior esteve presente nessa gestação e parto. Em um caso, o PP foi causado por descolamento prematuro de placenta, com perda de líquido amniótico, e a outra mãe desenvolveu doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). A entrevistada que teve PP desencadeado por DHEG perdeu um filho anteriormente, na 27ª semana de gestação, dada a má condução terapêutica do caso, culminando no óbito intraútero. Considerando a história obstétrica das mães desta pesquisa, todas eram múltiparas, sendo três com duas gestações anteriores e uma com cinco gestações, incluindo um aborto aos três meses sem causa definida (primeira gestação).

Na análise dos relatos abordando a temática central do estudo, emergiram duas categorias temáticas: Cuidado domiciliar: do imaginário à realidade e Informações: as lacunas do ensino/aprendizado.

**TABELA 1 – Caracterização dos recém-nascidos conforme variáveis de nascimento, dados de internação e dados do parto. Maringá-PR – 2010**

VARIÁVEIS	RNI de Luísa ♀	RNII de Luísa ♀	RN de Ana ♀	RN de Elisa ♀	RN de Karen ♂
<b>Peso Nasc.</b>	1.490 g	975 g	960 g	925g	2.780g
<b>Id. Gest. Nasc.</b>	32s 3d	32s 3d	28s	29s	35s
<b>Apgar 5º min</b>	10	10	9	8	8
<b>Tempo de internação</b>					
<b>UTIN</b>	0	10	34	104	7
<b>UCIN</b>	31	34	21	7	0
<b>Enf. Canguru</b>	0	0	23	6	7
<b>Diagnóstico de internação</b>	RNPT, Gemelaridade discordante	RNPT, Gemelaridade discordante, PIG	RNPT, SDR	RNPT, SDR	RNPT, Apnéia prolongada, ANN grave
<b>Tipo de parto</b>	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Cesárea
<b>Indicação de cesárea</b>	DHEG materna, BR>12h	DHEG materna, BR>12h	Oligodramnia, DPP	Oligodramnia, SFA	Síndrome Hellp materna

♂ = Sexo masculino, ♀ = Sexo feminino; RNPT = recém-nascido pré-termo; SDR = síndrome de desconforto respiratório; PIG = pequeno para idade gestacional; ANN grave = anóxia neonatal grave; DHEG = doença hipertensiva específica da gestação; BR = bolsa rota; DPP = descolamento prematuro de placenta.

## Cuidado domiciliar: do imaginário à realidade

A observação da reação materna e o suporte no período de transição do hospital para o lar são importantes para garantir que o bebê receba o cuidado domiciliar adequado, estimulando, também, o fortalecimento do vínculo mãe-bebê-família.<sup>7</sup> O cuidado domiciliar envolve diversas particularidades advindas da própria prematuridade e necessidades específicas do bebê de risco. Pôde-se constatar nos relatos que, mesmo após vivenciar o preparo para a alta, Luísa ainda sentiu insegurança ao assumir integralmente o cuidado de seu bebê.

*Eu fiquei insegura em questão da respiração e do desenvolvimento dele [...]. Ele tava mamando a cada duas horas, depois a cada três. Esses dias aqui em casa deu quatro horas de mamada e ele não acordava, aí meu Jesus, vou acordar ele.*

Nessa mesma direção, é possível depreender da fala a seguir que a ansiedade vivenciada durante a internação do bebê se repete mesmo após a alta,<sup>8</sup> ou pode evoluir para sentimentos de medo, em face da falta de segurança e apoio profissional anteriormente oferecido pela equipe de saúde hospitalar:

*Eu tava com medo de não saber cuidar dele. Como ele nasceu com essa apneia prolongada, eu ficava em cima pra ver se ele tava respirando normal, ficava olhando a barriguinha, colocava a mão no narizinho pra ver se tava tudo certinho. Minha preocupação maior era esta: a questão da respiração. (Luísa)*

Em outro estudo realizado com a família de prematuros no domicílio, detectou-se que a experiência anterior de cuidado do bebê prematuro pode ser indicada como um fator positivo no enfrentamento dessa vivência.<sup>8</sup> Entretanto, a experiência pregressa não se traduz em garantia plena de que a mãe terá segurança no cuidado domiciliar, como pode ser observado no relato de Ana:

*A dificuldade era para cuidar, pra banho mesmo era bem mais dificultoso [...] É medo, né? É pequeninha, a gente tem medo de cair, de ter dor, dos panos rolar e ela descer, esses medos que dá em mãe.*

Esse fato pode ser mais bem compreendido ao observar-se que nem todas as unidades neonatais têm como rotina a inserção da família no cuidado no ambiente intra-hospitalar. Dessa maneira, a aproximação da mãe com o prematuro acontece tardiamente, como ocorreu com Ana, que já vivenciara a experiência anterior de prematuridade em outro serviço de saúde. Nessa experiência, a possibilidade de cuidar da outra filha prematura só surgiu após a alta hospitalar, quando a criança já havia completado quatro meses de vida.

Em geral, é a mãe quem assume o papel de principal cuidador do bebê,<sup>9</sup> tanto durante a internação quanto no domicílio. Dessa forma, a mãe se destaca como a personagem central e foco do processo de

ensino-aprendizagem do cuidado. O objetivo com o preparo adequado e emancipatório da mãe para a alta hospitalar do prematuro é garantir que ela seja capaz de dar continuidade aos cuidados no domicílio,<sup>3</sup> e deve ser realizado com informações concisas e de fácil compreensão,<sup>4</sup> sempre considerando a capacidade de entendimento da mãe. Pode-se notar que as técnicas ensinadas às mães, ou mesmo aquelas observadas por elas, são repetidas no domicílio, numa reprodução das rotinas hospitalares. Nessa postura, reflete-se o receio de que qualquer modificação possa comprometer a condição de estabilidade alcançada pelo bebê:

*Eu tô tentando seguir os horários (da medicação) que eles davam lá, pra não sair da rotina. Então eu vim de lá e trouxe o hospital pra casa, sabe? O horário do banho, o horário do remédio pra não fugir muito da rotina pra mim não se perder. (Elisa)*

A deficiência no processo de preparo para a alta pode ser responsável por sentimentos de insegurança e de medo no cuidado domiciliar. Embora a expectativa antes da alta envolva sentimentos conflituosos, percebe-se que, quando a mãe recebe orientações consistentes durante a internação do bebê, o processo de transição e adaptação para a realização do cuidado no domicílio se torna mais ameno:

*Eu achava que seria pior, achava que ia passar a noite em claro, que ia me dar trabalho, mas não [...]. Meu receio no começo era o banho mesmo, porque ele era muito pequenininho, daí eu fui aprendendo no hospital, saí de lá uma mãezona. (Elisa)*

Outro fator destacado pelos discursos foi em relação à prevenção de infecções, com referência à realização de orientações nesse sentido pelos profissionais da equipe de saúde e a forma como as mães elaboraram e trabalharam esses conceitos no seu lidar com o bebê:

*É um bebê que não tem muita resistência [...]; qualquer coisinha pega. (Ana)*

*Eles orientaram pra gente não ter contato com os outros, não pegar o filho do acompanhante, não deixar pegar. (Luísa)*

Dentre os cuidados de prevenção da infecção cruzada, a restrição de visitas também foi destacada em estudo realizado com mães de prematuros,<sup>2</sup> de tal modo que esse tipo de orientação e cuidado foi assimilado pelas mães, estendendo-se ao período pós-alta hospitalar:

*Meu maior medo foi a reação das pessoas em eu falar que não podia pegar (no colo). A gente até fez uma mentirinha básica que os médicos tinham proibido. (Karen)*

O apoio social foi citado por todas as entrevistadas como um fator importante na adaptação domiciliar e fonte de superação das dificuldades encontradas,

ainda que consideradas as condições individuais de cada família. Pode-se definir apoio social como um fator essencial para prover o ambiente social, além de ser um importante aspecto de troca entre a pessoa e o mundo social.<sup>9</sup> Tal suporte se faz necessário, principalmente no ajuste da família às possíveis mudanças. Assim, ratificando os achados de Simioni,<sup>10</sup> neste estudo detectou-se que os atores sociais referenciados como os que mais contribuíram neste processo de ajuste ou adequação foram os membros da família (cunhadas, avós, filhos), citados como principais responsáveis por suprir a necessidade de apoio tanto na dimensão material, auxiliando na realização dos cuidados básicos (cuidados de higiene e conforto), como também no que se refere à dimensão informativa e de provimento de apoio afetivo-emocional.

*Minha cunhada e minha sogra me ajudaram muito.*  
(Ana)

*À noite, quando eu estou cuidando de um e o outro está chorando, minha cunhada vai lá pegar, se estiver desocupada. Sempre tem alguém na hora que eu preciso de ajuda, graças a Deus.* (Karen)

*Meus filhos fazem as coisas pra mim porque eu não gosto de deixar ele chorar [...]. O nascimento do F. trouxe mais união, juntou ainda mais a família.* (Elisa)

Nos relatos evidencia-se a importância do amparo intrafamiliar, ao mesmo tempo em que se destaca a importância de elementos da família extensa, cujo papel e atuação junto aos pais promovem o processo de fortalecimento paterno, auxiliando na resolução de questões rotineiras – por exemplo, problemas relacionados ao aleitamento materno. A divisão de responsabilidades entre os membros da família é positiva diante do enfrentamento das dificuldades referentes à prematuridade.<sup>7</sup> O incentivo à visita de familiares durante a internação pode ser uma estratégia utilizada para favorecer o envolvimento dos membros da família que constituem a rede de apoio informal dos pais.<sup>11</sup>

O auxílio dedicado pela avó paterna, conforme referido por uma das entrevistadas (Ana), evidencia a participação ativa das avós, razão pela qual estas podem ser consideradas como uma “base segura”<sup>11:549</sup> no amparo às mães dos prematuros.<sup>10,12</sup> Em outro estudo com bebês de risco, confirma-se que a participação das avós aumenta conforme a criança cresce, por serem uma alternativa segura quando a mãe necessita retornar ao trabalho.<sup>9</sup>

A adaptação da família a uma nova dinâmica ou funcionamento é referida como um processo de superação em que se destaca a importância da participação de toda família no enfrentamento:

*Se Deus quis me dar uma criança especial, que eu sou capaz de cuidar, então seja bem-vinda, vou amar mais ainda [...]. Se for síndrome de Down, pra mim não é doença [...]. O que tiver que passar, vamos passar juntos e vamos superar e tratá-lo como uma criança normal.* (Elisa)

No contexto do cuidado ao RNPT, o incentivo ao aleitamento materno (AM) deve ser considerado uma prioridade para a equipe de enfermagem, visto seu papel como fator de proteção contra infecções e garantia do crescimento e desenvolvimento adequado do RNPT. A efetivação do aleitamento do RNPT, porém, constitui, na prática, em desafio que sofre interferência de diversos fatores, como: dificuldade materna em manter a produção láctea durante o período de internação,<sup>13</sup> atribuível tanto às condições clínicas do bebê como ao estado físico e emocional da mãe; dúvidas em relação ao prognóstico do bebê;<sup>13</sup> insegurança materna em relação ao ganho de peso do bebê quando em aleitamento materno exclusivo (AME); além de fatores diretamente ligados à condição de imaturidade fisiológica e neurológica do RNPT<sup>14</sup>; dentre outros.

Durante as entrevistas domiciliares realizadas neste estudo, dos quatro recém-nascidos, um estava em AME e três estavam em aleitamento misto, sendo que todas as mães referiram ter recebido orientação verbal sobre ordenha. Nesse contexto, cabe destacar o caso do bebê de Elisa, que recebeu alta em uso de sonda orogástrica. Embora Elisa tenha mantido a ordenha nos 117 dias em que seu bebê esteve internado, sua produção láctea diminuiu e se manteve baixa após a alta hospitalar, tendo como fator de risco para desmame precoce o déficit de sucção e deglutição do bebê. Ao referir-se a essa experiência, a participante relatou que, apesar de a orientação a respeito da necessidade de ordenha ter sido realizada, a possibilidade de alimentar o filho pela sonda com o próprio leite não foi discutida pela equipe com ela durante a internação.

Outra mãe (Karen) também referiu não realizar a ordenha conforme a orientação durante o período de internação, porém relatou que, ao queixar-se para a equipe sobre a diminuição do leite, sentiu sua queixa desvalorizada pelos profissionais e acreditava que uma intervenção mais precoce sobre as eventuais dificuldades de amamentação poderia surtir resultados mais satisfatórios:

*Eu acho que foi falha minha não ter tirado o leite de duas em duas horas. Isso diminuiu; e também o estresse: problemas básicos da família e preocupação com nossas vidas mesmo. Mas eu acho que faltou aqui (no hospital) um apoio, sim, porque por saber que eram dois (bebê) [...] Na hora que eu reclamei que não tinha o leite, parece que ela não acreditava em mim.* (Karen)

Em estudo realizado com 11 mães de prematuros, abordando a vivência no processo de lactação e amamentação, desvelou-se a preocupação materna em relação à diminuição da produção láctea, mesmo nos casos em que era realizada a ordenha, mediante orientação durante o período de internação do bebê. Tais achados revelaram que a vivência desse tipo de dificuldade afluía um sentimento de impotência nas progenitoras<sup>13</sup> e, após a alta, a alimentação do bebê era ser fonte de angústia e de grande preocupação para as mães.<sup>15</sup>

Neste estudo, e no caso específico da participante Luísa, observou-se que a experiência anterior com manejo

do aleitamento contribuiu de forma muito positiva para que essa mãe obtivesse sucesso para manter o aleitamento materno exclusivo (AME) do filho após a alta. Segundo a participante, houve grande dificuldade para o estabelecimento da amamentação com a primeira filha, pois foram necessárias a ordenha e a oferta de leite materno no copo, conforme orientação de profissionais de saúde. Tal vivência, aliada à vontade materna de amamentar, foi decisiva na manutenção da lactação diante da internação do filho prematuro.

Entretanto, na visita domiciliar, uma mãe queixou-se de muita dor ao amamentar. Ao observar a amamentação, foi possível constatar erro no posicionamento da criança, com cessação completa da dor assim que se procedeu ao reposicionamento do bebê. Tal problema seria passível de intervenção precoce pela equipe de saúde da família (ESF) se houvesse caráter de continuidade no processo de acompanhamento pós-alta, conforme preconizado pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança.<sup>16</sup>

Assim, não fosse a existência de uma motivação intrínseca da mãe em aleitar, esse problema poderia representar um fator de desmame precoce. Embora as dificuldades sejam esperadas no manejo do aleitamento em prematuros, é papel da equipe de saúde orientar adequadamente as mães quanto à importância do leite humano, principalmente tendo em vista suas qualidades nutricionais e imunológicas e o impacto positivo desses fatores para a saúde e o desenvolvimento do RNPT. Essas conclusões confirmam as de outro estudo, que apontou como fatores determinantes no sucesso da manutenção da lactação elementos como a segurança materna, o apoio da família e dos profissionais de saúde.<sup>12</sup>

### Informações: as lacunas do ensino/aprendizado

Ao avaliar as necessidades globais da criança nos âmbitos fisiológico e psicossocial, a comunicação serve como recurso terapêutico capaz de possibilitar autonomia, segurança e relação de confiança entre a equipe de saúde e a tríade pais-filho-família.<sup>17</sup> Nesse contexto, o preparo da família para a alta do prematuro deve visar ao “desligamento da Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal e proporcionar meios para a readaptação dos pais e dos bebês no ambiente domiciliar”.<sup>11:889</sup> Cabe ressaltar, porém, que a falta de sistematização da assistência à família, aliada a eventuais falhas no registro das informações fornecidas, pode resultar em orientações repetitivas e fragmentadas. Esse ciclo pode ocasionar a não compreensão das informações pela mãe, ou mesmo fazer com que sua importância seja banalizada:

*É tanta coisa que eu não lembro mais; elas falavam tanta coisa, tanto os médicos como elas (enfermeiras), que eu nem lembro pra falar pra você [...]. Elas pegam muito no pé. (Ana)*

Paradoxalmente, observa-se que o estresse vivenciado durante o período de internação também prejudica a

capacidade de aprendizado efetivo dos pais,<sup>11</sup> de maneira que a mesma informação precise, em determinados casos, ser repetida várias vezes durante a internação e reforçada no acompanhamento após a alta.

Embora a enfermaria canguru do hospital em estudo se configure como um alojamento conjunto com objetivo de capacitar as mães para o cuidado ao bebê, algumas lacunas nesse processo foram encontradas, levando a crer que sua função como ambiente de aprendizado não se concretize de forma completa. A falta de continuidade no atendimento à família pode ser acarretada pelo fato de a enfermaria canguru estar alocada em outro setor (pediatria) cujo atendimento de enfermagem fica sob a responsabilidade de outra equipe, desvinculada da equipe atuante nas unidades neonatais, com a qual os pais já haviam estabelecido um vínculo e uma relação de confiança:

*Quem me preparou mais era na neo (UCIN); tão sempre falando, mais ali na enfermaria eles não falaram muita coisa, chegou lá e entregou, cada departamento, o doutor entregou a receita, a fono entregou outro papel e eu segui o que tá no papel. Não passou muita coisa, não. (Elisa)*

Entre os aspectos/cuidados abordados no processo educativo para a alta, a orientação sobre medicação desponta como primordial. Contudo, os relatos revelam que esta se restringiu à mera entrega da receita pelo médico, de tal maneira que as mães deixavam o hospital sem a certeza sobre a forma correta de administração, incorrendo em riscos de erro, com efeitos imprevisíveis sobre a recuperação e a condição geral do bebê.

*O sulfato ferroso, falaram pro meu cunhado que foi pegar no posto pra mim, que era pra dar fora das mamadas e dos horários de comida, porque tem gosto ruim. Agora, os outros, ninguém falou nada. (Karen)*

*É oito gotas de um (medicação) e o outro é 12 gotas, eles colocavam tudo na mesma seringa, então eu tô fazendo igual. Não sei se tem problema ou não. Eu não dou nada perto do leite [...]; o cheiro é forte, não sei se interfere, né? (Elisa)*

Na visita domiciliar, foi detectado, num dos casos acompanhados pelo estudo, que o bebê deveria estar recebendo medicação anticonvulsivante. Ao verificar que a medicação não tinha sido citada pela mãe, foi questionado por qual razão o bebê não estava fazendo uso da medicação. A mãe justificou que ela não tinha conhecimento de que seu filho fizera uso de anticonvulsivante durante a internação e que, por ocasião da entrega das receitas, o profissional de saúde informou que tinha um “remédio para a cabeça”, porém não pronunciou o nome nem explicou por que deveria ser tomado, permanecendo uma lacuna no entendimento sobre a medicação. Ao levar as receitas na Unidade Básica de Saúde (UBS), o pai da criança foi informado de que, pela receita, o medicamento era para a mãe, e não para o bebê, embora no campo para registro

do nome constasse a informação “Lact. de (nome da mãe)”. Diante de tais observações, evidenciou-se neste estudo dois casos de orientação incorreta pela UBS, visto que a justificativa para não oferecer as vitaminas próximo ao horário de mamadas também foi inadequada.

Tais constatações trazem grande preocupação, pois reforçam a tese de que, se houvesse uma integração efetiva entre o trabalho realizado pelas equipes médica e de enfermagem na instituição hospitalar, a orientação sobre medicação poderia ter sido realizada adequadamente durante a internação.

Essa sistemática de preparo incluiria oportunizar à mãe participação mais ativa na assistência, sempre sob a supervisão de um profissional da equipe, manuseando os frascos, preparando e administrando as medicações, de modo que pudesse estar mais familiarizada com esses cuidados ao levar o bebê para casa.

Outra dificuldade apontada pelas mães se deu em relação à vacinação. Por ser uma medida relacionada à prevenção de doenças/infecções, a orientação deve ser efetuada primeiramente no ambiente hospitalar e, depois, reforçada na UBS. Como se pode depreender nas falas a seguir, três das quatro entrevistadas abordaram esta temática, demonstrando a relevância dela para as mães:

*Quando são mães inexperientes, quando não têm nenhum filho, devia falar assim: ‘Oh, tem uma vacina atrasada’. E ninguém falou nada. (Karen)*

*Que vacinasse o médico me orientou, porque aquela H1N1 ela dá reação, né? Febre, diarreia, daí tanto que eu fiquei com medo e demorei a levar ela no posto e perdi a primeira, agora só se tiver campanha. (Ana)*

*Ele perdeu uma vacina, que era pra ter dado com três meses, a rotavírus, então não sei se ele vai poder tomar ainda, se eu pagar essa vacina se dão, se é necessário. (Elisa)*

Verifica-se que as situações relatadas poderiam ser identificadas precocemente se houvesse observância mais incisiva das recomendações contidas na Agenda de Compromissos,<sup>16</sup> no que tange ao acompanhamento mais efetivo do calendário vacinal dessa clientela de risco pela ESF, conforme preconizado por essa normativa ministerial.

Outras considerações sobre problemas rotineiros apresentados pelos bebês se referiram à conduta a ser adotada quando o bebê tem cólica. Tal preocupação se destacou no relato de três entrevistadas:

*Poderia ter alguma orientação em relação à cólica, normalmente toda criança tem, então o que fazer com essa criança que está com a barriga cheia de gases e a gente não sabe o que fazer. (Karen)*

Todos os aspectos ressaltados pelas mães nesse contexto desafiador da adaptação pós-alta hospitalar ajudam a delinear um novo cenário assistencial. A evolução

dos conhecimentos médicos e o desenvolvimento tecnológico culminaram com a mudança do perfil epidemiológico da população atendida. No cenário da atenção pediátrica, esse processo levou ao aumento do número de crianças que recebem alta hospitalar dependentes de algum tipo de tecnologia. A criança dependente de tecnologia (CDT) é aquela que necessita de artefatos tecnológicos e/ou farmacológicos indispensáveis para sua sobrevivência, podendo estes estarem relacionados ao auxílio na nutrição, medicação, respiração, dentre outros.<sup>18</sup> Portanto, no preparo para alta, deve-se também considerar essa transformação, direcionando seu foco para a capacitação da mãe para lidar com as necessidades específicas do filho. Para tanto, ela deve ser orientada sobre a função e o manejo da tecnologia. Conforme ilustrado na fala a seguir, embora Elisa fosse capacitada para administrar a nutrição pela sonda orogástrica (SOG), observa-se que a real função da sonda não era bem compreendida por ela, que associava seu uso com a capacidade de respirar da criança.

*Eu fiquei uma semana (no hospital), que eu colocava leite na sonda, eu que preparava e via se tinha resíduo [...]. O meu medo agora (em casa) foi por causa da sonda, medo dele tirar e ter que sair correndo com ele; eu achei que sem a sonda ele ia ficar sem ar, mas não é. (Elisa)*

Desse modo, o seguimento por meio da rede social formal no acompanhamento do bebê em domicílio deve ser um dos critérios observados para a alta hospitalar. Entretanto, o que se pode depreender das falas das mães é um desencontro de orientações, aliado a uma sucessão de falhas no atendimento desses bebês. Embora a totalidade das mães tenha sido orientada a realizar acompanhamentos especializados em razão das demandas da prematuridade de seus filhos (fonoaudiólogo, neurologista, neonatologista), ressalte-se que tais acompanhamentos não dispensam a necessidade de, também, realizar a puericultura na UBS, dada sua importância e tendo em vista ser esta uma responsabilidade pertinente à ESF e fundamental à tarefa de monitoramento das populações de risco em sua área de abrangência:<sup>16</sup>

*De puericultura ninguém falou nada, pesar, ver, porque, afinal, a agente comunitária não veio aqui em casa, e ela falou que viria assim que eu sáisse (do hospital). A enfermeira que fazia a pré-consulta ia falar pra ela, mas ninguém veio até agora, e eu não sei como vai funcionar. (Karen)*

Até o momento da entrevista, nenhuma das mães participantes no estudo havia recebido a visita da ESF ou tinha sido orientada sobre a puericultura, contrariando-se, assim, as metas estabelecidas pela Agenda de Compromissos,<sup>16</sup> que preconizam a necessidade de proceder-se à busca ativa e captação precoce das crianças de risco. Uma das mães referiu que foi orientada a realizar as consultas apenas no hospital universitário e duas mencionaram que a UBS não contava com

atendimento de pediatria à época de realização das entrevistas.

A dificuldade para receber atendimento nas redes de apoio após a alta também foi narrada por Elisa:

*Eu saí na sexta, no sábado tive que retornar pra pôr a sonda e eu já vi que quando retorna é difícil de entrar lá dentro [...]. Eu tô pedindo a Deus que tira logo essa sonda porque é difícil. No posto eles não põem e vai lá (no hospital) é difícil.*

De acordo com os relatos dessa mãe, ela havia procurado três instituições de saúde para repassar a SOG, porém em dois desses locais foi informada de que não passavam SOG em criança, e na terceira instituição a espera pelo atendimento foi grande. Por tratar-se de um procedimento de simples execução, é questionável se o problema no atendimento decorria do despreparo dos profissionais para atenderem a criança ou se houve negligência por parte das redes de apoio formais (serviços ambulatoriais e Unidade Básica de Saúde) no processo de absorção dessa demanda antes de incumbência do sistema de atenção hospitalar.

Em outro estudo em que a rede social e o apoio social de famílias com RNPT e de baixo peso ao nascer (peso <2500g) foram investigados, também foram constatados desajustes na prática das Unidades Básicas de Saúde (UBS), caracterizados pelo cuidado fragmentado e significância mínima na atuação dos serviços de saúde como efetiva rede de apoio no seguimento dos bebês e suas famílias.<sup>18,19</sup>

Esses achados apontam para um sistema de referência e contrarreferência ainda muito deficientes. Embora a cidade conte com um Programa de Vigilância de Bebês de Risco (PVBR), responsável pelo cadastro de todos os recém-nascidos considerados de risco e pelo repasse dessa informação para as UBS, a busca ativa e precoce por essas crianças após a alta hospitalar foi deficitária. Essa condição foi constatada em outro estudo realizado com 238 crianças incluídas no PVBR, identificando que menos da metade das famílias recebeu a visita da ESF após a alta hospitalar.<sup>9</sup>

Em outro estudo em que se avaliou um programa de acompanhamento a crianças de risco, também se apontou a fragilidade na vigilância em saúde no

que tange à integração entre o serviço hospitalar e a contrarreferência às UBS após a alta hospitalar.<sup>20</sup>

## CONCLUSÃO

A enfermagem exerce papel fundamental tanto no preparo das famílias para a alta hospitalar do prematuro quanto no acompanhamento dessa clientela nas redes básicas de atendimento à saúde. Dessa maneira, o cuidado direcionado às ações curativas para garantir a sobrevivência do prematuro compõe apenas uma das etapas do trabalho da equipe de enfermagem. Os esforços dedicados para estimular a inserção e a participação regular da família no cuidado ao filho prematuro durante a internação devem ser constantes. Uma proposta capaz de melhorar o atendimento a essas famílias é a sistematização do preparo para a alta, que poderia efetivar-se por meio de um protocolo que envolva a equipe multiprofissional, assegurando o cuidado integral aos prematuros/famílias.

Embora neste estudo tenham sido identificadas algumas ações e iniciativas da equipe de enfermagem no preparo da família, foram também apontadas diversas lacunas nesse processo, as quais precisam ser repensadas e supridas nas práticas de educação em saúde nas unidades neonatais. Em face dos temas abordados pelas mães entrevistadas, essa orientação deveria incluir, dentre outras abordagens, a instrução teórica e prática da mãe sobre o preparo e a administração de medicações, orientações sobre vacinação, bem como o estabelecimento, nas instituições hospitalares, de um fluxograma eficiente de referência e contrarreferência com as redes de apoio formais que acompanharão o prematuro após a alta.

Desse modo, reforça-se a premissa de que a puericultura constitui uma estratégia fundamental para diminuir a mortalidade infantil e detectar precocemente possíveis complicações e anormalidades de crescimento e desenvolvimento dessa população de risco. Para garantir maior segurança aos pais e bebês, as ESFs devem estar capacitadas para assistir o prematuro em suas necessidades, com ações pautadas pelas recomendações da Agenda de Compromissos, priorizando a busca ativa precoce dos RNPTs e de baixo peso ao nascer, egressos das unidades neonatais.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: Indicadores e Dados Básicos - IDB - 2009. [Citado em: 2011 set. 30]. Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>.
2. Morais AC, Quirino MD, Almeida MS. O cuidado da criança prematura no domicílio. Acta Paul Enferm. 2009; 22(1):24-30.
3. Duarte AS, Santos WS, Silva LDB, Oliveira JD, Sampaio KJAJ. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. Rev Rene. 2010; 11(3):162-70.
4. Tronco CS, Padoin SMM, Neves ET, Landerdahl MC. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção do familiares. Rev Enferm UERJ. 2010; 18(1):108-13.
5. Alves VH, Costa SF, Vieira BDG. A permanência da família em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: imaginário coletivo dos enfermeiros. Cienc Cuid Saúde. 2009; 8(2):250-6.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2010. 281 p.



7. Souza NL, Fernandes ACP, Costa ICC, Enders BC, Carvalho JBL, Silva MLC. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Rev Salud Pública*. 2010; 12 (3):356-67.
8. Costa SAF, Ribeiro CA, Borba RIH, Balieiro MMFG. A experiência da família ao interagir com o recém-nascido prematuro no domicílio. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 out-dez; 13 (4):741-9.
9. Marques FB, Teston EF, Barreto MS, Furlan MCR, Marcon SS. The social net in families with newborn infants at risk during the first year of life: descriptive-exploratory study. *Online Braz J Nurs*. 2009; 9(2). [Cited 2011 Sep 06] Available from: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3063/694>>.
10. Simioni AS, Geib LTC. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(5):645-51.
11. Couto FF, Praça NS. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(4):886-91.
12. Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev Latin-am Enferm*. 2004; 12(4):597-605.
13. Silva RV, Silva IA. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(1):108-15.
14. Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma Unidade neonatal: a vivência materna. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(1):19-24.
15. Souza NL, Araujo ACPF, Costa ICC, Junior AM, Junior HA. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. *REME Rev Min Enferm*. 2010 abr/jun;14(2):159-65.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. 80p.
17. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2006; 6(1):47-57.
18. Drucker LP. Rede de suporte tecnológico domiciliar à criança dependente de tecnologia egressa de um hospital de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(5):1285-94.
19. Vieira CS, Mello DF, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rede de apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Rev Eletrônica Enferm*. 2010; 12(1):11-9.
20. Luque ALF, Lima CMGL, Carvalhaes MABL, Tonete VLP, Parada CMGL. Evaluation of care for at-risk newborns from the perspective of a public health policy. *Rev Latinoam Enferm*. 2011; 19(2): 293-300.

Data de submissão: 11/11/2011

Data de aprovação: 12/5/2012

# DOR AGUDA: JULGAMENTO CLÍNICO DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

ACUTE PAIN: NURSES' CLINICAL JUDGEMENT IN POSTOPERATIVE CARDIAC SURGERY

DOLOR AGUDO: DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Gutemberg Stival de Faria Filho<sup>1</sup>  
Laysa Ribeiro Caixeta<sup>1</sup>  
Marina Morato Stival<sup>2</sup>  
Luciano Ramos de Lima<sup>3</sup>

## RESUMO

Objetivou-se com esta pesquisa identificar o diagnóstico de enfermagem (DE) dor aguda em pacientes no pós-operatório (PO) de cirurgia cardíaca. Trata-se de um estudo quantitativo-descritivo, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva em um hospital geral de referência do interior do Estado de Goiás, para tratamento cirúrgico de cardiopatias. A dor foi avaliada nas situações: tosse, inspiração profunda, vômito e repouso. A amostra foi composta por 37 pacientes que se encontravam no 3º PO de cirurgia cardíaca. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2009 e abril de 2010. A revascularização do miocárdio foi a cirurgia mais frequente (62,1%). Quanto à intensidade, a dor foi classificada como *moderada* na dor geral e tosse, *leve* respectivamente a inspiração profunda, vômito e repouso. O local de dor mais relatado foi a região esternal e o principal analgésico utilizado foi a dipirona. O fator relacionado do DE dor aguda foi agentes lesivos (100%) e as principais características definidoras com associações significativas ( $p < 0,05$ ) foram comportamento de proteção, expressão facial e gestos protetores. Este estudo permitiu caracterizar a dor aguda do paciente em pós-operatório por meio do DE junto com instrumento unidimensional (Escala Numérica-EN), que contribuiu para a caracterização do DE dor aguda. A utilização de instrumento de mensuração de dor unidimensional pode contribuir para o julgamento clínico do enfermeiro diante das dificuldades do pós-operatório de cirurgia cardíaca.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem; Dor no Pós-Operatório; Cirurgia Torácica; Medição da Dor; Avaliação em Enfermagem.

## ABSTRACT

The objective of this study was to identify nursing diagnosis for acute pain in patients' postoperative cardiac surgery. It is a quantitative descriptive study conducted in an Intensive Care Unit of a Referral Hospital in the state of Goiás. Pain was assessed when coughing, deep breathing, vomiting, and resting. The sample comprised 37 patients on a third postoperative cardiac surgery. Data was collected between October 2009 and April 2010. Myocardial revascularization was the most frequent surgery (62.1%). Pain intensity was classified as mild in general pain and with coughing; moderate on taking a deep breath, vomiting, and resting. Pain was located mostly in the sternal region and the analgesic usually prescribed was dipyrone. Nursing diagnosis for acute pain was associated with harmful agents (100%) and the main defining characteristics with significant associations ( $p < 0.05$ ) were guarded behaviour, facial expressions, and protective gestures. The present study characterized acute pain in post-operative patients by means of nursing diagnosis and numeric rating scale to typify acute pain. The use of a one-dimensional instrument to measure pain may contribute to the nurses' clinical judgement in the face of cardiac surgery postoperative difficulties.

**Key words:** Nursing Diagnosis; Postoperative Pain; Thoracic Surgery; Pain Measurement; Nursing Assessment

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar diagnósticos de enfermería (DE) de dolor agudo postoperatorio (PO) en pacientes de cirugía cardíaca. Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo realizado en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general de referencia del estado de Goiás para tratamiento quirúrgico de cardiopatías. El dolor fue evaluado en las siguientes situaciones: tos, inspiración profunda, vómito y reposo. La muestra estuvo compuesta por 37 pacientes en el tercer PO de cirugía cardíaca. La recogida de datos se realizó entre octubre 2009 y abril 2010. La revascularización miocárdica fue la cirugía más frecuente 62,1%. En cuanto a su intensidad, el dolor fue clasificado como moderado en el dolor general y tos, ligero respectivamente en inspiración profunda, vómito y reposo. El sitio más dolorido fue la región esternal y el analgésico más empleado la dipirona. El factor relacionado de DE dolor agudo fue agente lesivo (100%) y las principales características que definen el dolor a una asociación significativa ( $p < 0,05$ ) fueron comportamientos de protección, expresiones faciales y gestos de protección. Este estudio permitió caracterizar el dolor agudo del paciente después de la cirugía por medio de DE e instrumentos unidimensionales (escala numérica - EN). El uso del instrumento de medición unidimensional del dolor puede contribuir al diagnóstico de enfermería ante las dificultades del postoperatorio de cirugía cardíaca.

**Palabras clave:** Diagnóstico de Enfermería; Dolor Postoperatorio; Cirugía Torácica; Medición del Dolor; Evaluación en Enfermería.

<sup>1</sup> Acadêmicos do 8º período do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGÉLICA). E-mail: gtberguesf01@hotmail.com; laysacaixeta@hotmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Professora Assistente da Faculdade Ceilândia, da Universidade de Brasília. E-mail: marinamorato@unb.br.

<sup>3</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela FENUFG. Especialista UTI pela EEUFMG. Professor assistente da Faculdade Ceilândia, da Universidade de Brasília., E-mail: ramosll@unb.br  
Endereço para correspondência – Quadra 203, Lote 4, apto. 702-A, Edifício Pau Brasil, Praça das Andorinhas, Águas Claras Sul, Brasília-DF. CEP 71939-360.  
E-mail: ramosll@unb.br.

## INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano. Seu cuidado é fundamental, podendo melhorar a qualidade de vida do indivíduo em vários aspectos, como na realização das atividades do cotidiano, nas relações sociais e familiares, no desempenho do trabalho e também na recuperação na fase pós-operatória.<sup>1</sup>

A dor aguda é de recorrência universal, pois estima-se que sua prevalência compreenda de 11% a 14% na população geral, sendo referida com maior frequência na região lombar, órgãos genitais, articular e nos quadris. No âmbito hospitalar, porém, a dor aguda de maior prevalência é a do pós-operatório, comumente associada a dano tecidual, podendo manifestar-se de forma intensa ou moderada em 40% a 60% dos casos, prevalecendo após cirurgias extensas, como as torácicas, abdominais, renais e ortopédicas.<sup>1,2</sup>

Essa dor presente na fase pós-operatória de cirurgia cardíaca resulta de um trauma na parede torácica e nas costelas, dadas as incisões, a presença de drenos e a retração das bordas esternais, o que pode ocasionar fratura ou microfratura nos arcos costais e distensão muscular intercostal. Esses fatores são considerados importantes, pois contribuem para a ocorrência de dor no pós-operatório.<sup>3</sup>

O enfermeiro cuida desse paciente nessa fase utilizando métodos sistematizados, com vista a diagnosticar problemas e traçar intervenções nas complicações pós-cirurgia. O processo de enfermagem, como um método de resolução de problemas, possui cinco fases: investigação; diagnóstico (investigação de problemas); planejamento; implementação, avaliação. Dentre essas fases, destaca-se, principalmente, a primeira e a segunda fase do PE, as quais permitem identificar os problemas e refletir para determinar as possíveis intervenções de enfermagem a ser implementadas com vista a eliminar e/ou controlar os problemas do paciente.<sup>4</sup>

A dor referente ao procedimento cirúrgico está associada ao grande estímulo nociceptivo de dor, em especial na esternotomia, alterando significativamente a função pulmonar pela consequente instabilidade do tórax superior. A dor torácica e a abdominal alta podem ser classificadas de moderada a intensa, com prejuízos: enrijecer a musculatura do diafragma e da parede torácica, dificultar a capacidade de tossir, respirar e movimentar-se adequadamente, diminuir a capacidade pulmonar vital e residual funcional, bem como resultar em atelectasias e pneumonias. Além dessas complicações, podem ocorrer mudanças nos sistemas gastrointestinal, imunológico, hemostático e emocional, comprometendo o resultado do tratamento da lesão original, produzir sequelas e até a morte.<sup>3,5</sup>

O controle da dor deve ser uma inquietação do enfermeiro, pois a dor ser avaliada de forma abrangente, com a descrição da experiência dolorosa e suas repercussões no funcionamento biológico (com respostas sistemas),

emocional e comportamental do indivíduo. Também devem ser identificados os fatores que contribuem para a melhora ou piora da queixa algíca e a seleção de estratégias para seu controle.<sup>6</sup>

Um estudo foi realizado em São Paulo com 41 pacientes cardiopatas, submetidos a cirurgia cardíaca eletiva por toracotomia médio-esternal, cujas idades variaram de 20 a 84 anos, com predominância na faixa etária de 50 a 69 anos, sendo 39,3% do sexo feminino e 60,7% do sexo masculino. Os pacientes foram avaliados por meio da escala análoga visual (VAS) de 0 a 10 (pontos) em três momentos: pré-operatório (PO), 7º pós-operatório (7PO) e alta hospitalar (AH). A avaliação foi relevante no 7PO, que apresentou intensidade mediana de 3,2 (*dor moderada*) para a maioria dos pacientes. Na alta hospitalar, a intensidade de dor mediana foi semelhante à observada no 7PO (3,0), considerada moderada (56,9%). Dada a maior intensidade de dor, os pacientes relataram ser tolerável, porém piorava com tosse ou esforço em movimentar-se.<sup>7</sup>

Em outro estudo prospectivo a fim de avaliar a dor da esternotomia, após a revascularização do miocárdio em São Paulo, foram enviados questionários para 213 pacientes, e a dor persistente foi comum, sendo que a pior dor atribuída pelos doentes foi de 7 a 10, sendo 49% em repouso, 78% na tosse e 62% em movimento.<sup>3</sup>

Foi realizado um estudo na unidade de internação cirúrgica e de internação de uma clínica em Ribeirão Preto com o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem no período pré-operatório, perioperatório e pós-operatório de cirurgia cardíaca. A amostra foi composta por 17 pacientes, sendo 9 homens e 8 mulheres, com idade média de 58 anos. Foram identificados, no período transoperatório, os principais diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia I da Nanda em 100%: risco para infecção; risco para desequilíbrio de volume de líquidos; troca de gases prejudicada; risco para aspiração; proteção alterada; integridade da pele prejudicada; risco para disfunção neurovascular periférica e risco para lesão perioperatória de posicionamento. Destaque-se, ainda, que o diagnóstico de dor esteve presente em 70,6% na fase pré-operatória e 52,9% na pós-operatória.<sup>8</sup>

A dor aguda pós-operatória e a ansiedade foram investigadas em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca em uma cidade do interior de Goiás. Participaram 62 pacientes, sendo 56,5% do sexo masculino e com idade média de 54,8 anos (Dp=12,1 anos). A cirurgia prevalente foi a valvar (46,8%), seguida da revascularização do miocárdio (40,3%). O nível de ansiedade pré-operatória foi *médio* para 92,0% dos pacientes. A intensidade de dor ao repouso e à inspiração profunda declinou com o passar dos dias ( $p < 0,05$ ), sendo classificada como *leve-moderada* (Md=0,0-3,0; Máx=8,0-10,0; Mín=0,0-0,0) ao repouso e *moderada-intensa* (Md=2,0-5,0; Máx=9,0-10,0; Mín=0,0-0,0) à inspiração profunda. Os locais de maior ocorrência de dor, nos quatro dias no pós-operatório foi a região peitoral (40,3% a 53,2%).<sup>9</sup>

Neste artigo propõe-se o desafio de avaliar a dor aguda de pacientes com o uso do método científico pela

caracterização do diagnóstico de enfermagem dor aguda. O conhecimento e a avaliação da dor aguda poderão fornecer informações valiosas para outras pesquisas, a fim de aprimorar estratégias de acompanhamento e tratamento da dor na fase pós-operatória e implementar intervenções de enfermagem. Assim, esta pesquisa surge como uma proposta de contribuição no sentido de reconhecer os fatores atenuantes e agravantes da dor aguda no pós-operatório.

## OBJETIVO

Identificar o diagnóstico de enfermagem dor aguda em pacientes no 3º pós-operatório de cirurgia cardíaca.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa, coorte transversal, realizado em um hospital geral de referência do interior do Estado de Goiás para tratamento cirúrgico de cardiopatias. A pesquisa foi realizada entre o período de outubro de 2009 e abril de 2010, especificamente em uma Unidade de Terapia Intensiva na fase de 3º pós-operatório de cirurgia cardíaca.

A amostra foi constituída por 37 pacientes, que atenderam aos critérios de inclusão: maiores de 18 anos, submetidos à primeira cirurgia cardíaca, cirurgia de forma eletiva, ferida por meio de esternotomia, estar consciente orientado no momento da coleta de dados e em concordância a responder e assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Anápolis Unievangélica, tendo parecer favorável sob o Protocolo nº 0051/2009 de Saúde.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado com vista à avaliação da dor, por meio de uso de escalas unidimensionais e também pela caracterização do diagnóstico de enfermagem de dor aguda segundo Taxonomia Nanda 2009-2011.<sup>10</sup> A dor foi avaliada nos seguintes aspectos: localização, intensidade, duração da experiência da dor na situação de repouso, inspiração profunda, tosse e vômito.

A intensidade da dor foi mensurada por meio de instrumento unidimensional, a Escala Numérica (EN) de 0 a 10 pontos, onde 0 significa sem dor e 10 a pior dor imaginável. A EN tem sido indicada para a mensuração da intensidade da dor clínica e experimental, sendo considerada fidedigna e válida para a mensuração das dores aguda, crônica, oncológica e não oncológica<sup>1</sup>. Pode ser utilizada de forma verbal ou escrita. Neste estudo, foi utilizada a forma verbal, ou seja, o observador descreveu a escala e anotou o escore que o paciente escolheu como o que melhor representava a intensidade da dor sentida naquele momento. A escala numérica pode ser descrita, também, por palavras recategorizadas, na qual a intensidade de 1 a 3 é considerada dor leve; 4 a 6, dor moderada; 7 a 8, dor intensa; e 10, a pior dor possível.<sup>1</sup>

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 37 pacientes que se encontravam no terceiro dia pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo 56,2% do sexo masculino e 43,2% do sexo feminino. A idade média foi de 57,5 anos (Dp=15,7), as faixas predominantes foram de 61 a 70 e > 70 anos, representando 24,3% da amostra, conforme demonstra os dados demográficos representados na TAB. 1.

Ainda na TAB. 1 observa-se que 75,6% dos pacientes eram casados, 56,0% possuíam ensino fundamental incompleto, 27,0% eram analfabetos e 45% residiam em cidades do interior de Goiás.

**TABELA 1 – Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas. Anápolis-GO – 2009-2010**

Variáveis	Pacientes submetidos a cirurgia cardíaca	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	21	56,2
Feminino	16	43,2
<b>Idade (anos)</b>		
18-40	5	13,5
41-50	6	16,2
51-60	8	21,6
61-70	9	24,3
>70	9	24,3
<b>Estado civil</b>		
Casado	28	75,6
Solteiro	6	16,2
Viúvo	1	2,7
Divorciado	2	5,4
<b>Escolaridade (anos)</b>		
Ensino fundamental Incompleto	21	56,7
Ensino médio (1º ao 3º)	3	8,1
Ensino médio incompleto	2	5,4
Superior incompleto	1	1,2
Analfabeto	10	27,0
<b>Estado/município de moradia</b>		
Goiás/Anápolis	12	32,4
Goiás/Outros	17	45,9
Minas Gerais	5	13,5
Pernambuco	3	8,1

Fonte: Dados da pesquisa.

O tipo de cirurgia cardíaca mais comum foi a revascularização do miocárdio (62,1%), seguida de cirurgia valvar (29,7%). A maioria dos participantes (89,2%) não apresentou doenças infecciosas na infância. Quanto aos fatores de risco, 43,2% tinham hipertensão e 13,5% tinham diabetes *mellitus* (TAB. 2).

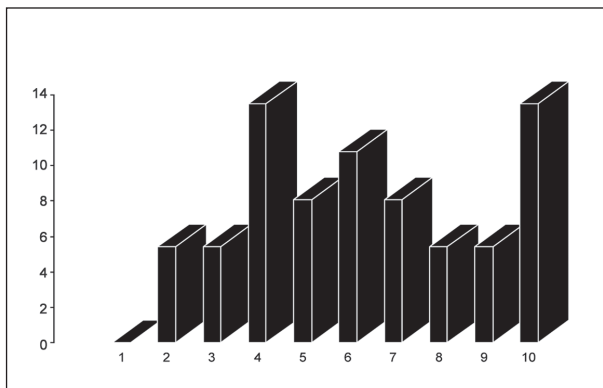
**TABELA 2 – Distribuição dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, segundo o tipo de cirurgia, doenças infecciosas na infância, hipertensão e diabetes. Anápolis-GO – 2009-2010**

Variáveis	Pacientes submetidos a cirurgia cardíaca por esternotomia	
	N	%
<b>Tipo de cirurgia</b>		
Valvar	11	29,7
Revascularização do miocárdio (RM)	23	62,1
Correção defeitos congênitos	3	8,1
<b>Doenças infecciosas na infância</b>		
Sim	4	10,8
Não	33	89,2
<b>Doenças existentes</b>		
Hipertensão	16	43,2
Diabetes <i>mellitus</i>	5	13,5

Fonte: Dados da pesquisa.

A intensidade da dor na situação geral foi avaliada por meio da recategorização da dor. Nesse sentido, ficaram caracterizada pelos pacientes, respectivamente, as seguintes frequências de dor: 4 (10,8%): leve; 12 (32,4%): moderada; 7 (18,9%): intensa; e 10 (27%) pior dor possível (FIG. 1).

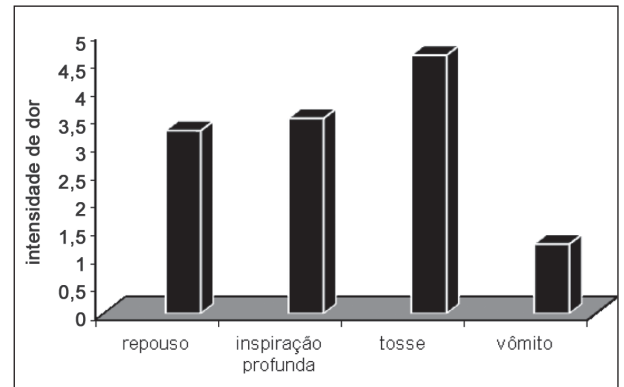
Observa-se que os escores 4 (moderada) e 10 (pior dor possível) foram os mais frequentemente escolhidos, somando 27,0% pelos pacientes, sendo que ambos apresentam a mesma predominância de 13,5% dos pacientes avaliados respectivamente.



**FIGURA 1 – Distribuição dos escores atribuídos à intensidade de dor, por meio da Escala Numérica de 0 a 10, de acordo com pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. Anápolis-GO – 2009-2010**

Fonte: Dados da pesquisa.

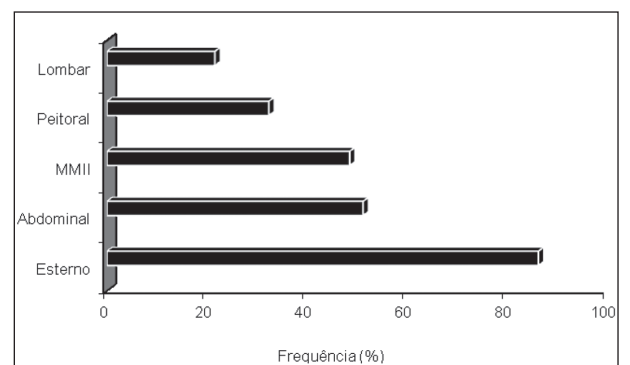
Na FIG. 2, é possível observar que a média dos escores atribuídos a intensidade da dor no 3º PO de cirurgia cardíaca, avaliada por meio da escala analógica numérica verbal, apresentou os seguintes resultados nas situações: paciente em repouso (M=3,27; MIN=0; MAX=10); inspiração profunda (M=3,49, MIN=0, MAX=10); quando tosse (M=4,62, MIN=0, MAX=10), o que correspondeu ao maior índice de dor; e durante episódio de vômito (M=1,24, MIN=0, MAX=10).



**FIGURA 2 – Distribuição da intensidade média de dor no 3º PO relatada pelos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, de acordo com as situações de repouso, inspiração profunda, tosse e vômito. Anápolis-GO – 2009-2010**

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à localização da dor no 3º PO de cirurgia cardíaca (FIG. 3), observou-se que a região esternal prevaleceu (86,4%), a região abdominal foi apontada por 19 pacientes (51,3%) e membros inferiores, por 18 (48,6%). Nota-se que as localizações descritas com menor dor foram a região peitoral (32,4%) e a região lombar (21,6%).

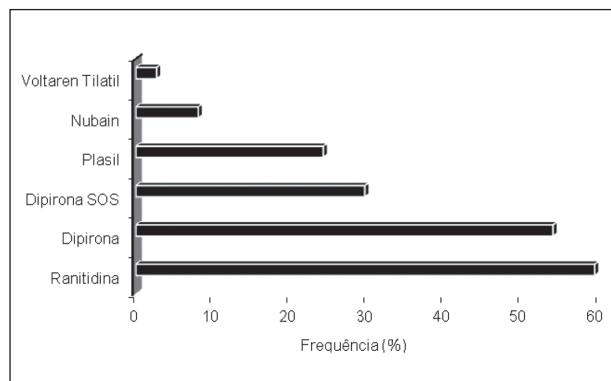


**FIGURA 3 – Distribuição da localização da dor no 3º PO, por meio do diagrama corporal dos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. Anápolis-GO – 2009-2010**

Fonte: Dados da pesquisa.

Os fármacos mais utilizados pelos pacientes para o controle de vômitos foi a ranitidina (59,5%) e o plasil

(24,3%). Para controle da dor os analgésicos que mais predominaram foi a dipirona (54,1%) e os opioides (nubain) (8,1%) e os menos utilizados foram voltaren e tilatil (2,7%). Destaque-se que o analgésico mais utilizado em forma de “se necessário” (SN e/ou SOS) foi a dipirona em 29,7% dos casos (FIG. 4).



**FIGURA 4 – Analgesia recebida durante o 3º PO de cirurgia cardíaca, por esternotomia. Anápolis-GO – 2009-2010**

Fonte: Dados da pesquisa.

A caracterização da dor também foi evidenciada pelo uso do julgamento clínico de enfermagem do DE dor aguda. Foram identificadas várias características definidoras, sendo que a maioria dos pacientes (59,5%) apresentou comportamento de proteção, principalmente quando tossiam e apresentavam maior intensidade de dor ( $p=0,036$ ). A maior intensidade de dor ( $M=7,6$ ) foi evidenciada em pacientes com a característica irritabilidade (8,1%) TAB. 3.

A característica definidora expressão facial foi identificada por meio de duas evidências: a primeira foi *olhos sem brilho* (35,1%), cujos pacientes relataram maior intensidade de dor ( $M=6,4$ ;  $p=0,029$ ), e a segunda foi *aparência abatida* (37,8%) que também relataram maior intensidade de dor ( $M=6,3$ ;  $p=0,031$ ) em relação aos não tinham aparência abatida ( $M=3,8$ ) TAB. 3.

A dor também foi classificada por meio da *característica de uso de gesto protetor*. Os pacientes com esses gestos apresentaram maior intensidade de dor ( $M=5,5$ ) quando comparados com os demais que não apresentavam tal característica ( $p=0,021$ ).

**TABELA 3 – Caracterização do diagnóstico de enfermagem de dor aguda, segundo as características definidoras (NANDA, 2010), correlacionado com intensidade de dor de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca por esternotomia. Anápolis-GO – 2009-2010**

Variáveis	n (%)	Intensidade de dor					p
		M <sup>1</sup>	Md <sup>2</sup>	Mo <sup>3</sup>	Mín. <sup>4</sup>	Máx. <sup>5</sup>	
<b>Características definidoras</b>							
<b>Comportamento de distração *</b>							0,211
Muda de assunto	6 (16,2)	3,2	3,5	4	0	8	
Não apresentou	31 (83,8)	5	5	0	0	10	
<b>Comportamento de proteção**</b>							<b>0,036</b>
Travesseiro	22 (59,5)	6	6	6	0	10	
Mão	6 (16,2)	3,2	3,5	0	0	7	
Não apresentou	9 (24,3)	2,8	2	0	0	10	
<b>Comportamento expressivo***</b>							
Suspirar	19 (51,3)	4,8	5	0	0	10	0,830
Agitação	9 (24,3)	5,7	6	6	0	10	0,275
Gemer	6 (16,2)	5,8	6,5	5	0	9	0,349
Vigilância	4 (10,8)	4,2	4	0	0	9	0,805
Irritabilidade	3 (8,1)	7,6	8	6	6	9	0,122
Chorar	2 (5,4)	5	5	0	0	10	0,892
Ansioso	1 (2,7)	5	5	5	5	5	0,925
<b>Expressão facial***</b>							
Olhos sem brilho	13 (35,1)	6,4	6	6	0	10	<b>0,029</b>
Aparência abatida	14 (37,8)	6,3	6	6	0	10	<b>0,031</b>
Movimentos fixo ou disperso	3 (8,1)	2,7	4	4	0	4	0,261
Careta	1 (2,7)	8	8	8	8	8	0,320

continua...

Variáveis	n (%)	Intensidade de dor					p
		M <sup>1</sup>	Md <sup>2</sup>	Mo <sup>3</sup>	Mín. <sup>4</sup>	Máx. <sup>5</sup>	
<b>Características definidoras</b>							
<b>Foco Estreitado**</b>							0,357
Interação reduzida com pessoas e ambiente	4 (10,8)	6	5,5	4	4	9	
Processos de pensamento prejudicados	4 (10,8)	2,5	1,5	0	0	7	
Não apresentou	29 (78,4)	4,8	5	0	0	10	
<b>Gestos Protetores*</b>							<b>0,021</b>
Sim	26 (70,2)	5,5	6	6	0	10	
Não	11 (29,7)	2,7	2	2	0	10	
<b>Mudança de apetite*</b>							0,925
Sim	22 (59,5)	4,7	5,5	0	0	10	
Não	15 (40,5)	4,7	4	4	0	10	
<b>Relato verbal de dor*</b>							0,863
Sim	33 (89,2)	4,7	4	0	0	10	
Não	4 (10,8)	5	5,5	6	3	6	

<sup>1</sup>média; <sup>2</sup>mediana; <sup>3</sup>moda; <sup>4</sup>mínima; <sup>5</sup>máxima; \*Teste: Mann-Whitney; \*\*Teste: Kruskal-Wallis; \*\*\*Teste: Mann-Whitney, comparado com quem não apresentou o comportamento.

Enfatize-se que o fator relacionado do DE dor aguda que ocorreu em 100% dos entrevistados foi agente lesivo (físico), dada a incisão cirúrgica no esterno (esternotomia) nos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

## DISCUSSÃO

O sexo masculino prevaleceu com a idade média de 57,5 anos. Em relação o nível de escolaridade, a maioria possuía ensino fundamental incompleto. Nesse sentido, em estudo realizado no interior de São Paulo, com 41 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, constatou-se que o sexo masculino também prevaleceu em 61,0% dos casos. A faixa etária variou de 50 a 69 anos e a mediana foi de 57 anos, sendo que, desses pacientes entrevistados, 77,4% tinham primeiro grau incompleto e 9,4% eram analfabetos.<sup>7</sup>

Nesse estudo, prevaleceu a revascularização do miocárdio seguida de troca valvar, sendo caracterizados os principais fatores de risco à hipertensão arterial sistêmica (HAS) seguida de diabetes *mellitus*. Um estudo realizado em Porto Alegre demonstrou que os principais procedimentos cirúrgicos realizados foram a revascularização miocárdica (50%) e a troca valvar (49%). Quanto aos fatores de risco, identificou-se a maior prevalência de HAS (76%), seguida de diabetes *mellitus* com frequência de 20%. Tais achados foram semelhantes aos encontrados neste estudo.<sup>5</sup>

A HAS constitui um dos fatores de riscos fundamentais para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, portanto, estudos brasileiros demonstram uma prevalência entre 12% e 35% de HAS em diferentes regiões.<sup>11</sup>

A identificação precoce dos fatores de risco da hipertensão e diabetes pode auxiliar os profissionais da área de saúde a orientar os indivíduos sobre os aspectos preventivos da doença. Hábitos alimentares não saudáveis, vida sedentária, falta de controle da diabetes e da hipertensão, favorecem os riscos de um evento cardiovascular.<sup>12</sup>

Nesse contexto observa-se que a hipertensão arterial é uma doença muito prevalente na população brasileira, sendo predominante em uma faixa etária mais avançada. O excesso de sal na alimentação, a ingestão de bebidas alcoólicas, a obesidade e o sedentarismo são fatores de risco que podem provocar o aumento da pressão sanguínea. É uma doença que, se for controlada e houver hábitos alimentares saudáveis, a pressão pode ser reduzida e diminuir os números de casos com HAS graves, uma das indicações para futuras cirurgias cardíacas.

Quanto ao tipo de cirurgia, neste estudo aponta-se que a cirurgia mais frequente foi a revascularização do miocárdio (62,1%), seguida de cirurgia valvar (29,7%). Em um estudo realizado em Porto Alegre com pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, demonstrou-se que prevaleceu a revascularização do miocárdio (50,0%), seguida de troca valvar (49,0%).<sup>5</sup> Dessa forma a revascularização do miocárdio está sendo a intervenção cirúrgica que mais se destaca, dadas as doenças coronarianas, que necessitam do tratamento cirúrgico de manutenção de perfusão do músculo cardíaco (miocárdio).

Já em outro estudo evidenciam-se resultados diferentes. Em um hospital, em Goiânia, 66 pacientes foram submetidos a cirurgia cardíaca e identificou-se a cirurgia valvar como a mais prevalente (56,06%), seguida da

revascularização do miocárdio (31,82%).<sup>13</sup> Em um estudo realizado no interior de Goiás com pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, a cirurgia valvar também foi apontada com maior frequência em 46,8% dos casos avaliados.<sup>9</sup>

Em relação à intensidade de dor geral, os pacientes entrevistados relataram, com maior frequência, a dor moderada e a pior dor possível. Esses resultados se diferenciaram de outro estudo em que também se investigou a intensidade da dor em 62 pacientes na situação repouso os quais demonstraram níveis menores no 3º PO de cirurgia cardíaca, sendo observado que 33,9% dos pacientes referiram dor leve, 6,4% moderada e 4,8% dor intensa.<sup>9</sup>

Outro estudo realizado com 41 pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca, apontou que apenas 30% da amostra referiram dor no 3º PO, com a média de frequência moderada 4,67 (DP= 3,57, p= 0,859) e permanecendo até o 5º dia de pós-operatório 4,7 (DP=3,60, p= 0,547).<sup>5</sup> Em outro estudo no interior de São Paulo, 41 pacientes estudados, ainda no 7º PO e na alta hospitalar, relataram dor leve (Md=3,2, Md=3,0, respectivamente).<sup>7</sup>

Quanto à caracterização da dor por meio da avaliação por escores atribuídos à intensidade da dor, neste estudo demonstrou-se que o maior índice aconteceu durante os episódios de tosse (M=4,62), seguido de inspiração profunda (M=3,49). Em estudo realizado com 182 pacientes no Hospital das Clínicas, em São Paulo, foram demonstrados resultados semelhantes, sendo que a dor foi avaliada em diferentes grupos com intervalos de seis horas. Observou-se que o grupo 2 foi atendido por enfermeiros com capacitação sobre o controle da dor e que fizeram uso de uma ficha sistematizada para avaliação da dor a cada duas horas. Nesse grupo a média de intensidade da dor (0 a 10) ao repouso no primeiro momento foi moderada (4,2 – Dp=3,2), apresentando-se leve nos demais momentos; na inspiração profunda foi moderada no primeiro momento (5,3 – Dp=3,0), no segundo momento (4,0 – Dp=2,2) e leve nos demais momentos.<sup>3</sup>

Em outro estudo, realizado também no interior de Goiás com 62 pacientes em fase do pós-operatório imediato (POI) ao 3º pós-operatório, a dor presente em 45,2% dos pacientes em repouso foi descrita como leve (33,9%), moderada (6,4%) e intensa (4,8%). Em inspiração profunda 75,8% a dor caracterizou-se como leve (54,9%), moderada (17,7%) e intensa (3,2%).<sup>9</sup>

A dor deve ser controlada e preferencialmente não deve existir na fase pós-operatória de forma que prejudique a recuperação do paciente. Infere-se que a presença de dor nas situações avaliadas pode variar de intensidade, principalmente quando relacionada às diversas situações vivenciadas pelos pacientes (repouso, inspiração profunda, tosse e vômito). Quanto maior o esforço, mais alta a intensidade de dor, como identificado na situação avaliada de tosse. Dessa forma, é muito importante manter a analgesia administrada de forma regular para proporcionar conforto e, possivelmente, melhor recuperação ao paciente durante a fase pós-operatória.

Na avaliação, quanto à localização da dor, evidenciou-se que a região esternal prevaleceu. A dor pós-operatória, em especial na caixa torácica, reduz a movimentação (dada a instabilidade esternal), dificulta a respiração profunda, prejudica o sono, provoca desgaste físico e menor motivação para o tratamento.<sup>5,15</sup> Em outro estudo realizado com 30 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca em Porto Alegre, relatou-se que a dor referida no 3º PO foi moderada e localizada também na região esternal.<sup>5</sup>

Em relação a outras regiões acometidas pela dor, a região abdominal foi apontada em segundo lugar, seguida de dor em membros inferiores e outras regiões. Em estudo também do interior de Goiás com 62 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, evidenciaram-se achados semelhantes no 3º PO, em que 40,3% dos pacientes entrevistados ainda sentiram dor na região peitoral; 16,1%, nas regiões peitoral e torácica; 12,9%, na torácica; e 4,8%, na abdominal.<sup>9</sup>

O controle da dor pós-operatória é essencial para a assistência integral ao paciente cirúrgico. Por isso, podem ser indicadas técnicas farmacológicas, com o objetivo de bloquear a geração, a transmissão, a percepção e a apreciação dos estímulos nociceptivos, o que pode ser feito em diferentes níveis dos sistemas nervoso central e periférico com a utilização de fármacos de analgesia simples até os mais potentes.<sup>16</sup>

Pode-se observar que o analgésico simples mais utilizado foi a dipirona em horário regular e também em forma “se necessário”. Em estudo realizado com 11 pessoas que se submeteram a revascularização do miocárdio, notou-se que, no 1º PO, 27% dos pacientes receberam analgesia complementar (dipirona) nas primeiras 12 horas, sendo que a intensidade da dor mensurada pela escala verbal numérica foi leve. E a maioria, no 2º PO (27%), recebeu analgesia complementar (dipirona) nas primeiras 8 horas.<sup>2</sup>

Em estudo realizado em Uberlândia, foram avaliados 20 pacientes, que se submeteram a cirurgia de tórax e foram separados em três grupos. No grupo 1, houve maior necessidade de analgésicos complementares no período de 0 a 6 horas após a cirurgia e em todos os seus intervalos. Todos os grupos apresentaram náuseas e vômitos nos grupo 1 (100%), no grupo 2 (33%) e no grupo 3 (57%), necessitando de tratamento com antieméticos.<sup>17</sup>

Ainda quanto à analgesia por fármacos mais potentes, os opioides foram usados com menor frequência (8,1%), seguidos dos Aines (Vontarem e Tilatil), usados em 2,7% dos casos.

Os analgésicos podem gerar vícios, levando os profissionais à prescrição dos analgésicos em esquema “se necessário”. Menciona-se, também, a falta de conhecimento dos médicos e enfermeiros sobre a avaliação e a mensuração da queixa dolorosa, administração correta dos opioides e dos seus efeitos colaterais, dificultando o alívio da dor e a recuperação dos pacientes no pós-operatório.<sup>9</sup>



Assim, torna-se importante a reflexão sobre a função da equipe de enfermagem como agente de competência e controle de infusão de drogas para manter o conforto e o tratamento na fase pós-operatória. É muito importante a equipe de enfermagem conhecer e atuar de forma precisa e eficaz, sempre atenta à necessidade de complementação e manutenção de analgesia com uso de fármacos que complementem e mantenham a analgesia do paciente no período pós-operatório.

Na forma de proteção gástrica e medidas para controlar náuseas e vômitos, os fármacos mais utilizados foram a ranitidina e o plasil. Destaque-se que é muito importante manter um conforto gástrico e o paciente livre de náuseas e vômitos, que são episódios que podem potencializar a dor e até trazer complicações dado o esforço abdominal durante o período de vômito.

Após esta análise sobre a mensuração da dor por meio de instrumentos ordinários (escalas numéricas) de descrição de dor, foi possível identificar os fatores relacionados e as principais características definidoras do diagnóstico de enfermagem dor aguda, discutidos a seguir.

O fator relacionado presente em todos os pacientes foi *agente lesivo (físico)* relacionado à incisão cirúrgica por esternotomia e presença de drenos mediastinais. Esses fatores desencadeiam a dor aguda por meio de lesão física por permanência do dreno e também a presença de incisão cirúrgica, ruptura do esterno para acesso ao coração durante o ato cirúrgico, que lesam terminações nervosas e mantêm o desenvolvimento do estímulo doloroso na fase pós-operatória.

O julgamento clínico do DE dor aguda foi caracterizado por meio de identificação de *características definidoras*, dentre elas o **comportamento de proteção** foi caracterizado na maioria dos pacientes entrevistados, quando tossiam e durante a inspiração profunda, que buscavam proteger-se com o uso de um travesseiro (colocando-o sobre o tórax), na tentativa de aliviar a dor e o esforço direto no local da ferida operatória. Essa característica foi uma associação significativa ( $p=0,036$ ) com a presença de maior intensidade ( $M=6$ ) de dor quando comparada com aqueles pacientes que não usaram o travesseiro como apoio.

Essa atitude pode minimizar possíveis esforços que potencializem períodos algícos, já que nos primeiros dias do pós-operatório a dor é mais intensa e diminui para leve com o passar dos dias com a instalação do processo de cicatrização e diminuição do edema local do processo inflamatório que envolve a cicatrização.

O **comportamento expressivo** foi caracterizado por apresentar comportamentos do tipo suspirar como o mais evidente (51,3%) e o estado de ansiedade como menos evidente (2,7%), contudo os pacientes que apresentaram a irritabilidade tiveram maior intensidade de dor ( $M=7,6$ ) sem associação significativa ( $p=0,122$ ). Enfatize-se que a característica de gemer esteve presente em 13,5% dos pacientes durante as tentativas de se movimentarem no leito, inspirar profundamente e tossir.

Em estudo envolvendo 17 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca apontou-se que, no 3º PO, 100% dos entrevistados apresentaram *mobilidade física prejudicada*.<sup>8</sup> Isso pode limitar o paciente em qualquer movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.<sup>10</sup>

A ansiedade foi avaliada, por meio do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-Estado), na fase pré-operatória diante da dor pós-operatória de cirurgia cardíaca em um estudo do interior que Goiás em 62 pacientes. Evidenciou-se que a ansiedade no pré-operatório foi média (92%), sem associação significativa com a dor na fase pós-operatória no 3º PO.<sup>9</sup>

Compreende-se que é muito importante o enfermeiro estar atento à comunicação não verbal, sendo primordial a identificação desses comportamentos expressivos como sinais que o paciente pode apresentar. Assim, ele pode validar as informações verbais relatadas pelo pacientes.

Como foi mostrado na TAB. 3, a característica definidora "comportamento expressivo" e seus respectivos descritores não mostraram associação significativa ( $p>0,05$ ).

A **Expressão facial** foi observada nos pacientes que apresentavam *olhos sem brilho e aparência abatida* em 35,1% com intensidade de dor  $M=6,4$  ( $p=0,029$ ), quando comparado com os que não apresentaram 64,9%  $M=3,8$ . Já em um estudo realizado em São Paulo com pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, demonstrou-se que 94,4% dos pacientes avaliados em vigência da dor apresentaram máscara facial de dor, enquanto apenas 9,0% dos pacientes avaliados no período de até 24 horas do episódio doloroso apresentaram máscara facial de dor, indicando que essa característica está diretamente relacionada ao episódio de dor.<sup>18</sup>

A expressão facial de dor pode ser descrita por várias expressões, como: olhos sem brilho, aparência abatida, careta, dentes cerrados e movimentos de face fixos ou dispersos.<sup>18</sup> Isso chama atenção para que a equipe de enfermagem considere esses aspectos na hora de avaliar o paciente, pois a dor pode trazer, também, alterações orgânicas, como no padrão de sono. Enfatize-se, também, que pode ser um sinal de complicação de sintomas no local da dor referida como de outras localidades.

Um das funções orgânicas mais afetadas por causa da dor é a privação do sono, podendo ocasionar um grande impacto na qualidade de vida e o aumento no risco de doenças psiquiátricas. A diminuição do tempo total do sono, aumento do tempo na cama e fragmentação do sono são alterações que podem acarretar quadros de insônia. Essas alterações estão diretamente ligadas à intensidade da dor.<sup>1</sup>

Os **gestos protetores** são caracterizados por posicionamento e gestos posturais do paciente em relação à área dolorosa (esternotomia), sendo que 70,2% apresentaram maior intensidade de dor ( $M=5,5$ ) com uma associação significativa ( $p=0,021$ ), o que demonstra insegurança e medo durante a manipulação do curativo. Essa característica definidora também esteve presente

em outro estudo sobre caracterização de diagnósticos de enfermagem na fase de pós-operatório de cirurgia cardíaca em 100% dos entrevistados.<sup>18</sup>

Nessa característica, observou-se que principalmente na manipulação do curativo havia uma mudança direta na postura e a demonstração de insegurança e medo de sentir mais dor na área afetada (esternotomia e localização de dreno de mediastino). Relatou-se, também, a mudança de decúbito, uma tentativa de redução da dor e melhora no conforto.

A **mudança de apetite** foi caracterizada em 59,4% dos pacientes em decorrência da dor. Já em outro estudo realizado em São Paulo com 40 pacientes, relatou-se que 70% dos entrevistados do grupo A submetidos a cirurgia cardíaca referiram diminuição na ingestão de alimentos sólidos e 22,5% na ingestão de alimentos líquidos. A perda de apetite foi citada por 82,5%.<sup>18</sup>

A alteração no apetite é umas das complicações em pacientes que manifestam dor no pós-operatório. Isso pode ocorrer por causa do estado geral do paciente, tipo de cirurgia e de seu quadro clínico. Das complicações relacionadas à dor pós-operatória de tórax e abdome superior, podem ser destacadas a redução da motilidade intestinal, a distensão abdominal, náuseas e vômitos.<sup>1,3,14,19</sup> Essas complicações podem reduzir o apetite e prolongar o período de internação.

O **relato verbal de dor** ocorreu em 89,2% dos pacientes, sendo caracterizado de forma espontânea. Os pacientes queixaram-se de dor em várias situações, porém a pior situação foi de dor durante a tosse.

Em um estudo realizado com pacientes submetidos a cirurgia cardíaca no Hospital das Clínicas, em São Paulo, o relato verbal da dor esteve presente no pré-operatório (70,6%) e no período pós-operatório (52,9%).<sup>8</sup>

O paciente também pode manifestar dor por meio de relatos não verbais, que podem ser observados nas expressões faciais: olhos muito abertos ou fechados, franzir as sobrancelhas, dentes cerrados; alterações vocais: gemidos, choros, gritos; e por movimentos corporais: agitação, imobilização e tensão muscular.<sup>1,9,20</sup>

Ressalte-se, ainda, que mudanças involuntárias podem acontecer e que são consideradas mais corretas do que informações verbais. Essas respostas involuntárias – o aumento da frequência respiratória e cardíaca – constituem uma das manifestações do sistema nervoso autônomo relacionadas à complicação da dor no pós-operatório.

A dor pode surgir em resposta ao estresse, à ansiedade, à idade e/ou ao procedimento cirúrgico, podendo prejudicar nas atividades diárias, como sono, apetite,

concentração, deambulação, trabalho, humor, relacionamento interpessoal e na recuperação do paciente.<sup>19</sup> Esses fatores podem aumentar ou diminuir a tolerância à dor e afetar os modos de resposta a ela.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo permitiram concluir que, dos 37 pacientes avaliados, prevaleceu o sexo masculino e a maior faixa etária foi de 60 a 70 e maiores de 70 anos. A cirurgia cardíaca mais comum foi a de revascularização do miocárdio.

Quanto à intensidade da dor no pós-operatório, notou-se que a dor geral foi descrita como moderada, na tosse foi moderada e na inspiração profunda, no vômito e no repouso foi considerada leve. O principal local relatado foi como mais comum foi a região esternal e o principal analgésico foi a dipirona.

O fator relacionado existente foi agentes lesivos (físicos) e as principais características definidoras com associações significativas ( $p < 0,05$ ) foram comportamento de proteção (uso de travesseiro), expressão facial (olhos sem brilho) e gestos protetores.

Destaque-se que a identificação da dor por meio do uso da Taxonomia II da NANDA-I em conjunto com o uso de instrumentos unidimensionais como as escalas de dor numérica (EN) foi extremamente importante para ter maior precisão quanto à identificação e à descrição da dor nas diversas situações avaliadas, uma vez que a dor é referida como um fenômeno subjetivo e multidimensional.

Por meio da utilização de instrumento de mensuração (escala numérica) de dor foi possível verificar associações que confrontam as características definidoras identificadas diante da intensidade de dor, o que confirma o julgamento clínico preciso do DE dor aguda no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Para a avaliação adequada da dor, o enfermeiro deve estar capacitado teórica e praticamente para mensurar de forma precisa utilizando uma avaliação abrangente. Por meio deste estudo foi possível conhecer a realidade do paciente com dor aguda pós-operatória e identificar necessidades de cuidados diante do controle da dor aguda. Acredita-se que este trabalho pode contribuir com novos estudos para a implementação de cuidados ao paciente com dor aguda e o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem. Sugere-se que outros estudos possam repetir este método para confrontar nossos achados e também identificar possíveis intervenções de enfermagem para o controle da dor, como um desafio a ser alcançado na próxima etapa do planejamento.

## REFERÊNCIAS

1. Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed; 2009.
2. Issy AM, Espada EB, Sakata RK, Lanchote VL, Auler Júnior JOC, Santos SRCJ. Efeitos Analgésico Residual do Fentanil em Pacientes Submetidos à Revascularização do Miocárdio com Circulação Extracorpórea. Rev. Brás Anestesiol. 2002 set – out; 52 (52): 562-569.

3. Silva MAS. Efeitos da intervenção treinamento, avaliação e registro sistematizado no controle da dor pós-operatório de cirurgia cardíaca; Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem; 2007. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Trad. Regina Gacez. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
4. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. Tradução: Ana Maria Vasconcelos Thorell. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
5. Giacomazzi CM, Langni VB, Monteiro MB. A dor pós-operatória como contribuinte do prejuízo na função pulmonar em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Braz. J. cardiovasc. Surg*, 2006 out./dez; 21 (4):386-389.
6. Silva YB, Pimenta CAM. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. *Ver. Esc Enferm USP*. 2003; 37(2):109-118.
7. Borges JBC, Ferreira DLMP, Carvalho SMR, Martins AS, Andrade RR, Silva MAM. et AL. Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2006; 21 (4): 393-402.
8. Galdeano LE, Rossi LA, Santos CB, Dantas RAS. Diagnósticos de enfermagem no perioperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enferm. USP*. 2006; 40(1):26-33.
9. Lima, L. R. Dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca por esternotomia: ocorrência, localização, intensidade e qualidade. 2009. 122f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, 2009.
10. NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2009-2011. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010
11. Brandão AP, Brandão AA, Magalhães MEC, Pozzan R. Epidemiologia da Hipertensão Arterial. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo* 2003 Jan/Fev; 13(1): 7-19.
12. Stuchi RAG, Carvalho EC. Persuasão como estratégia para modificar as crenças nos comportamentos de riscos para a doença arterial coronariana. *REME – Rev. Min. Enferm.*; 12(3): 295-302, jul./set., 2008.
13. Ferreira LB, Viegas MO. Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no hospital Santa Genevieve em Goiânia [monografia]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás/UCG; 2004. 15 p.
14. Guaragna JCVC. Pós-operatório em cirurgia cardíaca. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
15. Pimenta CAM, Koizumi MS, Ferreira MTC, Pimentel ILC. Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. *Revista Paulista de Enfermagem*. 1992;11(1):3-10.
16. Chaves LD, Pimenta CAM. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. *Rev Latino-Americana Enfermagem*. 2003: mar-abr;11(2):215-219.
17. Fonseca NM, Mandim BLS, Amorim CGA. Analgesia pós-toractomia com associação de morfina por via peridural e venosa. *Rev. Brás Anestesiol*. 2002; 52:5:549-561.
18. Corrêa, C. G. Dor: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. 1997. 132f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1997
19. MATOS, S. S. de. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico considerado mais característico: angústia espiritual. 2009. 125f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
20. Rigotti MA, Ferreira A M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq. Ciênc Saúde*, 2005 jan/mar; 1( 12):50-54, 2005.

Data de submissão: 29/9/2011

Data de aprovação: 14/2/2012

# PADRÃO DE CONSUMO DO ÁLCOOL POR JOVENS VÍTIMAS DE TRAUMA E USUÁRIOS DE ÁLCOOL

ALCOHOL CONSUMPTION PATTERN AMONG YOUNG VICTIMS OF TRAUMA AND ALCOHOL USERS

NIVEL DE CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE JÓVENES VÍCTIMAS DE TRAUMA Y DEMÁS USUARIOS DE ALCOHOL

Ivonete Arnauts<sup>1</sup>  
Magda Lúcia Félix de Oliveira<sup>2</sup>

## RESUMO

O abuso do álcool constitui fator de risco para o trauma e um problema social e sanitário de grande magnitude. O objetivo com esta pesquisa exploratória e transversal foi investigar o padrão de consumo de álcool em jovens vítimas de trauma residentes em Cascavel-PR. O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista adaptado do Questionário Hispanic Americans Alcohol Survey (Hablas), desenvolvido na Universidade do Texas-EUA. Com base no Programa de Computação Estatística 8.0, os dados foram submetidos ao teste de Pearson e regressão logística. Foram entrevistados 112 jovens, classificados em três grupos de padrão de consumo de álcool: trauma com consumo, trauma sem consumo e trauma em abstinentes na vida. O trauma predominou nos jovens do sexo masculino e na faixa etária entre 15 e 20 anos. Identificou-se o início precoce do consumo de bebida alcoólica. A maioria dos jovens iniciou o consumo regular entre 15 e 20 anos. A frequência de consumo mais citada pelos jovens foi de uma a duas vezes por semana, sendo o consumo abusivo maior para os jovens na faixa etária entre 21 e 24 anos, os quais fazem uso em forma de *binge*. Os locais onde habitualmente os jovens consumiram bebida alcoólica foram as festas e bares, sendo os amigos e familiares as companhias preferidas para o consumo.

**Palavras-chave:** Consumo; Intoxicação Alcoólica; Assistência de Enfermagem.

## ABSTRACT

Alcohol abuse constitutes a risk factor for trauma and a social and sanitary problem of considerable magnitude. The present study had the objective to investigate alcohol consumption pattern among young victims of trauma and alcohol users aged between 10 and 24 years old and residents in Cascavel – PR. Data was collected via structured interview, adapted from the HABLAS questionnaire, analysed by the SPSS version 8.0 and submitted to Pearson's Test and logistic regression. A total of 112 young people were interviewed and classified in three groups according to alcohol use pattern: trauma with consumption, trauma without consumption and trauma in abstinence. The trauma was predominant in males aged 15 to 20 years old. An early initiation to alcohol consumption was detected. Most young people started drinking regularly between 15 and 20 years old. Frequency of alcohol intake was one to two times per week. Binge drinking was higher among youngsters between the ages of 21 and 24 years old. Alcohol consuming usually takes place at parties and bars, and they prefer drinking with friends and family. Nurses should be trained to work with young people and their family so they can lead a safe and healthy life.

**Key words:** Consumption; Alcohol Intoxication; Nursing Care.

## RESUMEN

El abuso de alcohol es factor de riesgo para el trauma y constituye un problema social y sanitario de gran magnitud. El presente estudio tuvo como objetivo investigar el nivel de consumo de alcohol entre jóvenes víctimas de trauma y usuarios de alcohol con edad de 10 a 24 años, que viven en Cascavel – PR. El instrumento de recogida de datos fue una guía de entrevistas adaptada del *Cuestionario Hablas*. Los datos fueron analizados a partir del programa de computación estadística, versión 8.0. Fueron entrevistados 112 jóvenes, clasificados en tres grupos según el nivel de consumo de alcohol: trauma con consumo, trauma sin consumo y trauma en abstemios durante la vida. El trauma predominó en los varones entre 15 y 20 años. Se identificó que el consumo de bebida alcohólica comienza temprano, la mayoría entre 15 y 20 años. La frecuencia de consumo de alcohol era de una a dos veces por semana y siendo más abusivo en los jóvenes entre 21 a los 24 años, que consumen *binge*. Generalmente consumen alcohol en fiestas y bares, de preferencia, acompañados de amigos y familiares. Los enfermeros necesitan capacitación para trabajar con los jóvenes y sus familias de manera que ellos vivan una juventud segura y sin perjudicar la salud.

**Palabras clave:** Consumo; Intoxicación Alcohólica; Atención de Enfermería

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (2009). Unidade de Suporte Abancado de Vida/Secretaria Estadual de Saúde – 10º Regional de Saúde. E-mail: iarnauts@hotmail.com, (45) 9977-4662, (45) 9107-7044.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2004); Professora Doutora adjunta da Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil. Chefe de Gabinete da Reitoria. E-mail: mfoliveira@uem.br. Endereço para correspondência – Unidade de Suporte Abancado de Vida/Secretaria Estadual de Saúde – 10º Regional de Saúde. R. Sérgio Djalmá de Holanda, 319, Cascavel-PR. CEP: 85802-230. E-mail: iarnauts@hotmail.com, (45) 9977-4662, (45) 9107-7044.

## INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas expandiu-se consideravelmente a partir da Segunda Guerra Mundial, configurando-se como verdadeiro fenômeno de massa e grave problema de saúde pública. Nos últimos trinta anos, o consumo de álcool sofreu um aumento significativo, fato que se associa ao crescimento da indústria de bebidas alcoólicas, ao desenvolvimento do turismo em massa e a questões sociais, como empobrecimento e desemprego, além de estar presente na maioria das ocasiões sociais, como festas e comemorações.<sup>1-3</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) calcula que, em 2002, o custo total de agravos relacionados ao consumo nocivo de álcool pode ter chegado a US\$ 665 bilhões, o que equivaleria a 2% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial. Cada vez mais a produção e o comércio de álcool implicam novos desafios para combater o problema.<sup>4</sup>

Aproximadamente 84% da população brasileira faz uso ocasional de álcool, cujos índices de dependência variam entre 3% e 15%. O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira apontou que, na faixa etária entre 18 e 34 anos, 40% dos investigados bebiam em forma de *binge*, ou seja, bebiam com maior risco, em curto espaço de tempo. De acordo com a Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, a forma *binge* é a prática que mais expõe o jovem a problemas sociais e de saúde, sendo o acidente de trânsito o envolvimento em brigas, vandalismo e prática de sexo sem segurança os mais comuns.<sup>3,5</sup>

Considerando a naturalização e a familiarização do consumo de álcool pela sociedade, os jovens, muitas vezes, deixam de adotar medidas preventivas e colocam-se, individual ou coletivamente, em perigo. A “naturalidade e a familiaridade conferem valor positivo a certos comportamentos potencialmente danosos, impedindo mudanças que poderiam ser benéficas”. Agir diferentemente, adotando novos comportamentos e seguindo normas de proteção estabelecidas por especialistas, “poderia estar para este grupo em desacordo com o senso comum que postula que há que se aceitar a fatalidade.”<sup>6:48</sup>

O trauma aparece como um agravo violento e uma das consequências decorrentes do comportamento alterado pelo consumo de álcool. As internações são classificadas em trauma por acidente e por agressão. Em pesquisa realizada com jovens até 18 anos de idade, com diagnóstico médico de intoxicação alcoólica e histórico de violência, foram apontados aqueles que sofreram agressão com 10,8 vezes mais chances de necessitarem de internação hospitalar em relação aos que não relataram associação com violência. Para as crianças e adolescentes com intoxicação alcoólica e acidentes por causas diversas, a chance de necessitarem de internação foi 14,2 vezes maior.<sup>7</sup>

O padrão de consumo é um aspecto relevante na avaliação inicial do uso de álcool. A investigação detalhada do padrão de consumo, além de detectar

níveis de gravidade, permite a observação dos hábitos de consumo e auxilia no estabelecimento de estratégias de mudanças. Qualquer dose de bebida alcoólica aumenta o risco de morrer entre jovens e adultos jovens, sendo o aumento de bebida consumida relacionado ao aumento da mortalidade por todas as causas entre os 16 e 34 anos.<sup>8</sup>

Esta pesquisa se justifica pela relevância científica e social dos estudos sobre abuso de álcool e pela estreita ligação entre o aumento do consumo e o risco para o trauma, principalmente no grupo populacional dos jovens. O objetivo foi investigar diferenças no padrão de consumo do álcool entre jovens vítimas de trauma.

## METODOLOGIA

O estudo foi do tipo exploratório e transversal, com jovens na faixa etária entre 10 e 24 anos que tiveram diagnóstico médico de trauma por diversas etiologias, residentes em Cascavel-PR, e atendidos no Pronto-Socorro (PS) de um hospital de ensino do Oeste do Paraná. A faixa etária escolhida para o estudo está em consonância com o conceito de jovem empregado por Nugent,<sup>9</sup> com três fases de transição da juventude: 10 a 14 anos, 15 a 20 anos e 21 a 24 anos.

Foram excluídos do estudo os jovens que, por gravidade clínico-neurológica, não puderam cooperar com a entrevista e os que evoluíram para óbito após o trauma. A condição neurológica foi avaliada por meio da Escala de Coma de Glasgow, estabelecendo um valor mínimo de 11 para inclusão no estudo.<sup>10</sup>

Como fontes de dados foram utilizadas a listagem de pacientes atendidos no PS, para a localização dos casos, e a ficha de atendimento do PS. O instrumento de coleta de dados foi adaptado do Questionário Hispanic Americans Alcohol Survey (Hablas), desenvolvido pela equipe do professor Raul Caetano, da Universidade do Texas-EUA, cuja finalidade foi possibilitar a realização de estudos epidemiológicos sobre padrões de consumo de álcool. Esse instrumento foi traduzido e adaptado à população brasileira por meio de estudos piloto qualitativos e quantitativos para uma boa aplicabilidade e aceitabilidade à nossa realidade.<sup>5</sup>

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e por entrevistadoras treinadas, nos meses de maio a julho de 2009, às sextas-feiras, sábados e domingos, das 19 horas à 1 hora, para conseguir maior número de entrevistados. Optou-se por esse horário para se obter o maior número de sujeitos, tratando-se, portanto, de uma amostra não probabilística, pois a população não estava disponível para ser sorteada.<sup>11</sup> Nos finais de semana, as chances de um jovem necessitar de assistência hospitalar em decorrência do abuso de álcool é 6,3 vezes maior do que nos demais dias da semana.<sup>7</sup>

Durante o período de coleta de dados, foram atendidos, no pronto-socorro, 140 jovens vítimas de trauma, dos quais 112 foram entrevistados. As 28 perdas aconteceram pelas seguintes razões: 14 jovens estavam

sem condições clínico-neurológicas de responder ao questionário e excluídos *a priori*, fato constatado por meio da aplicação da Escala de Coma de Glasgow, 8 não aceitaram participar da pesquisa, e em 6 casos o tempo de atendimento no PS foi insuficiente para a abordagem – ocorreu consulta médica e liberação imediata.

Para estabelecer o padrão de consumo de álcool, os jovens investigados neste estudo foram classificados em três grupos: trauma com consumo, para aqueles cujo trauma foi associado diretamente ao consumo de bebida alcoólica no momento da ocorrência do trauma; trauma sem consumo, referente aos que fazem uso de bebida alcoólica, mas não relataram consumo nas seis horas anteriores ao trauma; e trauma em abstinentes na vida, para os jovens que nunca fizeram uso de bebida alcoólica.

Os dados foram inseridos no Programa Excel, para posterior análise com base no Programa *Statistica* 8.0. A análise de dados foi realizada por meio de estatística descritiva, teste qui-quadrado de Pearson e regressão logística.

Considerando que as pessoas atendidas em unidades de urgência ou usuários de drogas de abuso constituem uma população vulnerável sob a perspectiva das normas éticas para pesquisa e que o contexto de coleta de dados poderia representar exposição psicológica e evidenciar a fragilidade jurídica do investigado, foram seguidos procedimentos de privacidade e de diminuição de eventos adversos da pesquisa.<sup>12</sup> Foi solicitada a autorização do responsável para os jovens com idade entre 10 e 18 anos incompletos, e, para aqueles com idade inferior a 14 anos, entrevistou-se o responsável na presença do jovem.

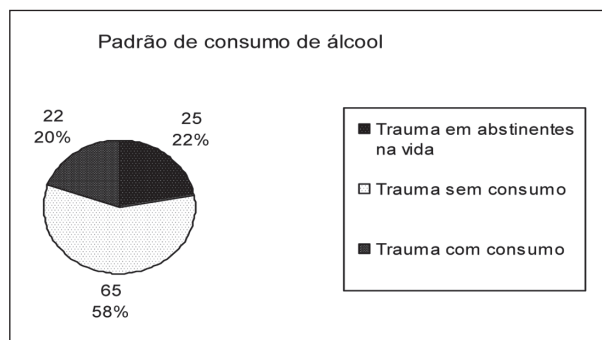
O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob o Parecer nº 070/2009, e a pesquisa possibilitou obter informações de jovens em situações vulneráveis de acordo com os preceitos ético-legais.

## RESULTADOS

Entre os 112 jovens diagnosticados com eventos decorrentes do trauma, 25 (22%) faziam parte do grupo de trauma em abstinentes na vida, 22 (20%) faziam parte do grupo de trauma com consumo e 65 (58%) do grupo do trauma sem consumo, ou seja, o percentual dos jovens que fazem uso de bebida alcoólica correspondeu a 78% do total. (FIG. 1)

A caracterização socioeconômica dos jovens apontou predomínio do sexo masculino em todas as faixas etárias e em todos os grupos de padrão de consumo, sendo que os jovens abstinentes pertenciam, em sua maioria, à faixa etária entre 10 e 14 anos. No entanto, a faixa etária predominante foi a de jovens entre 15 e 20 anos, representando 42,9% de todos os jovens investigados. O grau de instrução da maioria dos jovens era o ensino

fundamental completo, renda mensal familiar entre 901 e 1.500 reais.



**FIGURA 1 – Distribuição percentual de jovens vítimas de trauma segundo padrão de consumo de álcool. Cascavel-PR – maio/julho 2009**

Fonte: Dados da pesquisa

Observou-se que a ingestão de bebida alcoólica apresentou relação significativa para a ocorrência de trauma grave. Por meio de regressão logística, utilizando como baseline o trauma grave associado à não ingestão de bebida alcoólica, pode-se afirmar que a ingestão de álcool anteriormente ao trauma aumentou 50 vezes as chances de quadros clínicos com maior gravidade.

Para estabelecer a associação da classificação do padrão de consumo estabelecido no estudo e o perfil sociodemográfico dos jovens, foram analisadas as variáveis sexo, faixa etária e escolaridade. (TAB. 1)

Dos 22 jovens que estavam alcoolizados no momento do trauma (trauma com consumo), 19 (86,4%) eram do sexo masculino, confirmando a tendência do sexo masculino se expor mais a situações que oferecem risco. (TAB. 1)

Para verificar a razão de chance para a ocorrência de trauma relacionada ao consumo do álcool na variável sexo, considerou-se como variável dicotômica os jovens que tiveram trauma com consumo e os jovens abstinentes na vida, o sexo masculino como variável preditora e o sexo feminino como baseline, por apresentar um número menor de expostos. Obteve-se como resultado um *Odds Ratio* de 2 para o sexo masculino no grupo de trauma com consumo.

No grupo de jovens usuários de álcool, mas que não estavam alcoolizados no momento do trauma (trauma sem consumo), encontrou-se um padrão de consumo por sexo diferente do anterior. No sexo feminino, houve maior número de indivíduos nesse padrão, representando 66,7% do total de 27 casos, e, no sexo masculino, as 47 ocorrências corresponderam a 55,3% do total de 85 casos.

Para os jovens abstinentes, 19 indivíduos eram do sexo masculino e 6 do sexo feminino. No entanto, quando comparado ao total de jovens do sexo masculino, observa-se que esse sexo representou 22,4% do total, muito semelhante ao percentual para o sexo feminino (22,2%).

**TABELA 1 – Distribuição absoluta e percentual e razão de chance de trauma do padrão de consumo de álcool dos jovens vítimas de trauma segundo sexo, faixa etária e escolaridade. Cascavel-PR – maio a julho 2009.**

Variáveis	Padrão de consumo		Trauma sem consumo		Trauma com consumo		Trauma em abst. na vida		Total		Odds
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	ratio
<b>Sexo</b>											
Masculino	47	72,3	19	86,4	19	76,0	85	75,9	2		
Feminino	18	27,7	3	13,6	6	24,0	27	24,1	1		
<b>Faixa etária</b>											
10-14 anos	11	16,9	3	13,6	13	52,0	27	24,1	1		
15-20 anos	29	44,6	9	40,9	10	40,0	48	42,9	3,9		
21-24 anos	25	38,5	10	45,5	2	8,0	37	33,0	21,7		
<b>Escolaridade</b>											
Analfabeto	2	3,1	–	–	–	–	2	1,8	–		
Fundamental incompleto	16	24,6	3	13,6	12	48,0	31	27,7	1		
Fundamental completo	31	47,7	12	54,6	8	32,0	51	45,5	6		
Médio completo	12	18,5	7	31,8	5	20,0	24	21,4	5,6		
Superior incompleto	4	6,1	–	–	–	–	4	3,6	–		
<b>Total</b>	65	58,1	22	19,6	25	22,3	112	100,0			

Fonte: Dados da pesquisa.

Nas três faixas etárias estudadas, a maior ocorrência de trauma aconteceu na faixa etária entre 15 e 20 anos, com um percentual de 42,9%, independentemente do padrão de consumo de bebida alcoólica. Porém, na faixa etária entre 21 e 24 anos prevaleceram os jovens que tiveram trauma relacionado ao consumo de álcool (45,5%), e na faixa etária entre 10 e 14 anos prevaleceram os abstinentes na vida (52,0%). (TAB. 1)

Para saber se há diferença significativa em relação ao consumo de bebida alcoólica e a ocorrência de trauma nas diferentes faixas etárias do estudo, utilizou-se o teste Chi-square ( $X^2$ ). A associação da faixa etária para a ocorrência de trauma relacionada ao consumo de bebida alcoólica resultou em  $p = 0,002$ , havendo, portanto, diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre a idade de consumo do álcool e a ocorrência de trauma, sendo maior para os jovens na faixa etária entre 21 e 24 anos.

Por meio da regressão logística, utilizando como variáveis dicotômicas o trauma com consumo e o trauma em abstinentes, constatou-se que os jovens com ensino médio completo apresentaram 5,6 vezes mais chances e os jovens com ensino fundamental completo 6 vezes mais chances de terem trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica do que os jovens com ensino fundamental incompleto. (TAB. 1)

Para analisar as variáveis que se relacionam ao consumo de álcool pelo jovem, foram considerados respondentes o grupo de trauma com consumo (22) e trauma sem consumo (65), segundo a faixa etária. O consumo diário foi informado por três jovens (8,6%) com idade entre 21 e 24 anos. O consumo de álcool uma a duas vezes por semana foi respondido por 36,8% dos jovens e 44,8% informaram

a ingestão de bebida alcoólica em período de uma vez por mês ou ao menos uma vez por ano. (TAB. 2)

Observa-se que, para a faixa etária entre 10 e 14 anos, a frequência de consumo foi de aproximadamente uma vez por mês ou menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano, ambas com 35,7% das respostas. Para a faixa etária entre 15 e 20 anos, e entre 21 e 24 anos, o maior percentual de uso foi de uma a duas vezes por semana, com 42,1% e 40% das respostas, respectivamente.

A maioria dos jovens com idade entre 10 e 14 anos ingeriu uma dose de bebida alcoólica em um episódio (42,8%). Para os jovens nas demais faixas etárias, as doses máximas ingeridas durante um dia foram 17 ou mais, sendo de 34,2% para a faixa etária entre 15 e 20 anos, e 51,4% para a faixa etária entre 21 e 24 anos. Isso indica que o consumo de bebida alcoólica torna-se mais abusivo para os jovens de maior faixa etária. (TAB. 2)

A bebida mais consumida para todas as idades foi a cerveja (63,2%), seguida do vinho (17,2%) e dos destilados (11,5%). Quanto à idade de início de consumo, dois jovens (2,3%) iniciaram o consumo antes dos 10 anos, 41,4% iniciaram na faixa etária entre 10 e 14 anos e 56,3% entre 15 e 20 anos. (TAB. 2)

Em relação aos locais onde habitualmente os jovens consumiram bebida alcoólica nos últimos 12 meses, foram identificados as festas e os bares (36,8%), seguidos pela residência dos amigos (23,0%), a própria residência (18,4%) e a residência de parentes (17,2%). Os amigos são as companhias preferidas para o consumo de bebida alcoólica pelos jovens (47,1%), seguidos pelos familiares (40,2%) e o namorado ou cônjuge (11,5%). Apenas um jovem referiu consumir bebida alcoólica sozinho. (TAB. 2)

**TABELA 2 – Padrão de consumo de álcool de jovens vítimas de trauma segundo frequência, quantidade, bebida mais consumida, idade de início, idade de consumo regular, local de maior consumo e acompanhantes. Cascavel-PR – maio/julho 2009**

Variáveis	Faixa etária (anos)		10-14		15-20		21-24		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Frequência de consumo (vezes)</b>										
Todos os dias	–	–	–	–	3	8,6	3	3,5	3	3,5
Quase todos os dias	–	–	1	2,6	2	5,7	3	3,5	3	3,5
Uma ou duas por semana	2	14,3	16	42,1	14	40,0	32	36,8	32	36,8
Duas ou três por mês	2	14,3	5	13,2	3	8,6	10	11,4	10	11,4
Aproximadamente uma por mês	5	35,7	6	15,8	8	22,8	19	21,8	19	21,8
Menos que uma por mês, mas ao menos uma ano	5	35,7	10	26,3	5	14,3	20	23,0	20	23,0
<b>Dose máxima ingeridas durante um dia</b>										
Uma	6	42,8	5	13,1	2	5,7	13	14,9	13	14,9
2, 3 ou 4	3	21,4	4	10,5	2	5,7	9	10,4	9	10,4
5, 6 ou 7	3	21,4	5	13,2	4	11,4	12	13,8	12	13,8
8 a 11	2	14,3	6	15,8	4	11,4	12	13,8	12	13,8
12 a 16	–	–	5	13,2	4	11,4	9	10,4	9	10,4
17 ou mais	–	–	13	34,2	18	51,4	31	35,6	31	35,6
Não respondeu	–	–	–	–	1	2,9	1	1,2	1	1,2
<b>Bebida mais consumida</b>										
Cerveja	6	42,8	21	55,3	28	80,0	55	63,2	55	63,2
Vinho	4	28,6	7	18,4	4	11,4	15	17,2	15	17,2
Destilado	2	14,3	6	15,8	2	5,7	10	11,5	10	11,5
Ice	–	–	3	7,9	1	2,9	4	4,6	4	4,6
Outro	2	14,3	1	2,6	–	–	3	3,5	3	3,5
<b>Idade de início do consumo (anos)</b>										
< de 10	2	14,3	–	–	–	–	2	2,3	2	2,3
10 – 14	11	78,6	16	42,1	9	25,7	36	41,4	36	41,4
15 – 20	1	7,1	22	57,9	26	74,3	49	56,3	49	56,3
<b>Idade de consumo regular (anos)</b>										
< de 10	1	7,1	–	–	–	–	1	1,2	1	1,2
10 – 14	11	78,6	9	23,7	2	5,7	22	25,3	22	25,3
15 – 20	2	14,3	29	76,3	30	85,7	61	70,1	61	70,1
21 – 24	–	–	–	–	3	8,6	3	3,4	3	3,4
<b>Local de maior consumos</b>										
Balada/festa	4	28,6	13	34,2	15	42,9	32	36,8	32	36,8
Casa de amigo	5	35,7	11	28,9	4	11,4	20	23,0	20	23,0
“Própria” casa	3	21,4	7	18,4	6	17,1	16	18,4	16	18,4
Casa de parente	2	14,3	5	13,2	8	22,9	15	17,2	15	17,2
Outro	–	–	2	5,3	2	5,7	4	4,6	4	4,6
<b>Acompanhante</b>										
Amigo	4	28,6	23	60,5	14	40,0	41	47,1	41	47,1
Familiar	9	64,3	12	31,6	14	40,0	35	40,2	35	40,2
Namorado/cônjuge	1	7,1	3	7,9	6	17,1	10	11,5	10	11,5
Sozinho	–	–	–	–	1	2,9	1	1,2	1	1,2
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>16,1</b>	<b>38</b>	<b>43,7</b>	<b>35</b>	<b>40,2</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa



## DISCUSSÃO

Os jovens que consomem bebida alcoólica, além de apresentarem maiores chances de trauma em relação aos jovens que não consomem, também têm maior gravidade nas lesões, na utilização dos serviços de emergência e no custo do tratamento à saúde.<sup>7, 13</sup>

O I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira apontou que o álcool é a droga mais consumida no país, com 68,7% de relato de pessoas que fizeram uso dessa substância pelo menos uma vez na vida, e, entre os jovens, a porcentagem foi de 48,3%.<sup>6</sup> Nesta pesquisa, o percentual dos jovens que fazem uso de bebida alcoólica foi superior ao da população geral, correspondendo a 77,7%, parecendo indicar que os jovens que consomem bebida alcoólica têm maior risco ao trauma quando comparados aos jovens brasileiros no geral.

Indicou-se, neste estudo, que os jovens do sexo masculino têm duas vezes mais chance de ter trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica em relação ao sexo feminino. Em pesquisa de revisão em periódicos nacionais, com artigos científicos sobre a caracterização de vítimas de acidentes de transporte decorrentes do uso de álcool, destacou-se, também, a predominância de casos do sexo masculino, sinalizando a maior exposição e o comportamento mais agressivo do homem no trânsito. Questões sociais e culturais referentes ao gênero expõem o homem a maiores riscos na condução dos veículos, como velocidade excessiva, manobras arriscadas e consumo de álcool.<sup>5,7,12</sup>

Embora a literatura aponte maior proporção do consumo excessivo de bebida alcoólica em homens, estudos indicaram que os casos de alcoolismo feminino não são fielmente divulgados. O consumo entre as mulheres também é agravo emergente, visto que as propagandas comerciais de bebidas se voltam cada vez mais para esse público, e as diferenças biológicas e psicossociais vulnerabilizam as mulheres aos danos causados pelo consumo nocivo de álcool.<sup>1,14,15</sup>

O maior número de indivíduos do sexo feminino no grupo do trauma sem consumo indica que as mulheres se expõem a situações traumáticas, embora não tenham ingerido bebida alcoólica, por estarem acompanhadas de jovens do sexo masculino que fazem uso de álcool e colocam a própria segurança e a dos acompanhantes em risco. No grupo do trauma em abstinente na vida, pode-se afirmar que não ocorreram diferenças para a variável sexo.

A ocorrência de maior percentual de jovens vítimas de trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica na faixa etária entre 21 e 24 anos é esperada, visto que 43,7% dos jovens consumidores de bebida alcoólica desta pesquisa iniciaram o uso de bebida antes dos 14 anos e 56,3% entre 15 e 20 anos. Ou seja, dado o início precoce, quando atingem a faixa etária dos 21 aos 24 anos, maior percentual de jovens faz uso de bebida alcoólica.

O abuso de bebida alcoólica pode tornar os jovens dependentes e comprometer a realização de tarefas consideradas normais do ciclo vital, como o cumprimento

dos papéis sociais esperados, a aquisição de habilidades essenciais, o sentido de adequação e competência e a preparação para a transição à vida adulta.<sup>16</sup>

Maior escolaridade não representou fator de proteção para a ocorrência de trauma associado ao consumo de álcool em jovens. Isso se deve ao fato de que 70,4% dos jovens na faixa etária entre 10 e 14 anos possuem ensino fundamental incompleto, sendo que os mais velhos se expõem mais aos riscos do consumo de bebida alcoólica.

Grande parte dos entrevistados afirmou que ingere ocasionalmente bebida alcoólica. O risco de problemas decorrentes de um único episódio de intoxicação é mais alto entre aqueles que não fazem uso frequente de bebida alcoólica. Há relação direta entre a intoxicação ocasional e problemas como violência, acidentes e mortes no trânsito, problemas familiares e profissionais. Ou seja, grande parte dos problemas causados pelo álcool está relacionado com a intoxicação, e não com a dependência.<sup>17,18</sup>

Beber moderadamente significa ingerir duas doses por dia para homens e uma para as mulheres, mas, conforme o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Uso de Álcool, são raros os jovens que bebem moderadamente: a maioria é abstinente ou bebe muito.<sup>5</sup>

Em pesquisa sobre o padrão de consumo de álcool apontou-se que 48% dos adultos são abstêmios, 24% bebem frequentemente, e pesado, e 29% bebem pouco frequentemente e não fazem uso pesado. Quanto aos adolescentes, segundo dados da pesquisa, eles bebem altas doses, quase 50% dos rapazes bebem mais do que três doses por situação habitual e um terço deles consome cinco doses ou mais.<sup>19</sup>

Em pesquisa realizada com 591 estudantes do ensino médio de uma cidade do interior de São Paulo, avaliou-se o consumo de álcool. Os resultados apontaram, em relação à frequência de consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, que 27,1% beberam de uma a três vezes no mês e 11,7% beberam mais de uma vez por semana. A média de consumo no mês foi entre uma e quatro doses para 31,5% dos respondentes e de cinco ou mais doses para 4,1% deles; 21,2% consumiam bebida alcoólica em forma de *binge*, ou seja, cinco ou mais doses em um único dia, o que indica o beber de forma perigosa e arriscada.<sup>15</sup>

No Brasil, entre as demais drogas, o álcool é responsável por 41% dos homicídios e por 47% dos acidentes de trânsito, considerado a principal causa de morte entre os jovens. Assim, as consequências que o álcool traz para a família e para a sociedade são vistas como as mais prejudiciais.<sup>1</sup>

Um maior percentual de jovens informou que faz uso de bebida alcoólica uma ou duas vezes por semana. A população jovem consome bebida alcoólica nos finais de semana, quando ocorrem as festas e nos encontros dos jovens. O que acontece na sociedade atual é o uso pesado de bebida alcoólica pelos jovens em uma única ocasião, em bares e festas com amigos.<sup>20</sup>

A quantidade de bebida consumida é mensurada por meio da quantidade de doses ingeridas. Uma dose corresponde à presença de 8 a 13 gramas de etanol, o que equivale a uma lata de cerveja, um cálice de vinho ou 30 mililitros de bebida destilada. O consumo moderado é caracterizado pela ingestão de 15 doses semanais para os homens e 10 doses semanais para as mulheres, e o consumo pesado corresponde ao consumo diário e excessivo da substância. Para avaliar esses parâmetros, deve-se considerar o tempo que o sujeito levou para consumir cada dose e seu peso corporal.<sup>21</sup>

O número de doses ingeridas, no máximo, durante um dia permite identificar os jovens que já fizeram uso abusivo e perigoso de bebida alcoólica, em forma de *binge*. Observou-se que 74,7% dos jovens consumidores de bebida alcoólica o fazem de forma perigosa, em forma de *binge*, pois relataram já terem ingerido cinco ou mais doses em um único dia, sendo a prevalência maior para a faixa etária entre 21 e 24 anos.

Observou-se que a bebida mais consumida pelos jovens foi a cerveja. Esse resultado também foi encontrado em outros estudos.<sup>5,18,19</sup> Para os autores, a preferência pela cerveja justifica-se por ser uma bebida relativamente barata, vinculada a propagandas sedutoras, facilmente acessível e conveniente ao meio social. A disponibilidade da substância intensifica o consumo e, conseqüentemente, aumenta a quantidade e a importância dos problemas a ela associados.

Apesar de a bebida mais consumida pelos adolescentes ser a cerveja, outras, incluindo *Smirnoff ice*, destilado, vinho e champanhe, também foram referidas pelos jovens, ou seja, grande parte dos jovens costuma beber mais do que uma bebida alcoólica e muitos preferem a combinação cerveja e outras bebidas.<sup>19</sup>

Constatou-se o início precoce do consumo de bebida alcoólica. Quanto mais cedo o jovem inicia o uso de álcool, maior a vulnerabilidade ele tem de desenvolver o abuso e a dependência e iniciar o uso de drogas ilícitas, ou seja, o uso precoce do álcool é fator de risco para a dependência na vida adulta. No Estado do Paraná, em pesquisa realizada com o objetivo de avaliar o consumo de álcool entre estudante com idade entre 13 e 19 anos, apontou-se que 82,18% dos adolescentes entrevistados já haviam experimentado bebidas alcoólicas.<sup>22,23</sup>

Quanto ao início do uso regular de bebida alcoólica, neste estudo confirmaram-se achados da literatura. Estudo realizado pela Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, em 2007, apontou que o uso regular de bebida alcoólica pelos adolescentes começa aos 14,8 anos e pelos adultos jovens aos 17,3 anos. Dada a vulnerabilidade dessa população, faz-se fundamental monitorar de perto o fenômeno.<sup>24</sup>

O Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na população brasileira apontou que a média de idade do início do uso para os jovens entre 14 e 17 anos foi aos 13,9 anos e início do consumo regular, 14,6 anos. Os jovens entre 18 e 25 anos apresentaram início de uso aos 15,3 anos e de uso regular aos 17,3 anos.

Isso sugere que o fenômeno do beber precoce e regular está realmente acontecendo com os jovens, o que pode auxiliar na determinação da idade ou do período de vida que se deve iniciar a prevenção ao uso de drogas.<sup>5</sup>

Os locais onde habitualmente os jovens consumiram bebida alcoólica confirmam os achados da literatura. Estudos identificaram as festas e bares como os locais em que mais ocorrem os episódios de consumo de bebida alcoólica pelos jovens, seguidos pelo consumo na própria casa e na escola/universidade.<sup>1,18</sup>

Quanto às companhias preferenciais para o consumo de bebida alcoólica pelos jovens, identificou-se como característica dos jovens a integração a grupos habituais, principalmente amigos e familiares, para o consumo de drogas de abuso e conseqüente exposição a riscos.

O acesso à bebida alcoólica por meio de familiares e amigos é um importante fator para “o beber” dos jovens. São poucos os que bebem sozinhos (15,3%), a maioria utiliza bebida alcoólica na companhia de alguém (74,6%). A companhia preferida dos estudantes de ensino médio são os amigos (44,1%) e “outros” (40,7%), como namorado, amigo e namorado, ou ainda amigos e familiares.<sup>19</sup>

As companhias se configuram como fator de risco quando os amigos, considerados modelos de comportamento, aprovam ou utilizam drogas. No caso dos pares, há uma sintonia entre os jovens que querem iniciar ou aumentar o uso de drogas e colegas com valores e hábitos semelhantes. No entanto, grupos de amigos com objetivos e expectativas de realização na vida têm papel importante numa etapa existencial em que as influências dos pares são cruciais.<sup>16</sup>

Quando a família aceita o uso de drogas no ambiente familiar, geralmente com a intenção de evitar as complicações legais, estimula a intensificação do consumo, acelerando, dessa forma, o desenvolvimento da dependência, e tem dificuldade de motivar o jovem para o tratamento, aumentando as chances de complicações precoces – médicas, psicológicas e sociais.<sup>25</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo com esta pesquisa foi investigar o padrão de consumo de álcool em jovens vítimas de trauma residentes em Cascavel-PR. Foram entrevistados 112 jovens, classificados em três grupos: trauma com consumo, para aqueles cujo trauma foi associado diretamente ao consumo de bebida alcoólica na vida (19,7%); trauma sem consumo, referente aos que fazem uso de bebida alcoólica na vida, mas que não relataram consumo nas seis horas anteriores ao trauma (58%); e trauma em abstinentes na vida, para os jovens que nunca fizeram uso de bebida alcoólica (22,3%).

A ingestão de bebida alcoólica por jovens apresentou relação significativa para a ocorrência de trauma grave, aumentando em 50 vezes as chances de quadros clínicos com maior gravidade, sendo que os jovens do sexo

masculino tinham duas vezes mais chance de terem trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica em relação ao sexo feminino, sinalizando maior exposição do homem.

Determinantes sociais e culturais referentes à questão de gênero expõem o sexo masculino a maiores riscos para o trauma, como velocidade excessiva, manobras arriscadas, violência e consumo de álcool, porém constatou-se que as mulheres podem estar expostas a situações traumáticas, embora não tenham ingerido bebida alcoólica, por estarem acompanhadas de jovens do sexo masculino que fazem uso de álcool, e colocam a própria segurança e a dos acompanhantes em risco.

Os jovens com mais anos de escolaridade apresentaram mais chances de terem trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica. Isso se deve ao fato de que 70,4% dos jovens na faixa etária entre 10 e 14 anos têm ensino fundamental incompleto. Os jovens com mais anos de estudo correspondem às faixas etárias de 15 a 20 anos e 21 a 24 anos, ficando mais expostos aos riscos do consumo de álcool. Os jovens de idade entre 15 e 24 anos apontaram ingestão de 17 ou mais doses de álcool em um único dia, confirmando o beber em forma de *binge*.

O hábito de beber em companhia de familiares e de amigos foi informado, principalmente, pelos jovens entre

10 e 14 anos. O jovem tem forte influência no consumo de bebida alcoólica pela ação direta da família, ou pelos grupos de amigos, o que pode determinar a maneira pela qual percebem o risco, podendo ignorar a probabilidade de ocorrência de agravo à saúde.

A idade precoce de consumo regular de bebida alcoólica pode deixá-los mais expostos, por estarem passando por profundas mudanças físicas e psíquicas, e ocasionar comportamentos socialmente indesejáveis.

Diante do exposto, para prevenir a ocorrência de trauma relacionado ao consumo de bebida alcoólica, diminuir a gravidade dos eventos, a ocupação de leitos hospitalares e os índices de anos perdidos e incapacitados, principalmente na população jovem, deve-se investir em estratégias de controle de perigos e riscos, utilizando medidas sistemáticas de promoção à saúde e prevenção de agravos, para que possam viver a juventude de forma segura e sem prejuízo à saúde.

Considerando que o enfermeiro é um profissional voltado para a implementação do cuidado à saúde em todos os ciclos de vida, visando à integralidade do cuidado, ele deve estar instrumentalizado para a execução de programas de educação em saúde voltados para o jovem e para a família, traçando estratégias e metas com vista a estimular a redução de danos e o comportamento seguro diante do consumo de álcool.

## REFERÊNCIAS

1. Stamm M, Bressan L. Consumo de álcool entre estudantes do curso de enfermagem de um município do Oeste Catarinense. *Cien Cuidado Saúde*. 2007; 6(3):319-24.
2. Ruiz MR, Andrade D. A família e os fatores de risco associados ao consumo de álcool e tabaco em crianças e adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(Esp):813-8.
3. Zanoti-Jeronymo DV, Carvalho AMP. Alcoolismo parental e suas repercussões sobre crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2001; 1(2).
4. World Health Organization. 60ª Asamblea Mundial de la Salud, 14-23 de mayo de 2007. Ginebra: WHO; 2007.
5. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas; 2007.
6. Fonseca MGU, Peres F, Firmo JOA, Uchôa E., Elizabeth. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007; 12(1):39-50.
7. Arnauts I, Oliveira MLF. Intoxicação alcoólica em crianças e adolescentes: dados de um centro de assistência toxicológica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009. (No prelo)
8. Marques ACPR, Ribeiro M. Abuso e dependência do álcool. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes. São Bernardo do Campo, SP: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2002. p.29-47.
9. Nugent R. Quiénes son los jóvenes. In: Ashford Lori, Clifton Donna, Kaneda Toshico. *La juventud mundial*. Washington (DC/USA): Population Reference Bureau; 2006.
10. Smeltzer SC, Bare BG. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 8ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
11. Oliveira TMV. Amostragem não probabilística: adequações de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento ou quotas. *Administração On Line: prática, pesquisa e ensino*. 2001; 2(3). [Citado 2009 nov 20]. Disponível em: [http://www.fecap.br/adm\\_online/art23/tania2.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm)
12. Ribeira CRO. Ética e pesquisa em álcool e drogas: uma abordagem bioética. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2005; 1(1).
13. Sindelar HA, Barnett NP, Spirito A. Adolescent alcohol use and injury: a summary and critical review of the literature. *Minerva Pediátrica*. 2004; 56(3):291-309.
14. Facundo FRG. Fatores de risco e o significado do consumo de drogas em adolescentes e jovens marginais em bandos juvenis [tese]. Riberão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.

15. Martins RA, Cruz LAN, Teixeira PS, Manzato AJ. Padrón de consumo de alcohol entre estudiantes de la enseñanza media en una ciudad del estado de São Paulo. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2008; 4(1).
16. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(3):707-17.
17. World Health Organization. Fifty-Eighth World Health Assembly. April 2005. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Report by the Secretariat. Geneva: WHO; 2005.
18. Duailibi S, Laranjeira R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(5):839-48.
19. Dallo L. Padrão de uso de álcool e outras drogas entre estudantes de Cascavel-PR [dissertação]. Marília: Universidade Estadual Paulista; 2009. 106p.
20. Martins RA. Uso de álcool, intervenção breve e julgamento sócio-moral em adolescentes que bebem excessivamente [tese]. Marília: Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas; 2006.
21. Cardoso LRD, Malbergier A, Figueiredo TFB. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008; 35(sup.1):70-5.
22. Caetano SC, Silveira CM, Kaur S, et al. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008; 35(sup.1):31-8.
23. Alavase GMA, Carvalho MDB. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2006; 10(3): 408-16.
24. Wagner GA, Andrade AG. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008; 35(sup.1):48-54.
25. Leite MC. Conversando sobre cocaína e crack. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília: SENAD; 1999.

Data de submissão: 20/12/2011

Data de aprovação: 21/3/2012

# ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA: AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

EXCEPTION WITH RISK CLASSIFICATION IN HOSPITAL EMERGENCY SERVICE: EVALUATION OF THE NURSING TEAM

ACOGIDA CLASIFICADORA DE RIESGO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL: EVALUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

José Aparecido Bellucci Júnior<sup>1</sup>  
Laura Misue Matsuda<sup>2</sup>

## RESUMO

Estudo transversal de natureza quantitativa cujo objetivo foi avaliar o Acolhimento com Classificação de Risco, implantado no serviço de emergência de um hospital de ensino público. Os dados foram coletados no mês de março de 2011, por meio da aplicação do instrumento de avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco, com 45 trabalhadores da enfermagem. O referido instrumento consiste em uma escala do tipo Likert, composta por 21 questões e itens pautados nas dimensões Estrutura, Processo e Resultado. Obteve-se que a dimensão Estrutura foi classificada como *Boa*, apesar de os itens Sinalização do ambiente, Conforto ao usuário e acompanhante, Privacidade nas consultas e Treinamento do Acolhimento com Classificação de Risco à equipe serem classificados como *Regulares*. A dimensão Processo, também foi classificada como *Boa*, no entanto os itens Atendimentos não emergenciais, Atendimentos emergenciais, Segurança transmitida ao usuário e Comunicação com os usuários nas salas de espera foram classificados como *Ótimos*. A dimensão Resultado foi avaliada como *Boa*, porém um de seus componentes, Encaminhamento de contrarreferência, foi considerado *Precário*. Concluiu-se que no serviço de emergência investigado, o Acolhimento com Classificação de Risco ainda não atende a todos os objetivos da humanização propostos pelo Ministério da Saúde, haja vista que há necessidade de melhorias relacionadas aos itens Sinalização do ambiente, Atuação dos trabalhadores conforme a proposta do Acolhimento com Classificação de Risco, Conforto aos usuários e Funcionamento dos mecanismos de contrarreferência.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Avaliação em Saúde; Acolhimento; Serviço Hospitalar de Emergência; Triagem.

## ABSTRACT

Quantitative cross-sectional study aimed to evaluate the Reception with Risk Classification, deployed in the emergency department of a Public Teaching Hospital. Data were collected in March 2011, through the application of the assessment instrument with the Reception with Risk Classification of 45 nursing workers. This instrument consists of a Likert scale consisting of 21 questions / items guided dimensions: Structure, Process and Outcome. It was found that the size structure was classified as good, although the items signaling environment, the user comfort and companion, the appointments and Privacy in queries Reception with Risk Classification with the team to be classified as Regular. The Process Dimension, also rated as Good, but non-emergency items Attendances; Attendances emergency; Security transmitted to the user and communication with users in the waiting rooms were classified as Good. The Results Dimension was evaluated as good, but one of the items, routing cross-reference, was considered Precarious. It was concluded that the emergency department investigated, with the Reception with Risk Classification not yet meet all the objectives of humanization, proposed by the Ministry of Health, given that there is need for improvements related to the items of the signaling environment; Performance of workers as proposal of Reception with Risk Classification, Comfort and users, the operation of counter mechanisms.

**Keywords:** Nursing; Health Evaluation; User Embrace; Emergency Hospital Service; Triage.

## RESUMEN

Cuantitativo de corte transversal tuvo como objetivo evaluar la Acogida Clasificadora de Riesgo, implementado en el departamento de urgencias de un hospital público de enseñanza. Los datos se recogieron en marzo de 2011, mediante la aplicación del instrumento de evaluación con la Acogida Clasificadora de Riesgo de bienvenida de 45 trabajadores de enfermería. Este instrumento consiste en una escala tipo Likert que consta de 21 preguntas y temas orientados dimensiones: estructura, proceso y resultado. Se encontró que la estructura de tallas fue clasificado como bueno, aunque los elementos de señalización de medio ambiente, la comodidad del usuario y de compañía, los nombramientos y la formación de Privacidad Acogida Clasificadora de Riesgo con el equipo para ser clasificado como regular. La dimensión de los procesos, también el índice más elevado, pero no son de emergencia Asistencias artículos; Asistencias de emergencia, seguridad que transmite al usuario y comunicación con los usuarios en las salas de espera fueron clasificados como buena. Resultados El tamaño fue evaluado como bueno, pero uno de los elementos, la expedición de referencias cruzadas, se considera precario. Se concluyó que el servicio de urgencias investigados, con la Acogida Clasificadora de Riesgo principal que aún no cumplen con todos los objetivos de la humanización, propuesto por el Ministerio de Salud, dado que no hay necesidad de introducir mejoras relacionadas con los temas del medio ambiente de señalización, el rendimiento de los trabajadores como Acogiendo con beneplácito la propuesta con Acogida Clasificadora de Riesgo Confort, y los usuarios, el funcionamiento de los mecanismos de venta libre.

**Palabras clave:** Enfermería; Evaluación en Salud; Acogimiento; Servicio de Urgencia en Hospital. Triage.

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP).

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-PR.

Endereço para correspondência – Rua Arthur Pelayo, 180. Bandeirantes SP. E-mail: bellucci@uenp.edu.br. Telefone: (14) 91352394.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, há grande demanda de usuários por atendimento em Serviço Hospitalar de Emergência (SHE), os quais, em sua maioria, apresentam casos de baixa complexidade que poderiam ser tratados nas Redes Básicas de Saúde.<sup>1</sup>

A elevada demanda nos SHEs, além de resultar em abordagem de acordo com a ordem de chegada,<sup>1</sup> também provoca situações que comprometem a qualidade do atendimento como: trabalhadores estressados, insuficiência de recursos, taxa de ocupação acima de 100%, desmotivação para o trabalho, dentre outras.<sup>2</sup>

Atualmente, em virtude da crescente exigência da população mundial quanto à qualidade da assistência à saúde, diversos países do mundo têm promovido discussões e mudanças sobre a atenção em SHE.<sup>3</sup> Nesse sentido, com o propósito de melhorar a qualidade da assistência em saúde no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) propôs, em 2004, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (HumanizaSus) a qual apresenta o Acolhimento ao usuário como um dos "pontos-chave" à humanização do atendimento e das relações de trabalho.<sup>4</sup>

"Acolhimento" é definido como "ação de receber hospedagem, abrigo, agasalho".<sup>5</sup> No âmbito da saúde, o conceito Acolhimento é definido como uma ação que coloca o usuário como participante ativo no processo de construção das relações de produção do cuidado.<sup>4</sup>

Em relação à qualidade dos serviços prestados em SHE, o MS apresenta o Acolhimento articulado com as ações de Classificação de Risco.<sup>4</sup> Nessa perspectiva, a diretriz "Acolhimento com Classificação de Risco" (ACCR) tem como objetivos principais acolher classificar o risco do agravo e direcionar o usuário ao atendimento médico de acordo com a gravidade do caso.<sup>1</sup>

Ressalte-se que o Acolhimento ao usuário em SHE pode ser realizado por qualquer profissional de saúde treinado para esse fim, porém a Classificação de Risco é de competência do enfermeiro<sup>1</sup> e deve se realizar por meio da Consulta de Enfermagem, na qual, com base em um protocolo preestabelecido,<sup>6</sup> o usuário é classificado em um sistema de cores que pode ser assim discriminado: Vermelho – emergência; Amarelo – urgência; Verde – menor urgência; e Azul – não urgência.<sup>4</sup> Apesar de o ACCR ter sido instituído no Brasil como diretriz para a promoção da qualidade em saúde, somente em 2004<sup>4</sup> ocorreram registros na literatura de que os primeiros hospitais brasileiros a utilizar o ACCR no atendimento foram o Hospital Municipal de Paulínia, em 1993, e o Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, em Campinas, em 2001. Nessas instituições, um dos principais resultados obtidos foi o controle da demanda por meio da priorização dos casos de maior gravidade para o atendimento.<sup>7</sup>

Corroborando esse dado, em outro estudo realizado em 2010, na cidade de Ourinhos, interior de São Paulo, constatou-se que a implantação do ACCR culminou na diminuição das filas de espera, na priorização dos casos graves para o atendimento e em relatos favoráveis,

por parte dos trabalhadores quanto à organização do serviço.<sup>8</sup>

Em relação à avaliação do ACCR, o que se tem visto são publicações que, por meio de abordagens qualitativas, buscam expressar o grau de satisfação dos trabalhadores com o ACCR<sup>9</sup> sem utilizar instrumentos específicos para esse fim.

Destarte, a nosso ver, a utilização de instrumentos específicos para a avaliação de novas tecnologias que visem à humanização e à qualidade no atendimento em SHE, no caso, o ACCR, proporciona resultados que vão além da interpretação de fenômenos, pois propiciam equacionamento das relações de causa-efeito ao permitir a inclusão de maior número de participantes.

Dada a importância da utilização de instrumento específico para a avaliação do ACCR em SHE, associada à escassez de publicações relacionadas a essa temática, pergunta-se: Como os profissionais de saúde de uma instituição pública de ensino avaliam a diretriz ACCR com base na aplicação de um instrumento construído para esse fim? Para responder a essa questão, propôs-se a realização deste estudo, cujo objetivo foi avaliar o ACCR implantado no Serviço de Emergência de um Hospital de Ensino Público.

A realização deste estudo se justifica pelo fato de que, até o presente momento, não foram encontrados resultados de pesquisas que avaliassem o ACCR em SHE utilizando um instrumento específico. Além disso, as informações resultantes podem subsidiar discussões e interesses voltados para a implantação do ACCR e melhoramento da qualidade do atendimento em SHE.

## METODOLOGIA

Estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido, no período de 25 a 30 de março de 2011, no SHE de um hospital de ensino público. O referido Serviço iniciou suas atividades em 20 de janeiro de 1989; atualmente atende por volta de 47 mil pacientes/ano; possui área com 31 leitos, porém acomoda, em média, 90 pacientes/dia; é referência no atendimento de alta complexidade no trauma; oferece atendimento médico presencial e de retaguarda nas principais especialidades (cardiologia, neurologia, cirurgia, ortopedia, dentre outras) e implantou o ACCR em dezembro de 2010.

O quadro de trabalhadores da enfermagem do serviço em foco é composto por 50 técnicos de enfermagem; 15 enfermeiros assistenciais; 2 enfermeiros administrativos (1 enfermeiro chefe de divisão e 1 enfermeiro encarregado, que também atua como enfermeiro assistencial).

Para a coleta de dados, utilizou-se o Instrumento de Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco,<sup>10</sup> criado com base em informações contidas na cartilha Acolhimento com Classificação de Risco do MS<sup>1</sup> e nas dimensões donabedianas de avaliação em saúde.<sup>11</sup>

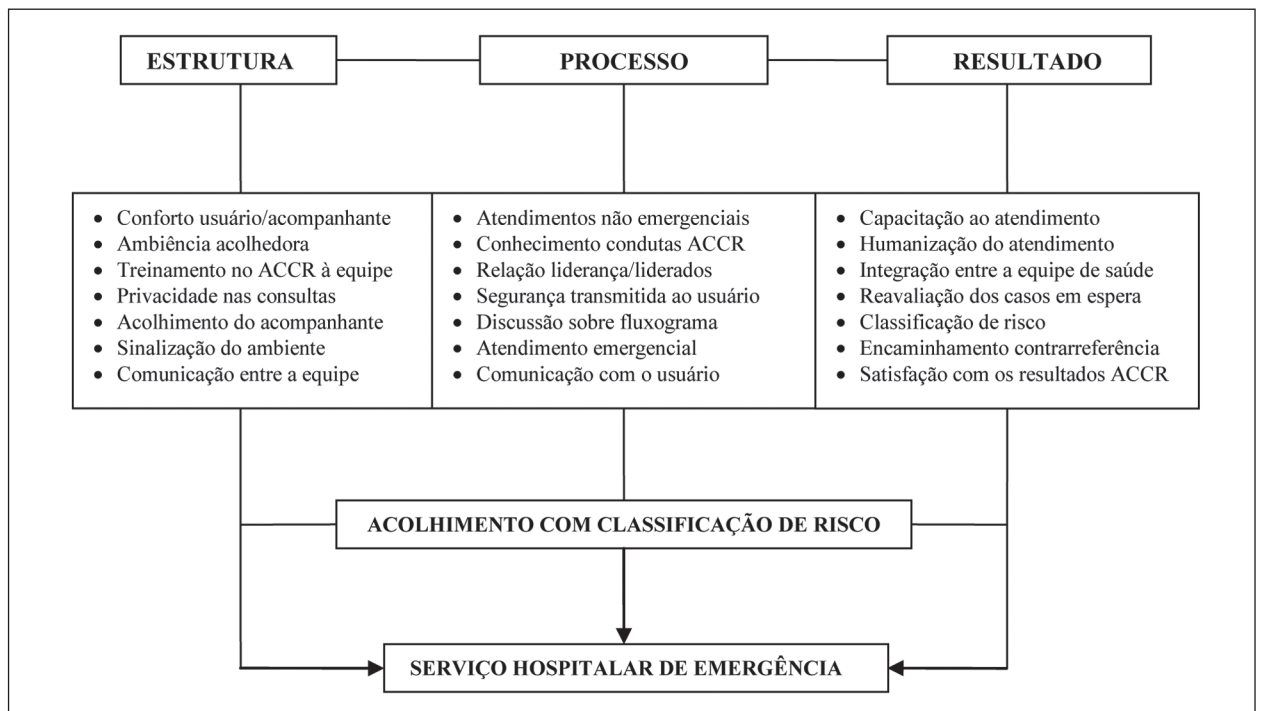
O instrumento de Avaliação referido é um questionário composto por 21 questões, dispostas na forma de escala do tipo Likert, com valores que variam de “Discordo totalmente” (valor 1) a “Concordo totalmente” (valor 5). (FIG.1). Dentre as 21 questões, 12 têm sentido positivo e 9, negativo. Essas questões estão assim distribuídas no instrumento: avaliação da dimensão Estrutura = questões de 1 a 7; avaliação da dimensão Processo = questões de 8 a 14; e avaliação da dimensão Resultado = questões de 15 a 20 (ANEXO).<sup>11</sup>

As afirmações que corresponderam à forma negativa na escala Likert, na fase de tratamento dos dados, foram invertidas (positivadas) e, na análise dos dados, o valor 3 da escala foi considerado como “Sem opinião”. Semelhante conduta foi tomada nos casos em que as opções de respostas estiveram em branco.

A abordagem aos profissionais foi realizada no ambiente de trabalho dos sujeitos, durante o turno de serviço e

de forma individualizada. No momento da aplicação do questionário aos trabalhadores do SHE, 4 estavam afastados por licença médica, 2 por licença maternidade, 10 em período de férias e 6 não responderam alegando falta de tempo. Dessa forma, 45 instrumentos foram preenchidos. O critério de inclusão utilizado para selecionar os participantes da pesquisa foi pertencer ao quadro da enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) desde a implantação do ACCR no SHE investigado.

A amostra constituída somente por profissionais de enfermagem se justifica pelo fato de que esses trabalhadores são os principais responsáveis pela visão de atendimento institucional que o cliente leva para si, por prestarem cuidado integral durante 24 horas. Com isso, as dificuldades e/ou facilidades observadas no ambiente de trabalho, que são focos dos processos avaliativos, são mais bem observadas por eles.



**FIGURA 1 – Itens avaliados nas dimensões Estrutura, Processo e Resultado. Maringá – 2011**

Fonte: Bellucci Júnior<sup>10</sup>

**TABELA 1 – Escores para a classificação geral do ACCR. Maringá – 2011**

Pontuação obtida	Intervalo de classe	Percentual (escores)	Representatividade Final
94,4 a 105	10,6	90 a 100%	Ótimo
73,5 a 94,3	20,8	70 a 89,9%	Bom
52,5 a 73,4	20,9	50 a 69,9%	Regular
21 a 52,4	31,4	0 a 49,9%	Precário

Fonte: Brasil<sup>12</sup>

Para a avaliação de cada *dimensão*, calculou-se a média dos valores dos itens e, a seguir, essas médias foram comparadas aos dados da TAB. 2. No tocante à avaliação dos *itens* de cada *dimensão*, calculou-se a média da pontuação atribuída pelos participantes cujos valores, também, foram comparados aos escores da mesma tabela.

**TABELA 2 – Escores utilizados para a classificação das dimensões e dos itens avaliados no ACCR. Maringá – 2011**

Média Obtida	Intervalo de classe	Percentual (escores)	Classificação
31,5 a 35	3,5	90 a 100%	Ótimo
24,5 a 31,4	6,9	70 a 89,9%	Bom
17,5 a 24,4	6,9	50 a 69,9%	Regular
7 a 17,4	10,4	0 a 49,9%	Precário

Fonte: Brasil<sup>12</sup>

Os dados foram analisados por meio do software Excel 7.0. Quanto aos aspectos éticos, o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá-PR, sob o Parecer nº 606/2010, e para participar, após receberem informações a respeito do estudo, todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Cabe ressaltar que este estudo é produto da dissertação de mestrado intitulada "Avaliação do processo de implantação do programa Acolhimento com Classificação de Risco no pronto-socorro do Hospital Universitário de Maringá-PR" e foi financiado pela Fundação Araucária – Apoio ao Desenvolvimento Tecnológico e Científico do Paraná.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados e da discussão será efetuada de acordo com as dimensões donabedianas<sup>11</sup> de avaliação em saúde, conforme consta a seguir.

### Avaliação da dimensão Estrutura

A dimensão Estrutura obteve pontuação média (PM) de 26,8 e foi classificada como *Bom*.

Na avaliação da dimensão Estrutura, os itens "Comunicação entre a equipe", "Ambiência acolhedora" e "Acolhimento ao acompanhante" foram classificados como *Bons*. Esse é um dado importante porque a "Ambiência", que é conceituada pelo MS como o tratamento dado ao espaço físico de uma unidade de saúde, cujo objetivo é proporcionar acolhimento e conforto ao usuário,<sup>13</sup> se somada às ações de ACCR, seguramente contribui para a qualidade do cuidado em SHE.

No SHE avaliado, apesar de existir climatização e boa circulação de ar ambiente nos locais onde os usuários aguardam pelo atendimento, quando se fala em acomodação das pessoas, a classificação *Regular* dos itens "Conforto ao usuário e acompanhante" e "Privacidade nas consultas" aponta que as mudanças no espaço físico ainda necessitam de melhorias. A classificação *Regular* desses itens pode ser, em parte, justificada pelo fato de que o ACCR foi implantado no serviço apenas três meses antes de este estudo ser realizado. Com isso, as mudanças estruturais para o acolhimento aos usuários e acompanhantes ainda não estavam concluídas.

O item que obteve a menor PM nessa categoria foi "Sinalização do ambiente", que também foi classificado como *Regular*. De acordo com o MS, todo hospital

**TABELA 3 – Pontuação média dos itens da dimensão Estrutura. Maringá – 2011**

Itens avaliados	PM*	CL**	N	%
– Conforto ao usuário e acompanhante	22,4	Regular	45	100
– Ambiência acolhedora	30,4	Bom	45	100
– Treinamento sobre ACCR à equipe	21,8	Regular	45	100
– Privacidade nas consultas	24,2	Regular	45	100
– Acolhimento ao acompanhante	30,6	Bom	45	100
– Sinalização do ambiente	19,4	Regular	45	100
– Comunicação entre a equipe	29,2	Bom	45	100
<b>Média da pontuação total</b>	<b>26,68</b>			
<b>Classificação</b>	<b>BOM</b>			

\*Pontuação média (PM)

\*\* Classificação



deve conter em seus serviços placas de sinalização e informações em linguagem clara e representativa, não excluindo portadores de necessidades especiais.<sup>13</sup> Vale salientar que a boa avaliação desse item é fundamental para a qualidade do atendimento em SHE porque a ineficácia dos sistemas de informações, além de gerar desordem no ambiente de trabalho,<sup>14</sup> propicia o não entendimento dos usuários quanto à necessidade de priorização no atendimento dos casos de maior complexidade.

Quando se fala de sinalização em SHE, a adequação desse item em situações de emergência pode proporcionar rapidez e agilidade no atendimento por direcionar as ações da equipe para o transporte de usuários, realização de exames, fluxo de materiais, dentre outros. Com isso, a sinalização em ambiente hospitalar, especialmente em locais críticos como é o caso do Serviço/Setor/Unidade de Emergência, deve proporcionar o arranjo dos espaços com fluxos adequados que favoreçam o bom andamento do processo de trabalho.<sup>1</sup>

Ainda em relação ao quesito ambiência, vale ressaltar que em SHE esse item deve ser mais bem classificado, tendo em vista que a sua adequação não necessita de grandes investimentos em estrutura e processo de trabalho.<sup>2</sup>

O item "Treinamento no ACCR à equipe" foi igualmente classificado como *Regular*. Esse dado indica que a instituição investigada necessita implementar ações e programas de educação em serviço, a fim de evitar riscos e prejuízos aos trabalhadores e cliente.

Apesar de ações proativas serem sempre bem-vindas, independentemente do segmento ou da atividade, a literatura aponta que grande parte das instituições de saúde brasileiras desenvolve programas de treinamento voltados para o caráter curativo, ou seja, observando problemas que ocorrem no serviço.<sup>15</sup> Nesse sentido,

ao se pensar em qualidade do atendimento em SHE, é importante que os gestores desenvolvam programas de treinamentos que visem modificar posturas e hábitos impróprios ao desenvolvimento seguro das atividades profissionais.

Para atuar de maneira proativa no ACCR, o MS sugere que, desde o início da implantação desse dispositivo em SHE, a equipe de saúde seja treinada e acompanhada periodicamente quanto à utilização correta dos protocolos de classificação de risco e das ações de acolhimento previamente pactuadas entre a equipe.<sup>1</sup>

Estudo recente revela que a capacitação da equipe de saúde para a implantação do ACCR em SHE, além de ser considerada ponto-chave para o sucesso das mudanças que ocorrem nos fluxos de atendimento, fortalece o plano de trabalho porque proporciona a definição de metas e a identificação dos problemas em conjunto.<sup>16</sup>

Com base nos resultados obtidos na avaliação da dimensão Estrutura e dos respectivos itens, sugere-se a instalação de maior número de placas informativas no SHE em questão no sentido de orientar o fluxo de atendimento e encaminhamento dos usuários no interior desse serviço. Além disso, a realização de programas de educação em serviço e ações que visem à adequação da estrutura física no sentido de proporcionar conforto e segurança ao usuário e ao acompanhante tende a beneficiar, também, o trabalho da equipe.

#### Avaliação da dimensão Processo

A dimensão Processo, que retrata como o trabalho é realizado no SHE pesquisado, obteve PM de 29,2 e foi classificada como *Bom*.

Apesar de a PM ser classificada como *Boa*, os itens "Atendimentos não emergenciais" e "Atendimentos

**TABELA 4 – Pontuação média dos itens da dimensão Processo. Maringá – 2011**

Itens avaliados	PM*	CL**	N	%
– Atendimentos não emergenciais	34,6	Ótimo	45	100
– Conhecimento das condutas no ACCR	21,2	Regular	45	100
– Relacionamento entre liderança/liderados	23,2	Regular	45	100
– Segurança transmitida ao usuário	32,2	Ótimo	45	100
– Discussões sobre o fluxograma com a equipe	23,0	Regular	45	100
– Atendimentos emergenciais	34,5	Ótimo	45	100
– Comunicação com o usuário nas salas de esperas	33,4	Ótimo	45	100
<b>Média da pontuação total</b>		<b>29,2</b>		
<b>Classificação</b>		<b>BOM</b>		

\*Pontuação média (PM)

\*\*Classificação

emergenciais” foram classificados como *Ótimos*. Esses achados indicam que todos os usuários que adentram ao serviço passam pelo ACCR e são atendidos de acordo com a gravidade do caso. Em consonância com esses resultados, no tocante aos serviços prestados em SHE, o HumanizaSus propõe que a priorização no atendimento dos casos mais graves e a ordenação do atendimento aos casos de menor complexidade sejam alguns dos seus princípios.<sup>4</sup>

Em relação à organização do processo de trabalho em SHE, estudo avaliativo recente, realizado num hospital público, refere que o ACCR dinamiza os fluxos de entrada do usuário no sistema, além de conferir maior segurança e estabilidade durante o processo de atendimento.<sup>9</sup> Desse modo, no serviço em foco, percebe-se que o processo de trabalho está estruturado para se desenvolver com base em ações que priorizam os casos de maior gravidade para o atendimento.

Vale ressaltar que, além da organização do processo de trabalho, os SHEs que implantaram o ACCR também estão legalmente amparados em relação ao cuidado prestado ao usuário porque, desde o atendimento inicial, quando é realizada a Consulta de Enfermagem, são anotadas as condições de saúde daqueles que procuram o serviço.

Não obstante os itens que versam a respeito do fluxo de atendimento aos usuários serem classificados como *Ótimos*, aqueles referentes ao “Conhecimento das condutas do ACCR”, “Discussões sobre o Fluxograma” e “Relacionamento entre liderança/liderados” foram classificados como *Regulares*.

Saliente-se que a escassez de reuniões de “Treinamento no ACCR à equipe”, discutida na dimensão anterior, pode ser um dos fatores responsáveis pela classificação obtida nos três itens relacionados acima porque a existência de programas institucionais de capacitação

à prática, além de propiciar aos trabalhadores maior segurança na realização das atividades assistenciais,<sup>17</sup> também proporciona momentos de interação e troca de experiências vivenciadas no cotidiano dos serviços.

Os itens “Comunicação com os usuários” e “Segurança transmitida ao usuário” foram classificados como *Ótimos*. Esses dados indicam que, no setor investigado, os usuários são assistidos e informados em relação ao provável tempo de espera pelo atendimento médico, à reavaliação dos casos de baixa complexidade e ao estado de saúde dos usuários em atendimento interno.

O ato de informar o usuário sobre as condições de atendimento coopera para a produção de vínculo, no qual, de acordo com o MS, pode produzir ação terapêutica e melhora das relações de atendimento em saúde.<sup>1</sup> Na área hospitalar, a comunicação, além de favorecer o vínculo entre a equipe e o usuário, também proporciona conforto aos familiares e acompanhantes porque a hospitalização é uma condição que gera muitas angústias nas pessoas, principalmente quando estas não são informadas corretamente sobre o estado de saúde do seu ente ou outra pessoa próxima.<sup>18</sup>

Com vista a melhorar a qualidade do atendimento por meio de adequações no processo de trabalho, com base nos resultados obtidos nessa dimensão, propõe-se que as lideranças do serviço investigado realizem maior número de encontros entre trabalhadores e gestores para tratar de assuntos relativos às condutas a tomar no ACCR, associados ao desenvolvimento de mecanismos que efetivem a escuta e a troca de informações entre a equipe de saúde e o usuário.

### Avaliação da dimensão Resultado

A dimensão Resultado obteve PM de 27,88 e foi classificada como *Boa*.

**TABELA 5 – Pontuação média dos itens da dimensão Resultado. Maringá – 2011**

Itens avaliados	PM*	CL**	N	%
– Capacitação ao atendimento	33,0	Ótimo	45	100
– Humanização do atendimento	23,9	Regular	45	100
– Integração entre a equipe de saúde	28,2	Bom	45	100
– Reavaliação dos casos em espera	21,4	Regular	45	100
– Classificação de risco	34,8	Ótimo	45	100
– Encaminhamento de contrarreferência	17,0	Precário	45	100
– Satisfação com os resultados do ACCR	31,6	Ótimo	45	100
<b>Média da pontuação total</b>		<b>27,88</b>		
<b>Classificação</b>		<b>BOM</b>		

\*Pontuação Média (PM)

\*\*Classificação

O item "Classificação de risco" foi um dos que obtiveram a maior PM da dimensão Resultado, sendo classificado como *Ótimo*. De acordo com o MS, as instituições que utilizam de maneira eficaz a Classificação de Risco cooperam para que ocorra a extinção das práticas de exclusão do usuário, porque se distanciam do conceito tradicional de "triagem", já que todos serão atendidos no serviço.<sup>4</sup>

Em termos gerais, apesar de o serviço investigado ainda necessitar de ajustes na estrutura para o acolhimento ao usuário, percebe-se que, dada a ocorrência de classificação de risco a todos os que procuram por atendimento, não se vê a prática de "exclusão" dos usuários no momento da abordagem "de porta".

Quanto à classificação *Ótima*, obtida no item "Capacitação ao atendimento" e "Satisfação com os resultados do ACCR", vale ressaltar que, apesar de ocorrer pouco treinamento sobre ACCR com a equipe, os trabalhadores se esforçam em aprender e apreender as condutas de enfermagem contidas no Protocolo de Classificação de Risco, utilizado pela instituição. Os itens que versam a respeito da Humanização em SHE – "Humanização do atendimento" e "Reavaliação dos casos em espera" – foram classificados como *Regulares*.

Em uma análise mais pontual sobre esses quatro últimos itens avaliados, percebe-se um contraponto: os trabalhadores se sentem capacitados ao atendimento, no entanto referem que a humanização no serviço prestado é *Regular*. Nesse sentido, é provável que o conceito de *Humanização* não seja aplicado em todas as fases do atendimento do SHE investigado, porque, desde a abordagem primária ao usuário até a alta deste, os trabalhadores são os principais responsáveis pela valorização do sujeito no processo de produção de saúde.

A classificação *Precário* para o item "Encaminhamentos de contrarreferência" denota que, mesmo com todos os arranjos feitos, a porta de entrada do sistema de saúde continua sendo os SHE. Vale salientar que quando os mecanismos de referência e contrarreferência são falhos em SHE, a qualidade no atendimento aos usuários classificados como verdes e azuis é diretamente prejudicada, porque a classificação pode se tornar superficial e inadequada.<sup>9</sup> Desse modo, a elevada demanda de casos que poderiam ser atendidos na rede básica de saúde torna-se fator agravante para a promoção da qualidade no SHE.<sup>1</sup>

O item "Integração entre a equipe de saúde" foi classificado como *Bom*. No nosso entender, a referida integração é quesito fundamental para a qualidade do cuidado prestado porque, dentre outros aspectos, possibilita a troca de experiências que podem fortalecer a produção do cuidado e as relações entre os trabalhadores.<sup>19,20</sup> Nessa perspectiva, com a classificação obtida nesse item, entende-se que no serviço estudado os profissionais estão satisfeitos com o relacionamento que se desenvolve na equipe que promove o cuidado.

Com base nos dados da avaliação dos itens e da dimensão Resultado, infere-se se que a gestão do SHE

investigado deve realizar ações de pactuação entre o serviço e a Rede Básica de Saúde do município no sentido de melhor distribuir os encaminhamentos de usuários considerados como "falsa demanda" que não necessitam de atendimento emergencial.

Estudo realizado em 2009 aponta que o crescimento de "falsa demanda" para o atendimento em SHE é ocasionado pela diversidade de concepções que os usuários, a população e os profissionais de saúde têm a respeito desse serviço.<sup>21</sup> Desse modo, fazem-se necessários a definição de responsabilidades e sistemas de referência e contrarreferência, efetivamente pactuados, de modo que as distorções existentes nas portas de entrada desses serviços possam ser corrigidas.<sup>21</sup>

### Avaliação geral do acolhimento com classificação de risco

O ACCR total obteve 83,22 pontos e foi classificado como *Bom*. A frequência das classificações dos itens avaliados nas três dimensões está distribuída na TAB. 6, a seguir.

**TABELA 6 – Frequência das classificações dos itens avaliados. Maringá – 2011**

DM** \ CL*	Ótimo	Bom	Regular	Precário
Estrutura	-	03	04	-
Processo	04	-	03	-
Resultado	03	01	02	01
<b>Total</b>	07	04	09	01

\*Classificação

\*\* Dimensão

Dos itens avaliados no instrumento, percebe-se que sete (33,3%) foram classificados como *Ótimos*; quatro (19%), como *Bons*; nove (42,6%), como *Regulares* e um (4,8%), como *Precário*. Entre os classificados como *Ótimos*, quatro se referiram à dimensão Processo e três ao "Resultado". Com relação aos itens classificados como *Regulares*, quatro pertenciam à dimensão Estrutura, três ao Processo e dois ao Resultado.

Considerando que os itens avaliados como *Ótimos* se concentraram nas dimensões Processo e Resultado, pode-se afirmar que, de acordo com a opinião dos profissionais investigados, os processos de trabalho e os resultados obtidos no atendimento do ACCR contemplam satisfatoriamente algumas ações propostas pelo MS, quais sejam: Classificação de risco aos usuários com agravos emergenciais e não emergenciais, Segurança ao usuário e Escuta qualificada.

Embora o resultado total da avaliação do ACCR o classifique como *Bom*, a dimensão Estrutura concentrou a maior parte dos itens avaliados como *Regular*. Nessa dimensão, evidenciou-se que há necessidade de

melhorias no conforto ao usuário e acompanhante, no sistema de sinalização do ambiente e nas ações de treinamento sobre ACCR para a equipe de saúde.

Na dimensão Processo, a segunda com o maior número de itens classificados como *Regular*, e o principal problema encontrado se refere ao não conhecimento por toda equipe das condutas do ACCR. Já na avaliação da dimensão Resultado, conforme apresentado na TAB. 5 e discutido em seguida, a principal dificuldade observada foi falha nos mecanismos de contrarreferência no atendimento, o que é considerado potencialmente prejudicial ao desenvolvimento do ACCR, porque a melhoria da qualidade do atendimento prestado em SHE também depende de pactuações internas e externas nos processos de trabalho e na gestão dos serviços prestados.<sup>22</sup>

## CONCLUSÃO

A avaliação do ACCR por meio da aplicação de um instrumento específico possibilitou quantificar as opiniões dos trabalhadores, identificar algumas potencialidades e fragilidades da diretriz implantada no serviço e orientar condutas de melhorias nas dimensões avaliadas.

Apesar de este estudo ser realizado por meio de abordagem quantitativa e o instrumento utilizado para a coleta de dados mencionar de maneira ampla os vários aspectos referentes à gestão do ACCR em SHE, destaque-se que os resultados apresentados são fruto da observação e interpretação da realidade percebida pelos trabalhadores e pesquisadores, não considerando

as percepções dos gestores e dos usuários do SHE. Dessa maneira, a participação do cliente e dos gestores é uma limitação a ser considerada neste estudo.

Com base na avaliação dos trabalhadores de enfermagem, conclui-se que o ACCR implantado no SHE estudado não atingiu ainda todos os objetivos de humanização para os quais foi idealizado. A existência de insatisfações em alguns itens da Estrutura, Processo e Resultado sinaliza que ainda não estão fixadas no processo de trabalho, todas as ações de Acolhimento ao usuário, preconizadas no HumanizaSus.

Sugere-se à gestão de enfermagem do SHE investigado que considere a necessidade de replanejamento estrutural do ACCR, dando ênfase à comunicação visual do setor, ações de treinamento aos trabalhadores em relação à operacionalização dessa diretriz e efetivação dos mecanismos de contrarreferência.

Para que o atendimento em SHE seja efetivado com base na humanização e na qualidade, sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas que abordem a implantação, o monitoramento e os resultados do ACCR.

## AGRADECIMENTOS

À Fundação Araucária – Apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico do Paraná –, pelo financiamento da pesquisa. A todos os enfermeiros do Hospital Universitário de Maringá PR, em especial ao Marinaldo Santos e Hellen Rickli, pelas orientações durante a coleta de dados no SHE, e ao professor Marcelo Wander Barros, pelas correções de língua portuguesa.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. O'dwyer GO, Oliverira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualISUS. *Ciênc Saúde Coletiva*.2009;14(5):1881-90.
3. Domiciano V, Fonseca AS. Tempo médio para atendimento do cliente em um departamento de emergência de um hospital privado. *Nursing*.2008;11(119):182-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde – HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Maia Jr R, Pastos N. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Difusão Cultural do Livro;1999.
6. Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com Classificação de Risco: o processo vivenciado pelo enfermeiro. *REME*. 2008;12(4):581-86.
7. Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco. História da Classificação de Risco. [citado 2007 out 30]. Disponível em: <[http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=76&Itemid=110](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=76&Itemid=110)>.
8. Bellucci Jr JA, Matsuda, LM. Implantação do Programa Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco e uso do Fluxograma Analisador [resumo]. In: 9º Congresso da Rede Unida. Saúde é Construção da Vida no Cotidiano: Educação, trabalho e cidadania; 2010 Jul 17-21; Porto Alegre. Anais. Porto Alegre: Interface; 2010. p. 974-81.
9. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncillo KCG. Classificação de Risco na Emergência: Avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*.2011;19(1):84-8.
10. Bellucci Jr JA. Avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco em Serviço Hospitalar de Emergência [Dissertação]. Maringá (PR): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2011. 143 p.
11. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. Michigan: Health Administration Press; 1980. Explorations in Quality Assessment and Monitoring; p. 77 – 125.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Instrumento de avaliação para centros e postos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1985.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

14. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador. *Texto & Contexto Enferm.* No prelo 2012.
15. Montana D, Peduzzi M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Rev Esc Enferm USP.*2010;44(3):597-604.
16. Rossaneis MA, Haddad MCL, Borsato FG, Vannuchi MO, Sentone ADD. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. *Rev Eletronica Enferm.* 2011;13(4):648-56. [Citado em 2012 Fev 20]. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a08.htm>>.
17. Braga AT, Melleiro MM. Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP.*2009;43(2):1216-20.
18. Victor ACS, Matsuda LM, Saalfeld SMS, Évora YDM. A comunicação verbal de uma equipe médica: necessidades apresentadas pelos visitantes. *Rev Uningá.*2004;1:105-114.
19. Galván GB. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. *Rev SBPH.* 2007;10(2):53-61.
20. Costa MAR, Cambiriba MS. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. *Cienc Cuid Saúde.*2010;9(3):494-502.
21. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. *Rev Latino-Am Enferm.*2009;17(4):535-40.
22. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(4):797-806.

Data de submissão: 11/11/2011

Data de aprovação: 11/5/2012

## ANEXO 1

### INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Neste questionário, composto por 21 afirmações, o objetivo é avaliar o acolhimento com classificação de risco neste serviço hospitalar de emergência. Por favor, leia atentamente cada uma das afirmações e assinale um **X** no número da escala (de 1 a 5) que melhor representa sua opinião. Sua participação neste estudo é muito importante.

	1	2	3	4	5			
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo e nem discordo	Concordo	Concordo totalmente			
Nº	ITEM			ESCALA				
01	A estrutura física para o Acolhimento com Classificação de Risco promove conforto ao usuário e acompanhante			1	2	3	4	5
02	O Acolhimento com Classificação de Risco torna o ambiente mais acolhedor e humano			1	2	3	4	5
03	Não ocorrem reuniões e treinamentos periódicos para os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco			1	2	3	4	5
04	O espaço físico para consulta médica e de enfermagem não proporciona privacidade ao usuário			1	2	3	4	5
05	O espaço físico não é suficiente para acolher o acompanhante			1	2	3	4	5
06	A sinalização do ambiente é clara e suficiente para o direcionamento do usuário ao atendimento no Acolhimento com Classificação de Risco			1	2	3	4	5
07	Os trabalhadores que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco não se comunicam frequentemente com toda equipe do setor			1	2	3	4	5
08	Todos os pacientes não graves que procuram por atendimento nesse serviço de emergência passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco			1	2	3	4	5
09	As condutas a serem tomadas, descritas no protocolo de Acolhimento com Classificação e Risco, não são conhecidas por todos que trabalham no setor			1	2	3	4	5
10	As lideranças desse serviço discutem com os funcionários de forma democrática e acolhedora as propostas de mudanças no serviço de Acolhimento com Classificação de Risco			1	2	3	4	5

continua...

1	2	3	4	5		
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo e nem discordo	Concordo	Concordo totalmente		
Nº	ITEM	ESCALA				
11	Os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco contribuem para que o usuário se sinta seguro e confortável	1	2	3	4	5
12	O fluxograma de atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco é discutido com a equipe e avaliado periodicamente quanto à clareza e objetividade	1	2	3	4	5
13	O atendimento primário ao usuário ocorre de acordo com a gravidade do caso, e não de acordo com a ordem de chegada	1	2	3	4	5
14	O usuário que não corre risco imediato, assim como seus familiares, é informado sobre o tempo provável de espera pelo atendimento	1	2	3	4	5
15	Os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco estão treinados para atender o usuário e acompanhante de forma acolhedora e humana	1	2	3	4	5
16	Nesse serviço, a humanização no atendimento não se faz presente em todas as etapas do atendimento ao usuário	1	2	3	4	5
17	A equipe multiprofissional que atua nesse serviço trabalha de forma integrada e atenta às necessidades dos usuários	1	2	3	4	5
18	Os usuários que passam pelo Acolhimento com Classificação de Risco e aguardam pelo atendimento médico não são reavaliados periodicamente	1	2	3	4	5
19	Mesmo com o Acolhimento com Classificação de Risco, os pacientes graves não são priorizados para o atendimento	1	2	3	4	5
20	Os casos de baixa complexidade não são encaminhados à rede básica de saúde	1	2	3	4	5
21	Os profissionais que atuam nesse setor se sentem satisfeitos com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no atendimento	1	2	3	4	5

# ANÁLISE DAS NECESSIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DE PACIENTES INTERNADOS EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTOS

NURSING NEEDS OF PATIENTS IN AN ADULT INTENSIVE CARE CENTER

NECESIDADES DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA ADULTOS

Adelaide De Mattia Rocha<sup>1</sup>  
Ana Lúcia De Mattia<sup>2</sup>  
Débora de Campos Nascimento<sup>3</sup>  
Mayara Sousa Vianna<sup>3</sup>  
Rafael Lima Rodrigues de Carvalho<sup>4</sup>

## RESUMO

A implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) constitui uma exigência às instituições de saúde. É importante determinar as necessidades da assistência de enfermagem, especialmente dos pacientes graves. Foram analisadas as necessidades de assistência de enfermagem a pacientes internados no CTI de um hospital universitário registradas em 135 prontuários, no período de janeiro de 2009 a fevereiro de 2010. O instrumento de coleta de dados contemplou 77 ações/intervenções de enfermagem ou colaborativas e alocadas em classes e domínios da taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Para a análise, foram considerados os registros de atividades constantes em mais de 30% dos prontuários. Algumas atividades consideradas de enfermagem e que não estão incluídas nos 30% analisados foram discutidas à parte. Os domínios mais registrados foram Segurança/Proteção, Nutrição, Eliminação/Troca, Atividade/Repouso. Das 59 ações/intervenções identificadas, 24 constavam em mais de 30% dos prontuários analisados. Algumas atividades registradas se referiam a exames e procedimentos nos quais a enfermagem teria ações colaborativas, embora não estivessem explicitadas nos registros. Concluiu-se que mesmo os domínios mais registrados não expressam as reais necessidades dos pacientes atendidos no CTI, dada a pouca alusão às ações/intervenções específicas de enfermagem. O foco dos registros foram as atividades colaborativas às intervenções de outros profissionais. Pouco se pode depreender dos registros estudados sobre as ações/intervenções de enfermagem específicas de cuidados ao paciente. É imprescindível que a equipe de enfermagem seja capaz de avaliar e registrar as ações/intervenções de enfermagem prevalentes no CTI e desenvolva aptidão para realizar e valorizar esses cuidados.

**Palavras-chaves:** Centro de Terapia Intensiva; Educação Continuada em Enfermagem; Assistência de Enfermagem.

## ABSTRACT

The implementation of Systematization of Nursing Care (in Portuguese, SAE) processes is a requirement to all health institutions. It is important to determine nursing care needs especially in the case of critically ill patients. The study analysed nursing needs of ICU patients in a university hospital documented in 135 medical records from January 2009 to February 2010. Data was collected through the examination of 77 nursing actions or collaborative interventions based on NANDA Taxonomy II classes and domains. The analysis considered the activity report present in more than 30% of the medical records. Some activities, identified as nursing activities but not included in the above group, were discussed separately. The domains registered were mostly Safety/ Protection, Nutrition, Elimination & Exchange, and Activity & Rest. In 59 of the nursing interventions identified, 24 were present in more than 30% of the records analysed. Although not explicitly recorded some actions recorded refer to tests and procedures in which nurses play a collaborative role. In conclusion even frequently recorded domains do not convey the real needs of ICU patients for they do not indicate actions or interventions specific to nursing care; records focussed, instead, on nursing collaborations with other professionals. Nurses' specific patient care actions and/or interventions were insufficiently recorded. It is imperative that nursing staff is able to evaluate and record nursing actions and/or interventions prevalent in an ICU and develop skills to perform such care.

**Keywords:** Intensive Care Unit; Continuing Education in Nursing; Nursing Care.

## RESUMEN

La implementación de la sistematización de los cuidados de enfermería (SAE) es una exigencia para las instituciones de salud. Es importante determinar las necesidades de los cuidados de enfermería, especialmente para los pacientes graves. Se analizaron las necesidades de los cuidados de enfermería a los pacientes en la UCI de un hospital universitario anotadas en 135 registros médicos desde enero de 2009 a febrero de 2010. El instrumento de recogida de datos incluye 77 acciones de enfermería o intervenciones colaborativas basadas en las clases y dominios de taxonomía II de la NANDA. Para el análisis se consideraron las actividades enumeradas en más del 30% de los registros.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG).

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da EE/UFMG.

<sup>3</sup> Acadêmica de graduação em Enfermagem pela EE/UFMG. Bolsista Probic/Fapemig.

<sup>4</sup> Acadêmico de graduação em Enfermagem pela EE/UFMG. Bolsista Fundep/Santander.

Endereço para correspondência – Rua Machado 233, apto. 302, bairro Floresta, Belo Horizonte-MG. CEP 31110080 E-mail: deboracamposn@yahoo.com.br.

Algunas de las actividades de enfermería no se incluyeron en el grupo supra citado y se discutieron aparte. Los dominios más registrados fueron Seguridad / Protección, Nutrición, Eliminación/Intercambio, Actividad/Descanso. En 59 acciones o intervenciones identificadas, 24 constaban en más del 30% de los registros analizados. Algunas de las actividades registradas se refieren a pruebas y procedimientos en los cuales participaron enfermeros aunque no hayan sido explicitados en los registros. Llegamos a la conclusión que incluso los dominios más registrados no expresan las necesidades reales de los pacientes atendidos en la UCI, por la poca alusión a las acciones/intervenciones específicas de enfermería. Los registros se centraron en las actividades colaborativas e intervenciones de otros profesionales y poco se deduce de los cuidados de enfermería a estos pacientes. Es imperativo que los enfermeros evalúen y registren las acciones e intervenciones de enfermería más prevalentes en la UCI y desarrollen habilidades para llevar a cabo y valorar esta atención.

**Palabras clave:** Unidad de Cuidados Intensivos; Educación Permanente en Enfermería; Atención de Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A lei que regulamenta o exercício de enfermagem no Brasil, em seu artigo 11, dispõe sobre as atividades do enfermeiro, cabendo-lhe privativamente os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam base científica e a prescrição da assistência de enfermagem, dentre outras atividades.<sup>1</sup>

Considera-se, nesse contexto, que é imprescindível a identificação das necessidades da assistência de enfermagem como uma das etapas do processo assistencial do enfermeiro, em especial para pacientes em estado grave com risco de vida, no sentido de subsidiar a prescrição de enfermagem e a avaliação do cuidado.

Nesse sentido, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se configura como um método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença para, dessa forma, subsidiar ações/intervenções de enfermagem que possam contribuir para a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade.

A SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, e torna possível a operacionalização do Processo de Enfermagem considerado instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional.<sup>2</sup>

A implantação da SAE constitui uma exigência para as instituições de saúde pública e privadas de todo o Brasil, de acordo com a Resolução nº 358/09 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).<sup>3</sup>

A atenção à saúde de média e alta complexidade é realizada normalmente em centros de terapia intensiva hospitalar e requer procedimentos invasivos de diagnóstico e intervenção de tecnologia avançada.

No Brasil, os Centros de Terapia Intensiva (CTIs) surgiram na década de 1970, com o objetivo de atender pacientes em estado agudo ou crítico sujeitos à instabilidade de funções vitais, mas com possibilidades de recuperação. Portanto, esses pacientes demandam assistência médica e de enfermagem constante e especializada

e necessitam do apoio de equipamentos especiais de diagnóstico e tratamento.<sup>4</sup>

Assim, presume-se que as necessidades de assistência de enfermagem de pacientes internados em centros de terapia intensiva sejam de maior especificidade. A identificação dessas necessidades permite ao enfermeiro planejar, diagnosticar, prescrever e avaliar a evolução a situação de saúde dos pacientes sob sua responsabilidade.

## OBJETIVOS

### Objetivo geral

Analisar as necessidades de assistência de enfermagem a pacientes internados no CTI de um hospital universitário.

### Objetivos específicos

- Identificar os domínios – as classes de ações de enfermagem – mais afetados em relação às necessidades de assistência de enfermagem do paciente.
- Identificar as ações que os trabalhadores de enfermagem se sentem compelidos a registrar.

## MÉTODOS

Este manuscrito faz parte de um estudo maior cujo objetivo foi determinar as necessidades de assistência de enfermagem a pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (CAAE) 0150.0.203.000-09, sob o número 150/09, de 30 de abril de 2009.

O método utilizado para a obtenção dos dados partiu dos registros realizados pelos trabalhadores de enfermagem nos prontuários dos pacientes atendidos no período de janeiro de 2009 a fevereiro de 2010.

A intenção com essa coleta foi organizá-la partindo da ação, alocar as atividades em classes e domínios seguindo a taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Essa organização foi possibilitada pela confecção de um instrumento para coleta de dados (ANEXO).



O estudo foi realizado no CTI Adulto de um hospital universitário, o qual possui 18 leitos e infraestrutura de pessoal da equipe de saúde e de equipamentos de alta tecnologia capaz de atender pacientes clínicos e cirúrgicos de alta complexidade, inclusive cirurgias de grande porte, como transplantes de órgãos.

Trata-se de um estudo documental no qual foram analisados 135 prontuários no período de janeiro de 2009 a fevereiro de 2010. O motivo da data selecionada se deve ao processo de arquivamento do serviço, que demora vários meses até o prontuário ser disponibilizado para consulta.

O instrumento de coleta de dados consta de 77 procedimentos hospitalares de diagnóstico e/ou tratamento que necessitam de assistência de enfermagem e sinais e sintomas apresentados pelos pacientes que pressupõem ações/intervenções de enfermagem. Tais procedimentos estão devidamente alocados em classes e domínios de acordo com a taxonomia II da NANDA.

A taxonomia II da NANDA possui três níveis: domínios, classes e diagnósticos. Partindo dos domínios, buscou-se nos registros de enfermagem a alocação mais aproximada da realidade entre domínios, classes e diagnósticos para compreender as necessidades apresentadas pelos pacientes e a importância dada pelos profissionais de enfermagem a essa atividade a ponto de registrá-las no prontuário.

Os procedimentos que fizeram parte do instrumento de coleta de dados nos prontuários foram: sondagem gástrica, sondagem nasoentérica (SNE), nutrição enteral, nutrição parenteral, jejunostomia, gastrostomia, endoscopia, paracentese, hemotransfusão, glicemia capilar (GC), soroterapia, balanço hídrico (BH), soro esquema, cateterismo vesical, sonda vesical de alívio (SVA), irrigação vesical, diálise peritoneal, hemodiálise, cistostomia, edema, colostomia, intubação, ventilação mecânica (VM), circuito do respirador, traqueostomia (TQT), aspiração endotraqueal, oxigenoterapia, fisioterapia respiratória, bilevel positive pressure airway (BIPAP), micronebulização, auxílio na mobilização, marcapasso, eletrocardiograma (ECG), cateterismo cardíaco, banho, higiene oral, higiene íntima, coma, sedação, dor, alterações na comunicação, distúrbio na motricidade, trauma cirúrgico, estresse/sofrimento, cultura de ponta de cateter, cultura de secreção traqueal, broncoscopia, lavado bronco alveolar (BAL), urocultura, Swab nasal, Swab perianal, antibióticos, febre, acesso vascular central (AVC), acesso vascular periférico (AVP), dissecação venosa, pressão intra-arterial (PIA), Swan-Ganz, troca de cânula, dreno de tórax, dreno de mediastino, dreno de portovac, dreno de penrose, derivação ventrículo-peritoneal (DVP), derivação ventricular externa (DVE), pressão intracraniana (PIC), punção lombar, catéter epidural, dreno intracraniano, dreno de Kher, balão intra-aórtico (BIA), lesões cutâneas/curativos, injeção intramuscular, injeção subcutânea, ferida cirúrgica, mudança de decúbito, dados vitais, exames sanguíneos de admissão e outros exames realizados.

Foi observado em cada prontuário se havia pelo menos um registro desses procedimentos. Não foi objetivo com este estudo identificar se as ações/intervenções de enfermagem foram realizadas ou não, e sim as necessidades de assistência que o paciente demandou diante dos procedimentos registrados nos prontuários no sentido de melhorar suas condições de saúde por meio da assistência especializada.

Os dados coletados alimentaram o programa estatístico SPSS 10.0, caracterizando um banco de dados. A análise dos dados foi realizada por meio de frequência simples e acumulada com demonstração gráfica e em tabelas.

### Análise dos dados

Foram realizados gráficos com as atividades/ações coletadas, e a visualização dos resultados permitiu inferir sobre as características das ações realizadas, a qual classe da taxonomia pertenciam e quais os domínios mais afetados em um paciente de CTI segundo a percepção do trabalhador de enfermagem local, traduzida pelos seus relatos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Divisão por domínios

A taxonomia II da NANDA compreende 13 domínios, nos quais foram alocadas as ações/intervenções de enfermagem identificadas neste estudo. Alguns deles não tiveram suas ações/intervenções registradas nos prontuários analisados. Os domínios estão dispostos na TAB. 1 com o respectivo número de vezes que foram registrados nos 135 prontuários. É importante enfatizar que em um mesmo prontuário, algumas vezes, foi encontrada mais de uma ação/intervenção de enfermagem de um mesmo domínio.

**TABELA 1 – Frequência das ações/intervenções de enfermagem encontradas nos 135 prontuários de pacientes internados no CTI nos meses de janeiro de 2009 e fevereiro de 2010, distribuídas por domínios**

Domínios	Frequência absoluta
Segurança/Proteção	736
Nutrição	484
Eliminação/Troca	374
Atividade/Repouso	226
Percepção/Cognição	69
Conforto	36

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados mostraram que os domínios mais identificados e registrados dos pacientes em terapia intensiva foram, prioritariamente, segurança/proteção, nutrição e

eliminação/ troca. Discute-se, a seguir o que se pode depreender dos números apresentados.

#### • **Domínio Segurança/Proteção**

Neste domínio, o procedimento de intervenção mais realizado foi o acesso venoso periférico, visto que esta é a principal via de administração de medicamentos em pacientes graves. Além disso, ele é utilizado na administração de soluções hidroeletrólíticas e hemotransfusão.

Em seguida, foram encontrados os Swabs nasal e perianal, procedimentos diagnósticos realizados na busca de micro-organismos patogênicos e realizados no momento da internação seguindo o protocolo do CTI.

Foram encontrados também, com grande frequência, os procedimentos de intervenção e diagnóstico: acesso venoso central e PIA. Na terapia intensiva, uma vez avaliada a possibilidade de complicações do paciente, realiza-se a punção de um AVC, em casos de hipovolemia, hipotensão grave, medida de pressão venosa central, utilização de drogas vasoativas, acesso periférico difícil e, por fim, para procedimentos específicos: Swan-Ganz, marca-passo provisório e hemodiálise. A PIA é a monitorização invasiva da pressão arterial, utilizada para se ter um controle rigoroso da pressão arterial dos pacientes que estão fazendo uso de drogas vasoativas.

Há que se observar que a maioria das ações descritas para as necessidades enquadradas nesse domínio se refere à terapêutica médica implementada.

#### • **Domínio Nutrição**

Neste domínio, foram encontrados como os procedimentos de diagnóstico mais utilizados o balanço hídrico e a glicemia capilar. Esses procedimentos são realizados para a monitorização de algumas das funções vitais do organismo e é de grande importância o registro deles, bem como o acompanhamento de mudanças nos valores encontrados diariamente.

O balanço hídrico é fundamental para saber se existe um equilíbrio entre a ingestão e a perda de líquidos e também para a avaliação da função renal. O controle do nível glicêmico no sangue é imprescindível para evitar picos de hiperglicemia e/ou de hipoglicemia.

Destaque-se a falta de registro sobre a possibilidade ou impossibilidade de alimentação do paciente via oral ou qualquer menção sobre seu estado nutricional.

#### • **Domínio Eliminação/Troca**

Em pacientes que não conseguem eliminar a urina naturalmente, realidade comum no CTI, é realizado o cateterismo vesical, procedimento de intervenção de enfermagem mais realizado no CTI no domínio Eliminação/Troca. Esse procedimento é realizado em pacientes com retenção urinária, em preparo cirúrgico e no pós-operatório, para monitorizar o débito urinário.

Dos 106 pacientes que necessitaram de oxigenoterapia, 38,67%, em algum momento da internação, utilizaram a ventilação mecânica (VM). A ventilação mecânica é necessária quando o indivíduo necessita do auxílio de um dispositivo externo para que ocorra a renovação de ar alveolar. É importante considerar que muitos dos pacientes que chegam ao CTI estão em pós-operatório imediato cuja anestesia foi geral, necessitando, então, de ventilação acessória.

#### • **Domínio Atividade/Repouso**

Neste domínio, a ação mais relatada foi a mudança de decúbito – 28% dos casos. Fato que chamou a atenção foi a ausência de relatos sobre a possibilidade de movimentação dos outros pacientes, se estavam despertos ou não e se necessitavam de alguma ajuda para se mover.

#### • **Domínio Percepção/Cognição**

Foram identificados poucos relatos neste domínio, fato que não permite identificar se os pacientes estavam sedados, em coma ou despertos. Não foi possível identificar se eles necessitavam de avaliação do profissional de enfermagem quanto à percepção de seu próprio corpo.

#### • **Domínio Conforto**

Praticamente não foi explorado nos registros, uma vez que se trata de pacientes acamados em cuidados intensivos ou semi-intensivos.

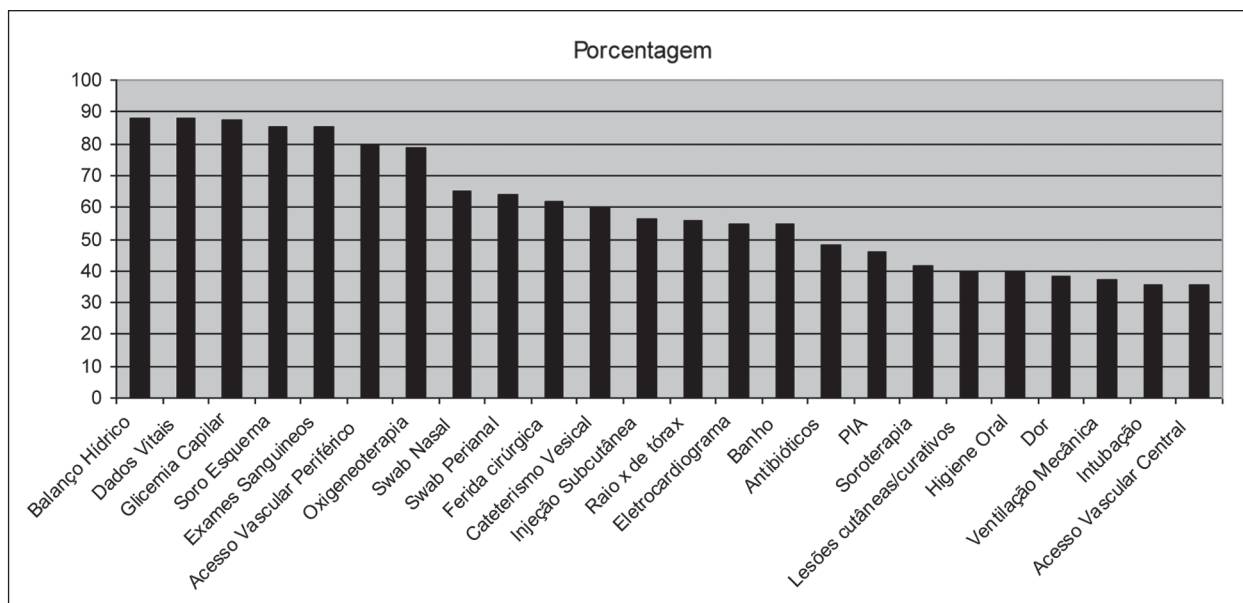
### **Principais ações/intervenções**

Dadas as dificuldades em discriminar nos relatos o que seriam, de fato, ações de enfermagem e ações colaborativas ao procedimento de outros profissionais, optou-se por utilizar tudo o que os trabalhadores de enfermagem registraram e, então, tentar realizar um rastreamento e análise.

Algumas ações/intervenções de enfermagem não foram identificadas em nenhum dos prontuários analisados, como: coma, distúrbios na motricidade, trauma cirúrgicos, estresse/sofrimento, cultura de ponta de cateter, cultura de secreção traqueal, troca de cânula de traqueostomia, injeção intramuscular, dentre outros procedimentos que podem ser comuns em CTI.

Foram identificados 59 procedimentos presentes no instrumento de coleta de dados e registrados nos 135 prontuários consultados, abrangendo cuidados realizados pela enfermagem de forma rotineira em todos os pacientes internados no setor e ações/intervenções específicas para o tratamento individual de cada paciente.

Considerou-se o recorte em ações/intervenções que tivessem 30% ou mais de registros nos prontuários. Esses cuidados foram considerados indispensáveis a um atendimento de enfermagem em terapia intensiva, conforme GRÁF. 1.



**GRÁFICO 1 – Porcentagem das ações/intervenções registradas em mais de 30% dos prontuários analisados dos pacientes internados no CTI nos meses de janeiro de 2009 e fevereiro de 2010**

Fonte: Dados da pesquisa.

Assim, foram identificadas 24 ações/intervenções registradas nos prontuários que necessitam do cuidado de enfermagem na terapia intensiva no local estudado, algumas consideradas ações de enfermagem e outras, colaboradoras. Ressalte-se que nas ações colaboradoras não havia registros que permitissem identificar o tipo de ação.

Se considerarmos que os Swabs nasal e perianal são protocolo para admissão no CTI e só foram registrados nos prontuários em torno de 65% das admissões, existe a possibilidade de o processo não ter sido realizado ou simplesmente não ter sido registrado. O registro de dados vitais de 90% da amostra denota outro aspecto da fidedignidade da assistência de enfermagem prestada. Como se trata de pacientes em terapia intensiva, ou seja, sujeitos a instabilidades orgânicas, os dados vitais são imprescindíveis para o tratamento desses pacientes.

Mediante a identificação das necessidades de assistência de enfermagem a pacientes internados no CTI conclui-se que é de extrema necessidade o conhecimento da equipe de enfermagem sobre as ações/intervenções realizadas no setor, principalmente aquelas realizadas com maior frequência, sejam exclusivas da enfermagem, sejam colaborativas a outras atividades terapêuticas.

Segundo Silva, Conceição e Leite,<sup>5</sup> o processo educativo na enfermagem tem o papel de formar trabalhadores com uma visão mais crítica e reflexiva de suas ações, para que possam construir sua realidade articulando teoria e prática. A Educação Continuada deve contribuir para o desenvolvimento das pessoas e assegurar a qualidade do atendimento aos clientes e voltar-se para a realidade institucional e necessidades do pessoal.

De acordo com o Ministério da Saúde,<sup>6</sup> as demandas para capacitação não se definem somente com base em uma lista de necessidades individuais de atualização,

tampouco nas orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, nos problemas que acontecem no dia a dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar ações e serviços relevantes e de qualidade.

Silva e Seiffert<sup>7</sup> relatam que o levantamento dessas necessidades é fundamental para a programação da Educação Continuada, para se tomar como ponto de partida as dificuldades reais do campo de atuação profissional e favorecer o envolvimento dos sujeitos no desenvolvimento da programação. Os programas dissociados da realidade institucional e das necessidades dos profissionais ficam cansativos e desestimulantes.

A construção do projeto pedagógico de um curso de graduação deve considerar os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem de todos os níveis de atenção à saúde e nos diversos setores de um hospital, para que, após a graduação, o novo profissional esteja apto a atuar em qualquer serviço.

Segundo Clapis *et al.*,<sup>8</sup> as novas práticas de formação dos profissionais de saúde devem estar sendo constantemente repensadas, buscando a compreensão das temáticas, como: competência, qualidade no ensino, educação voltada para as demandas do mercado de trabalho/formação integral, interdisciplinaridade, saberes essenciais e formação generalista.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que mesmo os domínios mais registrados não expressam as reais necessidades dos pacientes atendidos no CTI, uma vez que foi observada a possibilidade de subnotificação de ações/intervenções de enfermagem.

As anotações realizadas pelos trabalhadores de enfermagem focaram-se nas atividades realizadas com os pacientes, geralmente colaborativas às intervenções de outros profissionais, como exames com citação apenas do exame sem referência a participação da enfermagem. Pouco se pode depreender dos registros estudados sobre as ações/intervenções de enfermagem específicas de cuidados ao paciente.

É imprescindível que a equipe de enfermagem esteja apta a realizar todos os cuidados necessários para

a realização e avaliação das ações/intervenções de enfermagem mais encontradas.

Os resultados desta pesquisa permitiram concluir que todas as ações de enfermagem devem ser abordadas desde o ensino de graduação de enfermagem até a educação continuada, priorizando as atividades realizadas com maior frequência (em mais de 30% dos casos) no CTI, no sentido de melhorar a qualidade de assistência de enfermagem realizada em terapia intensiva.

## REFERÊNCIAS

1. Lei 7498, de 25 de junho de 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm)>. Acesso em: 20 maio 2010.
2. Resolução COFEN-272/2002. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7100&sectionID=34>>. Acesso em: 20 maio 2010.
3. Resolução COFEN-358/2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=10113&sectionID=34>>. Acesso em: 24 maio 2009.
4. Tranquillini AM, Ciampone MHT. Número de horas de cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007; 41(3): 371-377.
5. Silva MF, Conceição FA, Leite MMJ. Educação continuada: um Levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. O Mundo da Saúde São Paulo. 2008; 32(1): 47-55
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 68p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.
7. Silva GM; Seiffert OMLB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. Rev. Bras. Enferm. 2009; 62(3): 362-366.
8. Clapis MJ, Nogueira MS, Mello DF, Corrêa AK, Souza MCBM, Mendes MMR. O ensino de graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo ao longo dos seus 50 anos (1953-2003). Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004; 12(1):7-13.

Data de submissão: 14/12/2011

Data de aprovação: 17/7/2012

## ANEXO

### DOMÍNIOS E CLASSES DE TAXONOMIA II

DOMÍNIOS	CLASSES	AÇÕES DE ENFERMAGEM	
Promoção da Saúde	Consciência da saúde		
	Controle da saúde		
Nutrição	Ingestão	Sondagem gástrica	
		Sondagem nasoentérica	
		Nutrição enteral	
		Nutrição parenteral	
		Jejunoostomia	
		Gastrostomia	
	Digestão	Endoscopia	
		Absorção	
		Metabolismo	Paracentese
	Hidratação	Hemotransfusão	
		Glicemia capilar	
		Soroterapia	
	Balanço hídrico		
	Soro esquema		

continua...

<b>DOMÍNIOS</b>	<b>CLASSES</b>	<b>AÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
Eliminação/Troca	Sistema urinário  Sistema gastrointestinal Sistema tegumentar Sistema respiratório	Cateterismo vesical
		SVA
		Irrigação vesical
		Diálise peritoneal
		Hemodiálise
		Cistostomia
		Edema
		Colostomias
		Intubação
		Ventilação mecânica
		Circuito do respirador
		Traqueostomia
		Aspiração endotraqueal
		Oxigenoterapia
Fisioterapia respiratória		
BIPAP		
Micronebulização		
Atividade/Repouso	Sono/Repouso Atividade/Exercício Equilíbrio de energia Respostas cardiovasculares/pulmonares  Autocuidado	
		Auxílio na mobilização
		Marcapasso
		Eletrocardiograma
		Cateterismo cardíaco
		Banho
		Higiene oral
Higiene íntima		
Percepção/ Cognição	Atenção Orientação Sensação/Percepção  Cognição Comunicação	
		Coma
		Sedação
		Dor
		Alterações na comunicação
Autopercepção	Autoconceito Autoestima Imagem corporal	
		Distúrbio na motricidade
Relacionamentos de papel	Papéis de cuidador Relações familiares Desempenho do papel	
Sexualidade	Identidade sexual Função sexual Reprodução	
Enfrentamento/ Tolerância ao estresse	Respostas pós-trauma Respostas de enfrentamento Estresse neurocomportamental	Trauma cirúrgico
		Estresse/Sofrimento
Princípios de vida	Valores Crenças Coerência entre valor/crença/ação	

continua...

DOMÍNIOS	CLASSES	AÇÕES DE ENFERMAGEM	
Segurança/ Proteção	Infecção	Cultura de ponta de cateter	
		Cultura de secreção traqueal	
		Broncoscopia	
		BAL	
		Urocultura	
		Swab nasal	
		Swab perianal	
		Antibióticos	
		Febre	
		Lesão física	Acesso vascular central
			Acesso vascular periférico
			Dissecação venosa
			PIA
			Swan-Ganz
	Troca de cânula		
	Dreno de tórax		
	Dreno de mediastino		
	Dreno de Portovac		
	Dreno de Penrose		
	DVP		
	DVE		
	PIC		
	Punção lombar		
	Catéter epidural		
	Dreno intracraniano		
	Dreno de Kher		
	Balão intraórtico		
Lesões cutâneas/Curativos			
Injeção intramuscular			
Injeção subcutânea			
Ferida cirúrgica			
Violência			
	Riscos ambientais		
	Processos defensivos		
	Termorregulação		
Conforto	Conforto físico	Mudança de decúbito	
	Conforto ambiental		
	Conforto social		
Crescimento/Desenvolvimento	Crescimento		
	Desenvolvimento		
Outros		Dados vitais	
		Exames	

# ACIDENTES OCUPACIONAIS COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES EM HOSPITAIS DE MONTES CLAROS-MG

OCCUPATIONAL INJURIES WITH PERFORATING AND SHARP MATERIALS IN HOSPITALS IN THE CITY OF MONTES CLAROS-MG

ACCIDENTES DE TRABAJO CON OBJETOS AFILADOS Y PUNZANTES EN HOSPITALES DE MONTES CLAROS-MG

Edna de Freitas Gomes Ruas<sup>1</sup>  
Luciana Soares dos Santos<sup>2</sup>  
Dulce Aparecida Barbosa<sup>3</sup>  
Angélica Gonçalves Silva Belasco<sup>4</sup>  
Ana Rita de Cássia Bettencourt<sup>5</sup>

## RESUMO

Pesquisa descritiva, retrospectiva, cujos objetivos foram descrever e caracterizar os acidentes ocupacionais com material perfurocortante e exposição, em 2006 e 2007, por meio das Comunicações de Acidentes de Trabalho e das fichas de notificação de acidentes biológicos do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Acidentaram-se 95 profissionais com objetos perfurocortantes envolvendo material biológico, predominando o sexo feminino (69,5%) e os auxiliares de enfermagem (88,4%). O maior índice foi nas enfermarias (52,6%), com predomínio das agulhas com lúmen (87,4%) durante o descarte dos objetos (56,8%). As mãos foram mais atingidas (93%). Conhecer a epidemiologia dos acidentes é fundamental para direcionar ações preventivas nas instituições de saúde visando diminuir os índices de acidentes e do conseqüente risco de contaminação.

**Palavras-chave:** Acidentes Ocupacionais; Riscos Ocupacionais; Enfermagem.

## ABSTRACT

This is a descriptive and retrospective study with a quantitative approach that aims to describe and characterize occupational injuries with sharps and biological exposure among nurses in two hospitals of the city of Montes Claros from 2006 to 2007. The injuries had been reported through the Notification of Occupational Injuries and the notification forms of biological accidents of the Department of Hospital Infection Control. A total of 95 nurses had had accidents with sharp tools involving biological material: 69.5% were female; 88.4% were nursing assistants. Most accidents recorded (52.6%) happened in the wards with lumen needles (87.4%) when disposing objects (56.8%). Hand injuries were the most frequent (93%). The identification of the epidemiology of these accidents is essential in order to implement preventive actions to decrease the rate of occupational injuries among health professionals and, consequently, reduce the risk of contamination.

**Keywords:** Occupational Injuries; Occupational Risks; Nursing.

## RESUMEN

Estudio descriptivo y retrospectivo llevado a cabo en 2006 y 2007 con el objetivo de describir los accidentes de trabajo con objetos afilados y punzantes y la exposición biológica. Los accidentes fueron registrados en Comunicación de Accidentes de Trabajo y en fichas de notificación de accidentes biológicos del Servicio de Control de Infecciones Hospitalarias. Se constataron 95 accidentes de profesionales con objetos punzantes involucrando material biológico; predominio de mujeres (69,5%) y ayudantes de enfermería (88,4%). El índice mayor fue en las enfermeras (52,6%), con predominio de agujas de lumen (87,4%) durante la eliminación de los objetos (56,8%). La región más afectada fue la de las manos (93%). Es fundamental conocer la epidemiología de los accidentes para tomar medidas hospitalarias preventivas con miras a disminuir los índices de accidentes y consiguientes riesgos de contaminación.

**Palabras clave:** Accidentes de Trabajo; Riesgos Laborales; Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo (SP), Brasil. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros-MG, Brasil.

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem pela Unimontes. E-mail: luciana.soaresdossantos@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Enfermeira. Professora livre-docente da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. E-mail: duce.barbosa@unifesp.br.

<sup>4</sup> Enfermeira. Professora adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. E-mail: abelasco@unifesp.br.

<sup>5</sup> Enfermeira. Professora adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. E-mail: arcbettencourt@unifesp.br.

Endereço para correspondência – Rua Nair Gonçalves, 130, Canelas II, Montes Claros-MG. CEP: 39.4001-007. E-mail: efgomesruas@yahoo.com.br.

## INTRODUÇÃO

O trabalho é uma atividade social que exerce fundamental influência sobre o ser humano – positivamente, quando satisfaz suas necessidades básicas de subsistência, de criação e de construção; e negativamente por expô-lo a riscos eminentes do trabalho e do ambiente em que este é realizado, podendo gerar agravos às suas condições de saúde.<sup>1</sup>

As mudanças que se processam no “mundo do trabalho”, com a superposição dos padrões antigos e das novas formas de adoecimento dos trabalhadores, decorrentes da incorporação de tecnologias e estratégias gerenciais, bem como o aumento acelerado da força de trabalho inserida no setor informal, estimadas, em 2000, em 57% da População Economicamente Ativa (PEA), exigem dos serviços de saúde ações que contemplem políticas de saúde e segurança mais eficazes no trabalho.<sup>2</sup>

O ambiente que concentra maior número de profissionais de saúde ainda é o hospital. Estudos destacam que os hospitais são entidades normalmente associadas à prestação de serviços à saúde, visando à assistência, ao tratamento e à cura daqueles acometidos pela doença, porém, também podem ser responsáveis pela ocorrência de uma série de riscos à saúde daqueles que ali trabalham – acidentes de trabalho, doenças do trabalho e doenças profissionais.<sup>3-5</sup>

As características *tensiógenas* dos serviços hospitalares são marcadas pela prolongada e excessiva jornada de trabalho, número limitado de profissionais e desgaste psicoemocional resultante das tarefas realizadas, além do contato direto com situações de elevado nível de tensão e altos riscos para si e para os outros.<sup>3,6</sup>

É certo que o uso das técnicas e métodos prescritos e a adoção de medidas eficazes de higiene e segurança no trabalho contribuem de forma determinante para a eliminação e/ou minimização de riscos ocupacionais. No entanto, a adoção de tais precauções tem sido um dos desafios atuais da enfermagem, pois, embora muitos trabalhadores tenham conhecimento das normas de biossegurança e as considerem imprescindíveis para sua segurança, estas ainda não permeiam de modo efetivo sua prática diária.<sup>1</sup>

O interesse pela questão do acidente de trabalho com instrumentos perfurocortantes tornou-se mais evidente quando a aids se expandiu, tornando-se uma pandemia. Alguns profissionais de saúde foram contaminados pelo vírus HIV no trabalho.<sup>7,8</sup> Estudo aponta que os profissionais da área da saúde estão submetidos a um risco de três a seis vezes maior de adquirir hepatite B, quando comparados com a população em geral.<sup>9</sup>

De acordo com o *Manual de Recomendações para Atendimento e Acompanhamento de Exposição Ocupacional a Material Biológico* do Ministério da Saúde o risco médio de se adquirir o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/aids) é de aproximadamente 0,3% após exposição percutânea e de 0,09% após exposição mucocutânea.<sup>10</sup>

Em exposições percutâneas envolvendo sangue sabidamente infectado pelo HBV e com a presença de HBeAg (o que reflete alta taxa de replicação viral e, portanto, maior quantidade de vírus circulante), o risco de hepatite clínica varia entre 22% a 31% e o da evidência sorológica de infecção de 37% a 62%. A transmissão ocupacional do vírus da hepatite B (HBV) representa maior risco do que para o HIV. Para o vírus da hepatite C (HCV), o risco médio é de 1,8%, podendo variar de 1% a 10%<sup>10</sup>.

Entre os acidentes ocorridos na equipe (técnico e auxiliar de enfermagem), distribuídos entre torções, escoriações, quedas e outros, encontrou-se, em estudo, que 38,46% são ocasionados por materiais perfurocortantes.<sup>11</sup>

No Brasil, mesmo não havendo estatísticas oficiais, achados semelhantes foram descritos na literatura, apontando índice de acidentes por perfurocortantes de 30,17%.<sup>11</sup> O Centers for Diseases Control and Prevention (CDC), nos Estados Unidos, estima que anualmente ocorram, aproximadamente, 385 mil acidentes com materiais perfurocortantes envolvendo trabalhadores da saúde que atuam em hospitais.<sup>12</sup>

Quando se consegue coletar todas as informações a respeito de um acidente, os dados podem ser analisados para priorizar metas e esforços em unidades de maior risco, identificando sua real causa, no sentido de determinar se as ocorrências requerem aperfeiçoamento técnico na realização dos procedimentos, aquisição de dispositivos mais seguros, mudança de comportamento dos funcionários ou se há falhas no suprimento de equipamentos de proteção individual e coletiva.<sup>13</sup>

Nesse contexto, este artigo, originado de uma dissertação de mestrado, objetivou analisar a prevalência e caracterizar os acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes com exposição biológica, em 2006 e 2007, em profissionais da equipe de enfermagem em hospitais da cidade de Montes Claros-MG.

## MÉTODO

O estudo foi realizado seguindo as exigências da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), sob os pareceres nº 747/07 e 1437/08, respectivamente.

Estudo descritivo de caráter retrospectivo, realizado em duas instituições hospitalares na cidade de Montes Claros-MG, onde foram coletados os registros de acidente de trabalho com material perfurocortante e exposição biológica nos profissionais de enfermagem, por meio das Comunicações de Acidentes de Trabalho (CATs) e das fichas de notificação de acidentes biológicos ocupacionais do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar no período de 2006 e 2007.

Os dados foram registrados em um instrumento contendo informações sobre as características do trabalhador acidentado (sexo, idade, categoria profissional) e



características do acidente (local e horário de ocorrência, agente causador, situação em que ocorreu o acidente, parte do corpo atingida, exames e acompanhamentos realizados).

Para a análise dos dados, foram utilizados os testes exato de Fisher e correlação de Pearson conforme apropriado. Fixou-se em 0,05 ou 5% ( $\leq 0,05$ ) o nível para a rejeição da hipótese de nulidade.

## RESULTADOS

Em 2006 e 2007, foram notificados 315 acidentes de trabalho, dos quais 95 (30%) foram com materiais perfurocortantes com exposição biológica, seguidos por 89 (28%) acidentes por trauma/contusão, sendo que 29 (30,53%) desses acidentes ocorreram na instituição A e 66 (69,47) na instituição B.

A maioria dos profissionais acidentados – 66 (69,5%) – era do sexo feminino, com idade média de 32,6 anos, e a categoria profissional que mais se acidentou foi a de auxiliar de enfermagem (88,4%).

Os locais onde ocorreram o maior número de acidentes foram nas enfermarias (52,6%), seguidas das unidades de urgência/emergência (26,3%) e do centro cirúrgico (21,1%). Quanto ao horário, houve predomínio no plantão diurno (76,8%).

A TAB.1 apresenta a análise de correlação entre as variáveis: local de ocorrência, turno de trabalho, horas trabalhadas e categoria profissional.

Observou-se que 76,8 % dos acidentes – a maioria – ocorreu no plantão diurno, em relação às horas trabalhadas; 56,8% dos acidentes ocupacionais ocorreram nas primeiras seis horas de trabalho; e a maior categoria profissional acidentada foi a de técnicos/auxiliares (90,5%). Não houve significância estatística quando se associou o local de ocorrência com as variáveis turno de

trabalho, com as horas trabalhadas e com a categoria profissional, encontrando-se  $r = 0,0007$ ,  $r = 0,0008$  e  $r = 0,0697$ , respectivamente.

No que se refere ao agente causador dos acidentes ocupacionais com material perfurocortante, houve predomínio das agulhas com lúmen (87,4%), seguido por outros agentes, tais como lâminas de bisturi (8,4%) e pinças cirúrgicas (3,1%).

A situação que mais provocou acidente foi durante o descarte desses objetos (56,8%), seguida pela administração de medicamentos (18,9%), lavagem de material contaminado (12,6%), punção venosa (7,3%) e teste de glicemia capilar (4,2%). Tratando-se da parte do corpo atingida, as mãos foram as mais acometidas (93%).

A análise de correlação entre as variáveis categoria profissional, parte do corpo atingida, agente causador e situação geradora do acidente está apresentada na TAB. 2.

A parte do corpo mais atingida foram as mãos (92,6%), as agulhas com lúmen foram os principais agentes causadores dos acidentes (87,4%) e o descarte do material perfurocortante, a maior causa dos acidentes ocupacionais (56,8%). Não foram encontradas associação entre esses dados –  $r = 0,0290$ ,  $r = 0,0004$  e  $r = 0,0812$ , respectivamente – com as categorias profissionais.

Neste estudo, 91,6% dos profissionais acidentados receberam algum tipo de orientação ou foi necessária a realização de exames, tais como Anti-HBs, HIV, hepatite C, dentre outros. Somente 10,5% dos profissionais fizeram acompanhamento para soroconversão para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e hepatite C.

No que se refere à proteção para hepatite B, observou-se que 55,8% dos profissionais acidentados apresentavam imunidade contra a doença e 26,3% tinham Anti-HBs negativo. Quanto ao teste para o HIV após o acidente de trabalho, 90,5% dos profissionais acidentados

**TABELA 1 – Correlação do local de ocorrência com o turno de trabalho, com as horas trabalhadas e com a categoria profissional. Montes Claros-MG – 2011**

Características/ Local	Urgência e emergência N (%)	Enfermarias N (%)	Centro cirúrgico N (%)	Total N (%)	R
<b>Turno</b>					0,0007
Diurno	20 (27,4)	38 (52,1)	15 (20,5)	73 (76,8)	
Noturno	5 (22,8)	12 (54,4)	5 (22,8)	22 (23,2)	
<b>Horas trabalhadas</b>					0,0008
6 horas	14 (25,9)	28 (51,8)	12 (22,3)	54 (56,8)	
Mais de 6 horas	11 (26,8)	22 (53,6)	8 (19,6)	41 (43,2)	
<b>Categoria profissional</b>					0,0697
Enfermeiro	5 (55,5)	3 (33,3)	1 (11,2)	9 (9,5)	
Técnico/Auxiliar de enfermagem	20 (23,2)	47 (54,7)	19 (22,1)	86 (90,5)	

Fonte: SESMT e SCIH do Hospital Aroldo Tourinho e Santa Casa de Montes Claros-MG – 2006/2007.

**TABELA 2 – Correlação da categoria profissional com a parte do corpo atingida, com agente causador e com a situação geradora do acidente. Montes Claros/MG – 2011**

	<b>Enfermeiro N (%)</b>	<b>Técnico/Auxiliar de enfermagem N (%)</b>	<b>Total N (%)</b>	<b>R</b>
<b>Parte do corpo atingida</b>				0,0290
Mãos	9 (10,2)	79 (89,8)	88 (92,6)	
Outros*	-----	7 (100)	7 (7,4)	
<b>Agente causador</b>				0,0004
Agulha com lúmen	8 (9,6)	75 (90,4)	83 (87,4)	
Outros**	1 (8,3)	11 (91,7)	12 (12,6)	
<b>Situação geradora</b>				0,0812
Descarte	8 (14,8)	46 (85,2)	54 (56,8)	
Procedimento	1 (2,5)	40 (97,5)	41 (43,2)	

**Fonte:** SESMT e SCIH do Hospital Aroldo Tourinho e Santa Casa de Montes Claros – 2006/2007.

\* pé, perna, coxa e região abdominal.

\*\* lâminas de bisturi e pinças cirúrgicas.

apresentavam resultado negativo e somente um profissional (1%) foi positivo para hepatite C, enquanto para hepatite B 90,5% dos profissionais eram HBsAg negativos.

Quanto aos exames realizados pelo paciente (fonte), 80% dos resultados para HIV foram negativos e os demais 20% não foram realizados. Em relação à hepatite C, somente 1% dos pacientes apresentou resultado positivo na hora do acidente. Quanto à hepatite B, 74,7% dos pacientes eram HBsAg negativos, ou seja, não apresentavam a doença.

## DISCUSSÃO

A caracterização dos acidentes de trabalho com material perfurocortante e exposição biológica nas instituições de saúde constitui um desafio, visto que depende da informação oferecida pelo profissional e, principalmente, da notificação do acidente aos serviços de referência, bem como a uniformidade na condução do caso.

Analisando-se os acidentes ocupacionais de modo geral, verifica-se a magnitude dos acidentes de trabalho com perfurocortante e exposição biológica em relação ao total dos acidentes de trabalho ocorridos nas instituições do estudo. Dos 315 (100%) acidentes de trabalho, 95 (30%) foram com materiais perfurocortantes com exposição biológica, seguidos de 89 (28%) acidentes por trauma/contusão.

Quanto ao total de fichas de notificação analisadas neste estudo, observou-se que 69,5% dos acidentes ocorreram em profissionais do sexo feminino, o que reflete uma característica própria da enfermagem que, historicamente, vem sendo exercida por mulheres.<sup>14</sup> Em diversos estudos sobre acidentes ocorridos em hospitais envolvendo profissionais da equipe de enfermagem, o maior número de acidentes ocorreu com as mulheres, por esta profissão ser marcadamente feminina.<sup>15-18</sup>

No Brasil, o primeiro caso notificado de transmissão ocupacional da infecção pelo HIV foi em 1997, com uma auxiliar de enfermagem que sofreu acidente de trabalho com material perfurocortante em 1984, em São Paulo.<sup>19</sup>

Os auxiliares de enfermagem constituem o maior contingente entre as categorias de enfermagem e são os que permanecem a maior parte do tempo na assistência direta aos pacientes e realizam procedimentos invasivos com maior frequência, apresentando, portanto, maior risco de acidentes com material biológico. Em estudo em que foram investigados profissionais expostos a material biológico, segundo a categoria de enfermagem, verificou-se que 93,3% das ocorrências foram com técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e 6,7% com enfermeiros.<sup>20</sup> Em outros estudos, dados semelhantes foram encontrados.<sup>18,21,22</sup>

Em estudo realizado em quatro hospitais da região de Ribeirão Preto-SP, comprovou-se que 46,6% dos profissionais acidentados atuavam em unidades de internação de clínica médico-cirúrgica e 10% em centro cirúrgico, dentre outros.<sup>23</sup> Em outras pesquisas foram encontrados dados semelhantes.<sup>21,24</sup> Esses dados vão de encontro aos deste estudo, em que o maior índice de ocorrência dos acidentes foi nas enfermarias (52,6%).

Nos hospitais pesquisados neste estudo, os plantões diurnos e noturnos eram de 12 horas, sendo que no plantão diurno obteve-se o maior número de ocorrências (76,8%), em especial nas primeiras seis horas de trabalho (56,8%). Em outro estudo realizado, dados semelhantes foram encontrados: 82,9% das ocorrências no período diurno, sendo 46,5% no período da manhã seguido pelo turno da tarde (36,4%) e o turno da noite com 17,1%<sup>25</sup>, dados semelhantes aos encontrados por Almeida e Benatti,<sup>26</sup> em que, dos 379 acidentes avaliados, 46,4% ocorreram no turno da manhã.

O agente causador dos acidentes de trabalho na população estudada foram predominantemente as agulhas com lúmen (87,4%), resultado semelhante ao encontrado em estudo em que a perfuração e a agulha foram o mecanismo e o material mais relatado, totalizando 74,4%, e somente 3,9% das agulhas tinham dispositivos de segurança no momento do acidente.<sup>25</sup>

Em relação ao uso de perfurocortantes com dispositivos de segurança, a Portaria nº 939 de 2008, do Ministério do Trabalho e Emprego, que está em vigor desde dezembro de 2010, dispõe sobre a obrigatoriedade de as empresas que produzem ou comercializam materiais perfurocortantes disponibilizar esses com dispositivos de segurança, além de oferecer capacitação sobre sua correta utilização. Os empregadores devem promover a adequada substituição.<sup>27</sup>

Estudo realizado em 61 hospitais na França para avaliar a taxa de acidentes com perfurocortante utilizando dispositivos de segurança encontrou uma média de 2,05 acidentes por 100 mil dispositivos comprados, resultado considerado satisfatório quando comparado à não utilização desses recursos.<sup>28</sup>

Os trabalhadores de enfermagem que utilizam objetos perfurocortantes são os responsáveis pelo seu descarte como forma de atender à 32ª Norma Regulamentadora (NR 32) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), cuja finalidade é estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.<sup>29</sup>

Dentre as situações geradoras dos acidentes com material perfurocortante neste estudo, a que mais se destacou foi o momento do descarte, com 56,8% das situações, nas quais estariam os objetos perfurocortantes ora soltos nas bandejas ou em locais inapropriados, ora atingindo terceiros no percurso até o descarte final. Confirmando, em estudo internacional verificou-se que 50% dos acidentes ocorrem entre o término do procedimento e o descarte do dispositivo.<sup>30</sup>

Em 2005, foram registrados 491.711 mil acidentes de trabalho, dos quais 68.034 atingiram mãos e punho.<sup>29</sup> Em estudo realizado com profissionais de enfermagem em hospital universitário de Fortaleza, em 2008, os membros superiores representaram 77,5% do total, sendo as partes do corpo mais atingidas.<sup>21</sup>

Os dados deste estudo relativos à região do corpo afetada durante as exposições acidentais mostram que as mãos, em especial os dedos, corresponderam a 92,6% das topografias afetadas nos acidentes estudados, o que pode ser explicado pela característica predominantemente manual do trabalho da enfermagem.

O Ministério da Saúde determina que, quando alguém sofre uma exposição acidental com material biológico potencialmente contaminado, é necessário que procurar um médico infectologista imediatamente, se possível junto com o paciente-fonte, para dar início ao protocolo

de acidente com presença de material biológico. Cabe ao especialista analisar a severidade da exposição e decidir pelo seguimento adequado o mais rápido possível.<sup>31</sup>

Dos profissionais acidentados, 91,6% receberam algum tipo de orientação ou foi necessária a realização de exames, tais como Anti-HBs, HIV, hepatite C, dentre outros, enquanto 8,4%, não necessitaram. Em nenhum dos acidentes estudados houve dias ou horas de afastamento.

A vacinação contra hepatite B é amplamente indicada aos profissionais e estudantes da área de saúde, apresentando resposta vacinal em torno de 90% a 95% em adultos imunocompetentes. É recomendada a aplicação de uma série de três doses, via intramuscular, na região deltoide. Quem recebeu a vacina contra hepatite B e adquiriu imunidade não tem risco de contrair a doença após exposição acidental.<sup>10</sup>

No que se refere à vacinação contra a hepatite B, 64,2% dos profissionais acidentados deste estudo haviam se vacinado contra a doença. Semelhantemente a esse achado, em estudo realizado na macrorregião de Florianópolis, foram encontrados 69% dos trabalhadores acidentados com esquema vacinal completo.<sup>17</sup>

Em relação à hepatite B, 26,3% dos profissionais tinham Anti-HBs negativo. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa em que 49% dos funcionários acidentados apresentavam anticorpos anti-HBV.<sup>21</sup>

Vale salientar que a hepatite B de origem ocupacional é mais frequente entre os trabalhadores de saúde. Em relação à população geral, o risco de hepatite B é 11 vezes mais elevado entre o pessoal de saúde, em especial os trabalhadores de laboratório e de enfermagem.<sup>32</sup>

Quanto ao teste para o HIV, logo após o acidente de trabalho, 90,5% dos profissionais acidentados apresentavam resultado negativo e, ainda na investigação dos exames pós-acidente, somente um caso (1%) foi positivo para a hepatite C.

É de suma importância conhecer o estado sorológico do paciente por meio de dados do prontuário, e quando estes não estiverem disponíveis é preciso solicitar o teste rápido do HIV, com o consentimento por escrito do paciente e/ou responsável. O teste rápido é indicado nas situações em que se necessita de decisões terapêuticas rápidas, como na prevenção materno-infantil, no caso das parturientes que não realizaram o teste anti-HIV no pré-natal, bem como nos casos dos acidentes ocupacionais.<sup>33</sup> Ressalte-se que, no estudo, nenhum profissional fez uso de quimioprofilaxia.

Quanto aos exames realizados no paciente (fonte), 80% dos resultados para HIV foram negativos e, em relação à hepatite B, 74,7% dos pacientes eram HBs-Ag negativos, ou seja, não apresentavam a doença.

A consequência da exposição ocupacional aos patógenos transmitidos pelo sangue não está somente relacionada à infecção. A cada ano, milhares de trabalhadores da saúde são afetados por trauma psicológico que perduram

durante os meses de espera dos resultados dos exames sorológicos. Dentre outras consequências, estão ainda as alterações das práticas sexuais, os efeitos colaterais das drogas profiláticas e a perda do emprego.<sup>34</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que os acidentes de trabalho constituem uma realidade muito presente no dia a dia dos trabalhadores da área da saúde. No contexto dos acidentes, os com material perfurocortante foram em maior número, sendo as agulhas com lúmen o principal agente. O profissional do sexo feminino e os auxiliares de enfermagem continuam acidentando-se mais.

Mediante os resultados encontrados neste estudo, é fundamental que seja fortalecida a educação continuada e permanente sobre biossegurança, enfatizando a prevenção dos acidentes de trabalho, como cuidados no descarte de materiais contaminados, atenção na realização dos procedimentos com o paciente, bem como o cumprimento das normas de biossegurança com os funcionários.

As instituições de saúde devem fortalecer o protocolo de atendimento nas 24 horas, finais de semana e feriados nos casos de exposição acidental a material biológico, para garantir referência e acompanhamento adequados, pois talvez assim seja possível verificar a real dimensão dessa problemática dos acidentes ocupacionais.

## REFERÊNCIAS

1. Amaral AS, Sousa AFS, Ribeiro SO, Oliveira MAN. Acidentes com material perfurocortante entre profissionais de saúde em hospital privado de Vitória da Conquista – BA. *Sitientibus*. 2005; 33:101-14.
2. Organização Pan-Americana de Saúde OPAS. Unidade técnica: saúde do trabalhador. [Citado em: 2010 mar. 10]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?44&area=conceito>>.
3. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 14(4):517-25.
4. Giomo DB, Freitas FCT, Alves LA, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(1):24-9.
5. Oliveira AC, Gonçalves JA. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um centro cirúrgico. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):482-7.
6. Ruas EFG. A lombalgia em uma equipe de enfermagem do Centro de Terapia Intensiva de um hospital do interior de Minas Gerais. [monografia]. Montes Claros: Faculdade São Camilo - Faculdade de Enfermagem Luíza Marillac; 2005.
7. Lancet. Needlesticks transmission of HTLV-III from a patient infected in África. Editorial. [No authors listed]. 1984; 2(8416):1376-7. [Cited 2010 Mar 16]. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6150372>>.
8. Centers for Disease Control US. Health-care workers with documented and possible occupationally acquired HIV infection. *MMWR Morb Mortal Wkly* 1994; 6(21).
9. Schneider LOD. Risco da Hepatite B: trabalhadores do meio hospitalar precisam prevenir os perigos de uma contaminação. *Proteção São Paulo*. 1994; 6:24-7.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites b e c. [Citado em: 2011 nov. 03]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04manual\\_acidentes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/04manual_acidentes.pdf)>
11. Bernardino SHM, Paizante GO. Análise dos registros de acidentes ocupacionais por perfurocortantes. *Rev Meio Amb Saúde*. 2007; 2(1):136-50.
12. Panlilio AL, Orelie JG, Srivastava PU, Jagger J, Cohn RD, Cardo DM. The nash surveillance group. The epinet data sharing network. Estimate of the annual number of percutaneous injuries among hospital-based healthcare workers in the United States, 1997-1998. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2004; 25(7):556-62.
13. Murphy D. The development of risk management program in response to the spread of bloodborne pathogen illnesses. *J Intrav Nurs*. 1995; 8(65):543-7.
14. Padilha MICS, Vagheti HH, Brodersen G. Gênero e enfermagem uma análise reflexiva. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 14(2):292-300.
15. Facchin LT. Prevalência de subnotificação de acidentes com material biológicas pela equipe de enfermagem de um hospital de urgência [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2009.
16. Rodriguez-Acosta RL, Meyers DJ, Richardson DB, Lipscomb HJ. Occupational injuries among aides and nurses in acute care. *American Journal of Industrial Medicine*, New York, out 2009, Sao Paulo. [Cited: 2001 Nov 02]. Available from: <<http://www.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/122569659/PDFSTART>>.
17. Vieira M, Padilha MI, Pinheiro RDC. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2011; 19(2). [Citado em: 2011 nov. 02]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_15.pdf)>.
18. Silva TR, Rocha SA, Ayres JA, Juliani CMCM. Acidente com material perfurocortante entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(4):615-22.
19. Santos NJS, Monteiro ALC, Ruiz EAP. The first case of AIDS due to occupational in Brasil. *Braz J Infect Dis*. 2002; 6(3):140-1.
20. Chiodi MB, Marziale MHP, Mondadori RM, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(4):632-8.
21. Paulino DCR, Lopes MVO, Rolim ILTP. Biossegurança e acidentes de trabalho com perfurocortantes entre os profissionais de enfermagem de hospital universitário de Fortaleza – CE. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(4): 507-13.
22. Santos BMO, Dias MAC, Machado AA. Estado sorológico e evolução dos casos de acidentes por exposição a material biológico: retrato de uma realidade. *Investigação*. 2010; 10 (Suppl 2):S14-S22.

- 23.** Marziale MHP, Nischimura KYN, Ferreira MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm.* 2004; 12(1):36-42.
- 24.** Sêcco IAO. Acidentes e cargas de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário do Norte do Paraná [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006.
- 25.** Dalarosa MG. Acidente com material biológico: risco para trabalhadores de enfermagem em um hospital de Porto Alegre [tese] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2007.
- 26.** Almeida CAF, Benatti, MCC. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão á quimioprofilaxia. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(1):120-6.
- 27.** Brasil. Ministério do trabalho e emprego. Portaria Nº 939, de 18/11/2008. [Citado em 2011 nov. 02]. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D3226A41101322A9577176D1D/p\\_20081118\\_939.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D3226A41101322A9577176D1D/p_20081118_939.pdf)>.
- 28.** Tosini W, Ciotti C, Goyer F, *et al.* Needlestick injury rates according to different types of safety-engineered devices: results of a french multicenter study. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010; 31.
- 29.** Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº. 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova Norma Regulamentadora Nº. 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde, (DOU de 6/11/05) 2005. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2005.
- 30.** Heinrich J. Occupational safety: selected cost and benefit implications of needlestick prevention devices for hospitals. Washington, DC [periódico na Internet]. 2000. [Cited: 2012 Mar 10]. Disponível em: <<http://www.gao.gov/new.items/d0160r.pdf>>.
- 31.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Recomendações para terapia anti-retroviral em adulto e adolescente infectados pelo HIV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
- 32.** Ciesielski CA, Metler RP, Hammett TA, Li J, Fleming PL. Occupational acquired human immunodeficiency virus (HIV) infection: national case surveillance data during 20 years of the HIV epidemic in the United States. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2003; 24(2):86-96.
- 33.** Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm.* 2002; 10(4): 571-7.
- 34.** Canini SRMS, Gir E, Hayashida M, Machado AA. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. *Rev Latinoam Enferm.* 2002; 10(2):172-8.

Data de submissão: 16/1/2012

Data de aprovação: 13/7/2012



## PESQUISA CLÍNICA EM ENFERMAGEM: CONTRIBUIÇÕES PARA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

CLINICAL RESEARCH IN NURSING: CONTRIBUTIONS FOR TECHNOLOGICAL INNOVATION

INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN ENFERMERÍA: CONTRIBUCIONES A LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

Edivane Pedrolo<sup>1</sup>  
 Franciane Schneider<sup>2</sup>  
 Franciele Soares Pott<sup>3</sup>  
 Elaine Cristina Rinaldi<sup>4</sup>  
 Marineli Joaquim Meier<sup>5</sup>  
 Mitzy Tannia Reichembach Danski<sup>6</sup>

### RESUMO

A pesquisa clínica é um estudo sistemático que segue métodos científicos aplicáveis aos seres humanos. Objetivou-se, neste estudo, identificar as contribuições da pesquisa clínica para inovação tecnológica na área da enfermagem. Trata-se de um estudo operacionalizado mediante revisão integrativa. Realizou-se busca nas bases de dados Lilacs, Medline e BDEF, associada à busca manual das publicações. As áreas com significativo número de artigos foram Saúde do Adulto (44%) e Saúde da Mulher (14%). Verificou-se que 8% das publicações resultaram em inovação tecnológica, o que evidencia pouca contribuição da pesquisa clínica nesta abordagem presente nas produções científicas da enfermagem. Conclui-se que a produção da enfermagem restringe-se às tecnologias leves e leve-duras, sendo incipientes as publicações referentes à produção e aperfeiçoamento de materiais e equipamentos. Destaque-se a importância dessas publicações por permitirem aquisição, produção e aprofundamento dos conhecimentos.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Tecnologia; Inovação; Pesquisa em enfermagem clínica.

### ABSTRACT

Clinical research is a systematic study that follows scientific methods applicable to humans. The purpose of this study is to identify the contributions of clinical research for technological innovation in nursing. It is an operational integrative review study. Search was performed in Lilacs, Medline and BDEF databases, associated with manual search of publications. Areas with a significant number of articles were: Adult Health (44%) and Women Health (14%). Only 8% of the publications resulted in technological innovation, which is evidence of the poor contribution of clinical research to nursing scientific literature. In conclusion, the nursing scientific production is limited to soft and soft-hard technologies. Furthermore, the publications related to production and development of materials and equipment are incipient. It is important to emphasize the relevance of such publications since they allow acquisition, production and enhancement of knowledge.

**Key words:** Nursing; Technology; Innovation; Clinical Nursing Research.

### RESUMEN

La investigación clínica es un estudio sistemático que sigue métodos científicos aplicables a los seres humanos. El objetivo de este estudio fue identificar contribuciones de la investigación clínica a la innovación tecnológica en el área de enfermería. Se trata de un estudio llevado a cabo mediante una revisión integrativa. Se realizaron búsquedas en las bases de datos LILACS, MEDLINE y BDEF y también búsqueda manual de las publicaciones. Las áreas con número significativo de artículos fueron: Salud del Adulto (44%) y de la Mujer (14%). Hubo innovación tecnológica en 8% de las publicaciones, lo cual pone en evidencia la poca contribución de la investigación clínica con este enfoque en las producciones científicas de enfermería. Se concluye que la producción de enfermería se limita a las tecnologías ligeras y ligeras-duras, y que las publicaciones sobre producción y perfeccionamiento de materiales y equipamientos son muy pocas. Se realza la importancia de estos artículos pues permiten adquirir, producir y profundizar conocimientos.

**Palabras clave:** Enfermería; Tecnología; Innovación; Investigación en enfermería clínica.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Docente do Instituto Federal do Paraná. Membro do grupo de pesquisa Tecnologia e Inovação em Saúde: fundamentos para a prática profissional (TIS). E-mail: edivanepedrolo@gmail.com.  
<sup>2</sup> Enfermeira Oncologista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Enfermeira do Hospital São Vicente – Fundação de Estudos das Doenças do Fígado Koutoulas Ribeiro. Bolsista Capes. Membro do grupo de pesquisa TIS. E-mail: franciane\_06@yahoo.com.br.  
<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Bolsista Capes. Membro do grupo de pesquisa TIS. E-mail: franzinha\_soares@yahoo.com.br.  
<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde Pública. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Membro do grupo de pesquisa TIS. E-mail: ecrisrinaldi@yahoo.com.br.  
<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Professora do Programa de Pós-Graduação da UFPR. Líder do grupo de pesquisa TIS. E-mail: mmarineli@ufpr.br.  
<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora. Docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Vice-líder do grupo de pesquisa TIS. E-mail: profa.mitzy@ufpr.br.  
 Endereço para correspondência – Rua Des Westphalen, 824, apto. 408B, Rebouças – Curitiba-PRParaná, Brasil. CEP 80.230-100. Fone: (41) 3232-5787.

## INTRODUÇÃO

A pesquisa em saúde caracteriza-se como uma investigação científica, tecnológica e inovadora, com impacto positivo na saúde das pessoas, independentemente da área do conhecimento a que pertencem ou da instituição ou grupo de pesquisa em que foram realizadas.<sup>1,2</sup>

Quando o processo de investigação científica tem como foco o ser humano, esta é denominada “pesquisa clínica”, sendo utilizadas as expressões “ensaio clínico” ou “estudo clínico” como sinônimas. A pesquisa clínica é definida como um estudo sistemático que segue métodos científicos aplicáveis aos seres humanos, sadios ou doentes, com base nos objetivos da pesquisa desenvolvida.<sup>3</sup>

A história da pesquisa clínica é relativamente recente, caracterizada pelo avanço dos conceitos das boas práticas clínicas, que foi consolidado nos Estados Unidos em 1988, pelo Food and Drug Administration (FDA), o qual determina normas e orientações éticas e científicas para o desenvolvimento desse tipo de estudo.<sup>4,5</sup>

No cenário da enfermagem, a temática ainda é pouco discutida, dado o campo de atuação recente. Todavia, percebe-se que é uma área com importante potencial de desenvolvimento, o que amplia a possibilidade de expansão de nossa prática profissional.<sup>5</sup>

A pesquisa clínica permite a produção de conhecimento científico, o qual, ao ser aplicado na prática, caracteriza-se como uma tecnologia para a saúde.<sup>6</sup> A tecnologia é classificada como leve, leve-dura e dura. A primeira refere-se às relações, do tipo produção de vínculos, acolhimento; a segunda consiste nos saberes bem organizados, inseridos no processo de trabalho em saúde; e a terceira compreende os equipamentos tecnológicos, máquinas e a própria estrutura organizacional.<sup>7</sup>

A incorporação de tecnologias no setor saúde é influenciada por ampla gama de fatores, alguns determinados pela natureza da própria tecnologia ou do problema relevante e outros, pelas ações e interesses dos diversos grupos envolvidos.<sup>6</sup>

Saliente-se, nesse contexto, que a produção de conhecimento, considerada neste estudo como uma tecnologia, é o primeiro passo para a produção de inovação tecnológica na enfermagem. Autores afirmam que a inovação tecnológica baseia-se no conhecimento disponível, seja ele recente, seja gerado no passado.<sup>8</sup> Dessa forma, a inovação figura como principal veículo de transformação do conhecimento em valor.<sup>9</sup>

A Lei nº 10.973/2004 regulamenta o incentivo à inovação no Brasil, mediante o desenvolvimento de pesquisa científica e tecnológica. Segundo essa lei, a palavra “inovação” corresponde à “introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social que resulte em novos produtos, processos ou serviços”. No entanto, quando associada ao termo “tecnologia”, então denominado “inovação tecnológica”, é definida, segundo o § 1º do art. 17, como “concepção de novo produto

ou processo de fabricação, bem como a agregação de novas funcionalidades ou características ao produto ou processo que implique melhorias incrementais e efetivo ganho de qualidade ou produtividade”.<sup>10</sup>

Diante do exposto, neste estudo objetivou-se identificar as contribuições da pesquisa clínica para inovação tecnológica na área da enfermagem.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, a qual possibilita conclusões gerais a respeito de uma área do conhecimento mediante a síntese de múltiplos estudos publicados. Os estudos incluídos englobam pesquisas experimentais e quase experimentais, proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse.<sup>11</sup>

O desenvolvimento da revisão integrativa processa-se em seis etapas: definição da questão de pesquisa, delimitação dos critérios de inclusão e exclusão, busca dos dados, análise dos dados e resultados, interpretação dos resultados e síntese da revisão.<sup>12</sup>

Para esta pesquisa, a questão norteadora foi: “Quais as contribuições da pesquisa clínica para inovação tecnológica na enfermagem?” A fim de responder a essa questão, foram buscados artigos que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: apresentar metodologia de pesquisa clínica;<sup>13</sup> expor descrição clara do método de pesquisa empregado; ser produzido no Brasil; estar disponível de maneira gratuita; ter publicação entre janeiro de 2009 e maio de 2011; incluir pelo menos um enfermeiro como autor; possuir abordagem quantitativa.

A busca dos artigos se deu nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Base de Dados da Enfermagem (BDENF). Os artigos foram selecionados pelos descritores de assunto do Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) pela interface Bireme, utilizando-se a lógica booleana.

Nas três bases de dados, realizaram-se duas buscas: Busca 1. Descritores de assunto: [“Estudos de coortes” OR “Estudos transversais” AND “Enfermagem”]. Busca 2. Descritores de assunto [“Enfermagem”] AND tipo de publicação [“Ensaio Clínico” OR “Ensaio Clínico Controlado” OR “Ensaio Clínico Controlado Aleatório” OR “Estudo Comparativo” OR “Estudo Multicêntrico” OR “Estudos de Avaliação” OR “Estudos de Validação” OR “Guia de prática clínica” OR “Metanálise”].

Para a seleção dos artigos, foram avaliados o título, o resumo e a metodologia, de modo a confirmar se estes contemplavam a questão norteadora e se atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. Dessa maneira, a amostra final foi constituída de 11 artigos provenientes das bases de dados Lilacs e Medline, uma vez que os artigos da BDENF não atenderam aos critérios de inclusão.

Entretanto, observou-se que um significativo número de artigos que atendiam aos critérios de inclusão não



foi contemplado porque os descritores utilizados na indexação não consideravam a metodologia empregada. Ademais destaque-se que a expressão “pesquisa clínica” não corresponde a um descritor de assunto no DeCS. Dessa forma, no intuito de ampliar o quantitativo de publicações, optou-se por realizar busca manual dos artigos nas revistas que mais publicam pesquisa clínica, conforme evidenciado na busca por descritores. Saliente-se que a busca manual é uma estratégia que permite abarcar materiais publicados e não publicados, a fim de abranger o maior número de estudos sobre o assunto pesquisado.<sup>14</sup>

Foram avaliadas as publicações das revistas: *Latino-Americana de Enfermagem*, *Escola de Enfermagem da USP*, *Gaúcha de Enfermagem* e *Acta Paulista de Enfermagem*. Para a seleção da amostra, foram analisados todos os artigos das revistas publicadas entre janeiro de 2009 e maio de 2011. Atenderam aos critérios de inclusão

39 artigos. Dessa forma, a amostra final desta revisão é composta por 50 artigos.

## RESULTADOS

A análise dos 50 artigos selecionados revelou maior número de publicações de resultados de pesquisas clínicas na *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (RLAE), bem como de artigos publicados em 2010, conforme evidenciado na TAB. 1.

Com relação à autoria dos artigos, considerando o total de 193 autores distribuídos pelos 50 artigos analisados, destaque-se a participação incipiente de profissionais não enfermeiros (8,82%) e a ausência de especificação profissional em 23,84% dos autores, conforme demonstrado na TAB. 2.

**TABELA 1 – Ano de publicação dos artigos de acordo com o periódico. Curitiba-PR – 2011**

Revista	Ano de publicação					
	2009		2010		2011	
	n	%	n	%	N	%
<i>Acta Paulista de Enfermagem</i>	01	2%	01	2%	01	2%
<i>Gaúcha de Enfermagem</i>	02	4%	03	6%	0	–
<i>Latino-Americana de Enfermagem</i>	09	18%	13	26%	05	10%
<i>Escola de Enfermagem da USP</i>	04	8%	10	20%	01	2%
Total	16	32%	27	54%	07	14%

Fonte: Dados da pesquisa.

**TABELA 2 – Categoria profissional e titulação dos autores dos artigos. Curitiba-PR – 2011**

		Enfermeiro	Médico	Fisioterapeuta	Estatístico	Matemático	Outros*	Sem especificação
Acadêmico	N	12	–	–	–	–	–	–
	%	6,21%	–	–	–	–	–	–
Graduado	N	22	1	–	–	–	–	10
	%	11,40%	0,52%	–	–	–	–	5,18%
Especialista	N	11	–	1	–	–	–	2
	%	5,70%	–	0,52%	–	–	–	1,04%
Mestrando	N	11	–	1	–	–	–	3
	%	5,70%	–	0,52%	–	–	–	1,55%
Mestre	N	20	2	1	–	–	–	9
	%	10,36%	1,04%	0,52%	–	–	–	4,66%
Doutorando	N	09	–	1	3	2	3*	3
	%	4,66%	–	0,52%	1,55%	1,04%	1,55%	1,55%
Doutor	N	45	2	–	–	–	–	16
	%	23,31%	1,04%	–	–	–	–	8,30%
Pós-doutor	N	–	–	–	–	–	–	1
	%	–	–	–	–	–	–	0,52%
Livre-docente	N	–	–	–	–	–	–	2
	%	–	–	–	–	–	–	1,04%
Total	N	130	05	04	03	02	03	46
	%	67,34%	2,60%	2,08%	1,55%	1,04%	1,55%	23,84%

\*Bioquímico, nutricionista e biólogo.

Fonte: Dados da pesquisa.

O desenho de pesquisa clínica mais empregada foi o estudo transversal, sendo que não houve estudos do tipo caso controle e ensaio clínico randomizado cego, conforme demonstrado na TAB. 3.

No que concerne à temática dos estudos, 22 (44%) abordaram a área de Saúde do Adulto<sup>15-36</sup> e sete (14%), Saúde da Mulher.<sup>37-43</sup> Dentre as temáticas com menor ocorrência temos: Saúde da Criança,<sup>44-48</sup> com cinco estudos (10%); Saúde do Idoso,<sup>49-52</sup> Infecção relacionada a Assistência a Saúde<sup>53-56</sup> e Saúde do Trabalhador<sup>57-60</sup> com

quatro estudos cada (8%); Neonatologia<sup>61,62</sup> e Processo de Trabalho<sup>63,64</sup> com dois estudos cada (4%).

No tocante à produção de tecnologia e inovação para saúde, os resultados dos estudos evidenciaram uma produção incipiente de inovações tecnológicas, representando apenas 8% das publicações, conforme demonstrado na TAB. 4.

Os estudos que resultaram em inovação tecnológica para a saúde encontram-se listados no QUADRO 1:

**TABELA 3 – Metodologia dos estudos de acordo com periódico de publicação. Curitiba-PR – 2011**

Metodologia do estudo	Revista de publicação							
	Acta Paulista de Enfermagem		Gaúcha de Enfermagem		Latino-Americana de Enfermagem		Escola de Enfermagem da USP	
Coorte	–	–	02	4%	06	12%	01	2%
Quase experimental	01	2%	–	–	01	2%	03	6%
Transversal	–	–	02	4%	19	38%	08	16%
Ensaio clínico randomizado	02	4%	–	–	01	2%	01	2%
Ensaio clínico	–	–	–	–	01	2%	02	4%
Total	03	6%	04	8%	28	56%	15	30%

Fonte: Dados da pesquisa.

**TABELA 4 – Classificação dos resultados dos estudos por periódico de publicação. Curitiba-PR – 2011**

Classificação	Revista de publicação									
	Acta Paulista de Enfermagem		Gaúcha de Enfermagem		Latino-Americana de Enfermagem		Escola de Enfermagem da USP		TOTAL	
Tecnologia	–	–	04	8%	23	46%	09	18%	36	72%
Inovação	03	6%	–	–	04	8%	03	6%	10	20%
Inovação tecnológica	–	–	–	–	01	2%	03	6%	04	8%
Total	03	6%	04	8%	28	56%	15	30%	50	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

**QUADRO 1 – Resultados de estudos com foco em inovação tecnológica. Curitiba, PR – 2011**

Autores	Título	Método	Resultados
Dantas; Pagliuca; Almeida (2009) <sup>55</sup>	Validação da escala optométrica regionalizada para pré-escolares: contribuição da enfermagem.	Experimental aleatório triplo-cego	Validou-se a escala optométrica regionalizada para avaliação de acuidade visual em pré-escolares.
Azoubel <i>et al.</i> (2010) <sup>26</sup>	Efeitos da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas.	Quase-experimental de intervenção	Aplicou-se técnica para o tratamento de linfedema no tratamento de úlcera venosa de membros inferiores.
Ercole <i>et al.</i> (2011) <sup>64</sup>	Infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas: o índice de risco NNIS e predição de risco.	Coorte histórica	Elaborou-se um modelo de predição do risco de infecção de sítio cirúrgico.
Leventhal, Bianchi e Oliveira (2010) <sup>45</sup>	Ensaio clínico comparando três modalidades de crioterapia em mulheres não grávidas.	Ensaio clínico randomizado não controlado	Comparou-se o resfriamento da pele por três métodos de aplicação de frio superficial em mulheres saudáveis e não grávidas e identificou-se que a bolsa de gelo gel é que provocou maior resfriamento na pele.

Fonte: Dados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

Estudos de revisão publicados recentemente revelaram a *Revista Latino-Americana de Enfermagem* e a *Revista Escola de Enfermagem da USP* (REEUSP) como os periódicos com maior número de publicações,<sup>65,66</sup> confirmando os resultados desta pesquisa. Esse fato pode ser justificado pela tradição da Escola de Enfermagem da USP, a qual consolidou o primeiro curso de pós-graduação *stricto sensu* do Brasil, em 1973. No que concerne à RLAE, destaque-se que esta foi a primeira revista brasileira com Qualis B internacional, o que desperta o interesse dos pesquisadores em nela publicar.<sup>66</sup>

Quanto à autoria, estudo em que foram revisadas publicações de três periódicos demonstrou que mais de 45% dos autores dos artigos analisados eram doutores e doutorandos.<sup>67</sup> Os resultados confirmam os desta pesquisa, na qual a maioria das publicações (43,52%) foi desenvolvida por autores com essa titulação.

No tocante à vinculação, as pesquisas estão centradas nas áreas acadêmicas, universidades e nos cursos de pós-graduação, conforme evidenciado pela autoria dos artigos analisados nesta revisão.<sup>67-69</sup> Esse fato se deve às exigências dos programas de pós-graduação e, no que concerne aos doutores, às exigências da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Ensino Superior (Capes) com relação ao número de publicações.<sup>66</sup>

No Brasil, as pesquisas desenvolvem-se majoritariamente nas ciências da saúde (53,8%) e representam uma significativa porcentagem de toda a produção científica e tecnológica do país.<sup>70</sup> No entanto, áreas como as ciências biológicas, agrárias, humanas, dentre outras, contribuem para produção de conhecimento na saúde, mesmo que de maneira indireta e numa frequência menor. Esse fato pode ser resultado do maior número de doutores e pesquisadores dedicados às ciências da saúde, quando relacionados às demais áreas do conhecimento.<sup>71</sup>

Nesta revisão, evidenciou-se essa tendência ao apresentar estudos realizados por enfermeiros em parceria com profissionais de outras áreas, como estatísticos e matemáticos, bem como o desenvolvimento de estudos multiprofissionais com médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, bioquímicos e biólogos.

Estudos demonstram resultados positivos de intervenções multiprofissionais em diferentes áreas, com significativo incremento na taxa de adesão ao tratamento e redução de fatores de risco para comorbidades, sendo esta uma importante vertente para melhoria do tratamento aos pacientes.<sup>72,73</sup>

Ademais, a pesquisa precisa ser estratégica, ou seja, os experimentos devem atender às necessidades de saúde da população.<sup>71</sup> Uma das vertentes para sua consolidação compreende a pesquisa clínica, a qual trabalha a influência de certos fatores sobre a saúde dos indivíduos, na forma de um desfecho clínico e assumindo diferentes enfoques.<sup>74</sup>

A pesquisa clínica é um método de estudo que engloba diferentes desenhos de pesquisa, de acordo com a

posição do observador, divididos em observacionais e de intervenção.<sup>13</sup>

Os estudos observacionais são aqueles em que o investigador não controla a exposição dos indivíduos ao fator de risco nem o modo pelo qual eles são alocados aos grupos a serem comparados. Dentre os estudos observacionais, pontuam-se os estudos de coorte, transversal e de caso-controle.

Quando a posição do observador é ativa com relação ao evento observado, há os estudos de intervenção, também denominados “ensaios clínicos”<sup>13</sup>, nos quais o pesquisador maneja o fator de exposição (a intervenção), alterando intencionalmente o estado de saúde dos indivíduos, tendo como objetivo investigar os efeitos da intervenção provocada.<sup>75</sup>

Dentre as opções de ensaio clínico, o ensaio clínico randomizado (ECR) é, em geral, o melhor delineamento, mas ensaios clínicos não randomizados são mais adequados a determinadas questões de pesquisa. O ECR permite estabelecer causalidade e avaliar a efetividade de intervenções.<sup>13</sup>

O ensaio clínico randomizado cego consiste no padrão-ouro da pesquisa clínica, caracterizando, portanto, uma das melhores evidências clínicas na área da saúde. Isso porque a randomização elimina a influência das variáveis confundidoras sobre o desfecho, enquanto o cegamento é importante por evitar uma cointervenção, bem como por prevenir vieses na avaliação do desfecho.<sup>13</sup>

Inferre-se que a baixa incidência de ECR se deva ao fato de que estudos com esse método demandam tempo para sua realização e têm um custo muito alto,<sup>1</sup> necessitando. Portanto, de incentivo e financiamento por parte das agências nacionais e internacionais de fomento, a fim de que possam se consolidar no cenário da enfermagem e subsidiar a prática clínica do enfermeiro.

Com relação à temática dos estudos analisados nesta revisão, os resultados vão ao encontro de outro trabalho publicado,<sup>67</sup> no qual houve uma concentração de publicações na área de Saúde do Adulto. Entretanto, na área de Saúde da Mulher os dados são divergentes, uma vez que esta foi a área com menor quantitativo, enquanto nesta pesquisa a temática Saúde da Mulher foi a segunda mais abordada.

Com referência à classificação de tecnologia e inovação para saúde, a análise dos estudos revelou que a produção científica da enfermagem ainda não se detém ao desenvolvimento de tecnologias duras, uma vez que a maior parte dos artigos obteve como resultado conhecimento científico, considerado neste trabalho como uma tecnologia leve-dura.

O termo “tecnologia” muitas vezes nos remete exclusivamente a máquinas e equipamentos de alta complexidade, mantendo-nos reféns de uma visão simplista sobre sua abrangência.<sup>76</sup> A tecnologia envolve diferentes dimensões, dentre elas os saberes e habilidades, dos quais resultam produtos, teorias ou bens simbólicos. Dessa forma, os equipamentos tecnológicos

correspondem à expressão de uma tecnologia, ou seja, são os resultados dos saberes.<sup>77</sup>

Considerando a classificação de tecnologia em leve, leve-dura e dura,<sup>7</sup> essa não deve ser entendida apenas como um produto palpável, mas sim como resultado de um amplo trabalho que abrange ações abstratas ou concretas, com vista a uma finalidade específica.<sup>77</sup> Nesse contexto, inúmeros autores destacam a tecnologia como algo abrangente, que abarca, além das tecnologias duras, as relações humanas e os conhecimentos sistematizados, que na área da saúde fundamentam e delimitam o saber-fazer do cuidar.<sup>78,79</sup>

Tecnologia em saúde compreende, segundo a Portaria nº 2.510/GM de 2005, medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, bem como programas e protocolos assistenciais, os quais subsidiam a atenção e os cuidados à saúde da população.<sup>2</sup>

Na enfermagem, a tecnologia “compreende um conjunto de conhecimentos (científicos e empíricos) sistematizados, em constante processo de inovação, que visam qualidade de vida e se concretizam no ato de cuidar”. Dessa forma, ultrapassa o caráter técnico e o teórico, englobando a utilização de diversos saberes, além dos métodos e processos que conduzem ao cuidado, finalidade do processo de trabalho do enfermeiro. Destarte, a tecnologia em enfermagem resulta em um fazer com qualidade, o qual requer reflexão, análise e interpretação, sendo útil no desenvolvimento e na organização do trabalho.<sup>78</sup>

Com relação aos estudos que resultem em inovação para a saúde, a preocupação com essa questão teve início em 1994, com a realização da 1ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, a qual aprovou uma política pública para incentivo ao desenvolvimento de tecnologia e inovação em nível nacional, bem como destacou as prioridades de pesquisa em saúde.<sup>70,80</sup>

No que diz respeito à pesquisa clínica, ressaltou-se a importância do desenvolvimento de avaliações das intervenções terapêuticas e das novas tecnologias e suas aplicabilidades; testes clínicos de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, produtos oriundos da pesquisa nacional; estudos para elaboração de protocolos clínicos; dentre outros.<sup>80</sup>

As prioridades devem basear-se em conhecimentos científicos e tecnológicos eficientes e eficazes, bem como estar voltadas para o esforço de prospecção, no intuito de adiantar-se às necessidades de novos conhecimentos exigidos pela transformação rápida e permanente da atualidade. Dessa forma, o objetivo é produzir novos conhecimentos e novas práticas, voltados para o cuidado em saúde, considerando os aspectos culturais e étnicos, com estímulo a estudos integrados de caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.<sup>70</sup>

Destaque-se que dos estudos que resultaram em inovação tecnológica três empregaram o método de ensaio clínico para o desenvolvimento de instrumentos tecnológicos, bem como para agregar nova funcionalidade a técnicas e procedimentos de cuidado à saúde.

A pesquisa clínica contribui para a inovação quando seus resultados introduzem uma novidade ou promovem o aperfeiçoamento de produtos, processos ou serviços para o setor de saúde. Quando há uma novidade, uma nova característica ou funcionalidade para um produto ou processo, essa é considerada uma inovação tecnológica.<sup>10</sup> Nessa perspectiva, desenhos de estudos como o ensaio clínico são relevantes, uma vez que permitem a avaliação da eficácia, da efetividade e da eficiência das inovações tecnológicas, subsidiando sua implantação na prática de enfermagem.

Os avanços científicos, tecnológicos e as inovações trazem novas soluções, bem como novos desafios para área da saúde, fato ressaltado pelo importante papel desempenhado pela ciência, tecnologia e inovação no desenvolvimento econômico e social das nações, sendo impossível mensurar seus benefícios para humanidade.<sup>1</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme evidenciado neste estudo, a contribuição da pesquisa clínica para a inovação tecnológica na enfermagem brasileira é incipiente, uma vez que apenas quatro (8%) dos artigos analisados puderam ser classificados nessa categoria. Destaque-se que, destes, em cada pesquisa abordou-se uma temática diferente, o que dificulta a consolidação do conhecimento, a qual é alcançada mediante o desenvolvimento de pesquisas com diferentes metodologias, a fim de abordar em profundidade o assunto.

Observe-se que os resultados das pesquisas clínicas, em sua maioria, se restringem a tecnologias leves e leve-duras, voltadas para o cotidiano de trabalho da enfermagem, em detrimento da produção ou aperfeiçoamento de materiais e equipamentos.

A incorporação de tecnologia em suas diferentes dimensões é uma realidade presente cotidianamente no processo de trabalho da equipe de enfermagem, com vista a mediar o cuidado prestado no que concerne às relações interpessoais efetivadas, à comunicação e à própria manipulação de materiais e equipamentos.

Destarte, saliente-se que as publicações relacionadas ao tema inovação tecnológica na área da saúde são escassas, restringindo-se a estudos publicados que resultaram no desenvolvimento ou aperfeiçoamento de uma tecnologia específica. Nesse contexto, a pesquisa clínica constitui um caminho fecundo na produção de novas tecnologias, inovações e inovações tecnológicas para a saúde e, mais especificamente, para a enfermagem.

Para tanto, há necessidade de trabalhos que visem atender às reais exigências de saúde dos indivíduos, bem como uma aproximação dos enfermeiros atuantes na prática do cuidado quanto ao desenvolvimento de ensaios clínicos, assumindo uma posição ativa na produção e aplicação prática do conhecimento científico. Destaque-se que as publicações e investigações realizadas por enfermeiros são fundamentais, uma vez que permitem a aquisição, produção e aprofundamento dos saberes.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciência e Tecnologia em Saúde. Brasília (DF); 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política nacional de gestão de tecnologias em saúde. Brasília (DF); 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciência, tecnologia e inovação em Saúde. Nota técnica. Brasília (DF); 2007.
4. Laranjeira LN, Maurício CS, Guimarães HP, Avezum A. Boas práticas clínicas: padrão de pesquisa clínica. *Rev Bras Hipertens*. 2007;14(2):121-3.
5. Aguiar DF, Camacho KG. O cotidiano do enfermeiro em pesquisa clínica: um relato de experiência. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):526-30.
6. Trindade E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(5):951-64.
7. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Praxis en salud: un desafío para lo público*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p.71-112.
8. Arone EM, Cunha ICKO. Avaliação tecnológica como competência do enfermeiro: reflexões e pressupostos no cenário da ciência e tecnologia. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(4):569-72.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Academia Brasileira de Ciências. Ciência, tecnologia e inovação: desafio para a sociedade brasileira. Brasília (DF); 2001.
10. Brasil. Lei n. 10.973, de 02 de dezembro de 2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF); 2004.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008 out/dez;17(4): 758-64.
12. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987; 10:1-11.
13. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman, TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
14. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2004 jun; 12(3):549-56.
15. Azoubel R, Torres GV, Silva LWS, Gomes FV, Reis LA. Efeitos da terapia física descongestiva na cicatrização de úlceras venosas. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 dez; 44(4):1085-92.
16. Silveira LCJ, Souza EN, Goldmeier S, Silva AF, Rabelo ER. Adesão às consultas e ao tratamento medicamentoso de pacientes em ensaios clínicos randomizados da indústria. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010 set; 31(3):423-7.
17. Castro RA, Aliti GB, Linhares JC, Rabelo ER. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010 jun; 31(2):225-31.
18. Oliveira AP, Lima DVM. Evaluation of bedbath in critically ill patients: impact of water temperature on the pulse oximetry variation. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 dez; 44(4):1039-45.
19. Linhares JC, Aliti GB, Castro RA, Rabelo ER. Prescrição e realização do manejo não farmacológico para pacientes com insuficiência cardíaca descompensada, internados em emergência de hospital universitário. *Rev Latinoam Enferm*. 2010 dez;18(6): 1145-51.
20. Araujo LPR, Figueiredo AEPL, D'Avila DOL. Avaliação de programa de ensino-aprendizagem sobre metabolismo de cálcio e fósforo para pacientes em hemodiálise. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 dez; 44(4): 928-32.
21. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010 dez; 44(4):1070-6.
22. Ávila CW, Aliti GB, Feijó MKF, Rabelo ERE. Adesão farmacológica ao anticoagulante oral e os fatores que influenciam na estabilidade do índice de normatização internacional. *Rev Latinoam Enferm*. 2011 fev; 19(1):18-25.
23. Echer IC, Corrêa APA, Lucena AF, Ferreira SAL, Knorst MM. Prevalência do tabagismo em funcionários de um hospital universitário. *Rev Latinoam Enferm*. 2011 fev; 19(1):179-86.
24. Souza LAF, Silva CD, Ferraz GC, Sousa FAEF, Pereira LV. Prevalência e caracterização da prática de automedicação para alívio da dor entre estudantes universitários de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2011 abr; 19(2):245-51.
25. Brião RC, Souza EN, Castro RA, Rabelo ER. Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em parada cardiorrespiratória. *Rev Latinoam Enferm*. 2009 fev; 17(1):40-5.
26. Stacciarini TSG, Pace AE, Haas VJ. Técnica de autoaplicação de insulina com seringas descartáveis entre os usuários com diabetes mellitus, acompanhados pela estratégia saúde da família. *Rev Latinoam Enferm*. 2009 ago; 17(4):474-80.
27. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Rev Latinoam Enferm*. 2009 fev; 17(1):46-51.
28. Assis RBS, Azzolin K, Boaz M, Rabelo ER. Complicações do balão intra-aórtico em uma coorte de pacientes hospitalizados: implicações para a assistência de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2009 out; 17(5):658-63.
29. Lima FET, Araújo TL, Serafim ECG, Custódio IL. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. *Rev Latinoam Enferm*. 2010 jun; 18(3):331-8.
30. Cavalcante TF, Moreira RP, Araujo TL, Lopes MVO. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. *Rev Latinoam Enferm*. 2010 ago; 18(4):703-8.
31. Guimarães RCM, Rabelo ER, Moraes MA, Azzolin K. Gravidade de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca: uma análise evolutiva segundo o TISS-28. *Rev Latinoam Enferm*. 2010 fev; 18(1):61-6.
32. Lopes JL, Nogueira MLA, Gonçalves MAB, Barros ALBL. Comparação do nível de ansiedade entre o banho de aspersão e o de leito em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Rev Latinoam Enferm*. 2010 abr; 18(2): 217-23.

- 33.** Baiocco GB, Silva JLB. A utilização do cateter central de inserção periférica (CCIP) no ambiente hospitalar. *Rev Latinoam Enferm.* 2010 nov/dez; 18(6): 1131-7.
- 34.** Leventhal LC, Bianchi RC, Oliveira SMJV. Ensaio clínico comparando três modalidades de crioterapia em mulheres não grávidas. *Rev Esc Enferm USP.* 2010 jun; 44(2): 339-45.
- 35.** Nascimento AB, Chaves EC, Grossi SAA, Lottenberg Simão A. A relação entre polifarmácia, complicações crônicas e depressão em portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev Esc Enferm USP.* 2010 mar; 44(1): 40-6.
- 36.** Lima LB, Borges D, Costa S, Rabelo ER. Classificação de pacientes segundo o grau de dependência dos cuidados de enfermagem e a gravidade em unidade de recuperação pós-anestésica. *Rev Latinoam Enferm.* 2010 out; 18(5):881-7.
- 37.** Bim CR, Pelloso SM, Carvalho MDB, Previdelli ITS. Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2010 dez; 44(4): 940-6.
- 38.** Moura ERF, Freitas GL, Pinheiro AKB, Machado MMT, Silva RM, Lopes M V O. Lactação com amenorréia: experiência de enfermeiros e a promoção dessa opção contraceptiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2011 mar; 45(1):40-6.
- 39.** Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP.* 2009 jun; 43(2):438-45.
- 40.** Guedes TG, Moura ERF, Almeida PC. Particularidades do planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental. *Rev Latinoam Enferm.* 2009 out; 17(5):639-44.
- 41.** Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná, Brasil. *Rev Latinoam Enferm.* 2010 jun; 18(3):352-9.
- 42.** Gondo DCAF, Duarte MTC, Silva MG, Parada CMGL. Alteração de flora vaginal em gestantes de baixo risco, atendidas em serviço público de saúde: prevalência e associação à sintomatologia e achados do exame ginecológico. *Rev Latinoam Enferm.* 2010 out; 18(5):919-27.
- 43.** Motta GCP, Echer IC, Lucena AF. Fatores associados ao tabagismo na gestação. *Rev Latinoam Enferm.* 2010 ago; 18(4): 809-15.
- 44.** Dantas RA, Pagliuca LMF, Almeida PC. Validação de escala optométrica regionalizada para pré-escolares: contribuição da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2009 jun; 43(2):279-86.
- 45.** Martins MS, Santos VLGC, Secoli SR, Mata SM, Nogueira DS, Souza DM. Estudo comparativo sobre dois tipos de cateteres para cateterismo intermitente limpo em crianças estomizadas. *Rev Esc Enferm USP.* 2009 dez; 43(4):865-71.
- 46.** Macêdo SF, Araújo MFM, Marinho NPB, Lima ACS, Freitas RWF, Damasceno M M C. Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em crianças. *Rev Latinoam Enferm.* 2010 out; 18(5):936-42.
- 47.** Reis MCG, Nakano AMS, Silva IA, Gomes FA, Pereira MJB. Prevalência de anemia em crianças de 3 a 12 meses de vida em um serviço de saúde de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev Latinoam Enferm.* 2010 ago; 18(4):792-9.
- 48.** Felisbino MMS, Campos MD, Lana FCF. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferros, Minas Gerais. *Rev Esc Enferm USP.* 2010 jun; 44(2):257-65.
- 49.** Soares T, Souza EN, Moraes MA, Azzolin K. Tempo porta-eletrocardiograma (ECG): um indicador de eficácia no tratamento do infarto agudo do miocárdio. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009 mar; 30(1):120-6.
- 50.** Feijó MKEF, Lutkmeier R, Ávila CW, Rabelo ER. Fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes admitidos em unidade de hemodinâmica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009 dez; 30(4):641-7.
- 51.** Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Amendola F. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2010 dez; 44(4):1046-51.
- 52.** Souza LM, Lautert L, Hilleshein EF. Trabalho voluntário, características demográficas, socioeconômicas e autopercepção da saúde de idosos de Porto Alegre. *Rev Esc Enferm USP.* 2010 set; 44(3):561-9.
- 53.** Ercole FF, Chianca TCM, Duarte D, Starling CEF, Carneiro M. Infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas: o índice de risco NNIS e predição de risco. *Rev Latinoam Enferm.* 2011 abr ;19(2):269-76.
- 54.** Barros LFNM, Arênas VG, Bettencourt ARC, Diccini S, Fram DS, Belasco AS, Barbosa DA. Avaliação do tipo de curativo utilizado em cateter venoso central para hemodiálise. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(Esp):481-6.
- 55.** Pedrolo E, Danski MTR, Mingorance P, Lazzari LSM, Johann DA. Ensaio clínico controlado sobre o curativo de cateter venoso central. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(2):278-83.
- 56.** Fortaleza CR, Melo EC, Fortaleza CMCB. Colonização nasal por staphylococcus aureus resistente à metilina e mortalidade em pacientes de uma unidade de terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm.* 2009 out; 17(5):677-82.
- 57.** Balsanelli AP, Cunha ICKO, Whitaker IY. Estilos de liderança de enfermeiros em unidade de terapia intensiva: associação com perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. *Rev Latinoam Enferm.* 2009 jan/fev; 17(1):28-33.
- 58.** Lorenz VR, Benatti MCC, Sabino MO. Burnout e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. *Rev Latinoam Enferm.* 2010 dez; 18(6):1084-91.
- 59.** Simões MRL, MFC, Rocha AM. O trabalho em turnos alternados e seus efeitos no cotidiano do trabalhador no beneficiamento de grãos. *Rev Latinoam Enferm.* 2010 dez; 18(6):1070-5.
- 60.** Oliveira AC, Lopes ACS, Paiva MHRS. Acidentes ocupacionais por exposição a material biológico entre a equipe multiprofissional do atendimento pré-hospitalar. *Rev Esc Enferm. USP.* 2009 set; 43(3):677-83.
- 61.** Vivancos RBZ, Leite AM, Scochi CGS, Santos CB. O contato pele a pele ao nascimento e o choro de recém-nascidos durante vacinação contra Hepatite B. *Acta Paul. Enferm* 2010; 23(4):461-5.
- 62.** Nascimento RM, Ferreira ALC, Coutinho ACFP, Veríssimo RCSS. Frequência de lesão nasal em neonatos por uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas com pronga. *Rev Latinoam Enferm.* 2009 ago; 17(4):489-94.

- 63.** Cruz DALM, Pimenta CAM, Pedrosa MFV, Lima AFC, Gaidzinski RR. Percepção de poder de enfermeiras frente ao seu papel clínico. *Rev Latinoam Enferm.* 2009 abr; 17(2):234-9.
- 64.** Alvarez AG, Dal Sasso GTM. Aplicação de objeto virtual de aprendizagem, para avaliação simulada de dor aguda, em estudantes de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm.* 2011; 19(2):229-37.
- 65.** Almeida VCF, Damasceno MMC, Araújo TL. Saúde do trabalhador de saúde: análise das pesquisas sobre o tema. *Rev Bras Enferm.* 2005 mai/jun; 58(3):335-40.
- 66.** Abreu RNDC, Rocha LA, Albuquerque ALP, Fialho AVM, Moreira TMM. Análise da produção do conhecimento em enfermagem acerca da temática hipertensão arterial, 1995 a 2005. *Online Braz J Nurs.* 2006; 5(3).
- 67.** Dyniewicz AM. Análise das publicações dos enfermeiros assistenciais em periódicos nacionais. *Rev Bras Enferm.* 2010 nov/dez; 63(6):1046-51.
- 68.** Dyniewicz AM. Metodologia da pesquisa para enfermeiras: práticas educativas em hospital universitário [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de São Paulo, Programa de Pós Graduação em Enfermagem; 2003.
- 69.** Dyniewicz AM, Guariente MHDM. A produção e a divulgação do conhecimento científico por enfermeiras assistenciais. *Rev Enferm UFPE online.* 2009;3(1):144-8.
- 70.** Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de ciência e tecnologia. Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. 2ª ed. Brasília (DF); 2008.
- 71.** Guimarães R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Rev Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(2):375-87.
- 72.** Scherr C, Cunha AB, Magalhães CK, Abitibol RA, Barros M, Cordovil I. Intervenção nos hábitos de vida em instituição pública. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(6):730-7.
- 73.** Timerman F, Scagliusi FB, Cordás TA. Acompanhamento da evolução dos distúrbios de imagem corporal em pacientes com bulimia nervosa, ao longo do tratamento multiprofissional. *Rev Psiq Clin.* 2010; 37(3):113-7.
- 74.** Nobre MRC, Bernardo WV, Janete FB. A prática clínica baseada em evidências: Parte III Avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50(2):221-8.
- 75.** Medronho RA. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2005.
- 76.** Koerich MS, Backes DS, Scortegagna HM, *et al.* Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(Esp):178-85.
- 77.** Rocha PK, Prado ML, Wall ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(1):113-6.
- 78.** Meier MJ. Tecnologia em Enfermagem: desenvolvimento de um conceito [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
- 79.** Mendes IAC, Leite JL, Trevizan, MA, Trezza MCSF. A produção tecnológica e a interface com a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2002; 55(5):556-61.
- 80.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 2ª ed. Brasília (DF); 2008.

Data de submissão: 17/1/2012

Data de aprovação: 21/3/2012

# FATORES ESTRESSORES PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

STRESS FACTORS IN INTENSIVE CARE UNIT NURSING

FACTORES DE ESTRÉS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ticiania Daltri Felix Rodrigues<sup>1</sup>

## RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local onde são atendidos pacientes gravemente acometidos. É conceituada como um ambiente tenso, traumatizante e agressivo, podendo gerar estresse na equipe de enfermagem. O estresse ocorre quando há uma modificação ameaçadora, lesiva ou tensa no ambiente, desencadeando um desequilíbrio no indivíduo. Esse estímulo causador de tal situação é o fator estressor. O objetivo com este estudo foi investigar, por meio de revisão de literatura, os fatores que geram estresse à equipe de enfermagem na UTI. É uma pesquisa exploratório descritiva, de revisão da literatura. A busca de artigos científicos foi realizada por meio do portal da Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram investigados artigos científicos, na íntegra, em publicações *online*, que continham o tema descrito neste estudo, publicados em português do Brasil nos últimos onze anos, de 2001 a 2011. Foram descartados aqueles que não apresentavam o assunto relacionado ao tema, que não estavam publicados na língua portuguesa do Brasil e os que estavam fora do período estipulado. Revelou-se, neste estudo, a presença de estresse na equipe de enfermagem atuante na UTI, sendo identificados os principais agentes causadores de estresse. O estresse está presente no cotidiano dos trabalhadores de enfermagem que atuam na UTI, podendo desencadear problemas físicos e psíquicos. Os fatores estressores devem ser analisados e amenizados para que a equipe de enfermagem possa exercer seu trabalho com eficiência, prazer e dignidade.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Estresse; UTI.

## ABSTRACT

The ICU is a department that provides treatment for severely affected patients. It is a tense, stressful and aggressive environment that can generate stress among the nursing staff. Stress happens when there is a threatening, harmful or tense change in the environment that triggers an imbalance in the individual. The stimulus that causes the condition is a stressor. This present study aimed to investigate, through an exploratory and descriptive literature review, the elements generating stress among ICU nursing staff. The search for scientific articles was conducted via the Virtual Health Library, Lilacs and SciELO databases, as well as in full-text scientific articles published online in Brazilian Portuguese from 2001 to 2011. Articles not related to the topic in question, not published in Brazilian Portuguese, or that were outside the stipulated time frame were discarded. The study revealed the occurrence of stress among the intensive care nursing staff and identified its major cause. Stress is present in the daily life of ICU nursing staff and can trigger physical and psychological problems. Stressors should be analysed and lessened so that the nursing staff can perform effectively with pleasure and dignity.

**Key-words:** Nursing; Stress; ICU

## RESUMEN

En la UCI se atienden pacientes en estado grave. El ambiente de esta unidad es más tenso, traumatizante y agresivo y puede llegar a generar estrés entre el personal de enfermería. Una alteración amenazadora, tensa o lesiva en el ambiente provoca desequilibrio en los individuos. El estímulo causante de tal situación es el factor estresante. Este estudio tuvo como objetivo investigar, a través de una revisión de literatura, los factores que generan estrés entre el personal de enfermería en la UCI. Se trata de una investigación exploratoria descriptiva de revisión de la literatura. La búsqueda de artículos científicos se efectuó a través del portal de la Biblioteca Virtual en Salud, en las bases de datos Lilacs y SciELO. Fueron analizados artículos científicos completos publicados online que contenían el tema descrito en este estudio y que habían sido publicados en idioma portugués de Brasil en los últimos once años, del 2001 al 2011. Fueron desconsiderados aquéllos que no presentaban el asunto relacionado al tema, los que no habían sido publicados en portugués de Brasil y aquéllos que no estaban incluidos en el período estipulado. El presente estudio reveló la presencia de estrés en el personal de enfermería activo en la unidad de cuidados intensivos e identificó los principales agentes causantes de estrés. El estrés está presente en la vida cotidiana de los enfermeros que trabajan en la UCI y puede desencadenar problemas físicos y psíquicos. Los factores de estrés deben ser observados y disminuidos para que el personal de enfermería pueda ejercer su trabajo con eficiencia, placer y dignidad.

**Palabras clave:** Enfermería; Estrés; UCI.

<sup>1</sup> Discente do Curso de Graduação em Enfermagem, 8º semestre da Universidade Paulista (UNIP).

Endereço para correspondência – Rua Virgílio de Carvalho Neves Neto, 496, bairro Jardim Palmares, Ribeirão Preto-SP. CEP: 14092-440. E-mail: thici@globo.com.



## INTRODUÇÃO

### Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A UTI é um local específico dos hospitais, com a finalidade de atender pacientes gravemente acometidos. Os pacientes recebem monitoramento constante da equipe multiprofissional especializada, além de equipamentos específicos de alta tecnologia para atender pacientes críticos. Se houver mais de uma especialidade, passa a denominar-se de Centro de Terapia Intensiva (CTI).<sup>1</sup>

A UTI segue um padrão de qualidade assegurando ao paciente o direito a uma assistência humanizada, sinais vitais estabilizados, acompanhamento ininterrupto, benefícios de seu tratamento com a mínima exposição aos riscos decorrentes dos métodos utilizados e à sobrevida. Tais Unidades são divididas conforme a faixa etária do paciente: de 0 a 28 dias (Neonatal), 29 dias a 18 anos incompletos (Pediátrica) e acima de 14 anos (Adulto). Os pacientes entre 14 e 18 anos, podem ser internados na Unidade pediátrica ou adulta, ficando a critério da instituição.<sup>1</sup>

Em todo hospital com mais de 100 leitos, é obrigatória a instalação da UTI. O número de leitos deve ser entre 6% a 10% do número total de leitos do hospital.<sup>2</sup>

### Ambiente da UTI

Entre os ambientes hospitalares, a UTI é conceituada como o mais tenso, traumatizante e agressivo, em decorrência da rotina de trabalho intensa; dos riscos constantes à equipe de enfermagem por contágio (pacientes em isolamento), exposição a Raios X, acidentes com perfurocortantes; das situações de crises frequentes; dos ruídos intermitentes de monitores, bombas de aspiração, respiradores, gemidos, gritos de dor, choro<sup>3</sup>, telefone, conversas paralelas da equipe, circulação de grande número de profissionais, fax e impressoras.<sup>4</sup>

É um lugar isolado, onde o tempo se torna incerto.<sup>5</sup> O ambiente é insalubre, a falta de precaução e treinamento da equipe pode resultar em acidentes e transmissão de doenças infectocontagiosas.<sup>6</sup>

Para que o ambiente da UTI seja humanizado, ele deve proporcionar privacidade, conforto e segurança.<sup>4</sup>

Na UTI, dada a rotina de situações emergenciais, da concentração de pacientes críticos, com alterações súbitas no estado de saúde, o local de trabalho caracteriza-se como estressante e agressivo, gerador de um ambiente emocionalmente comprometido<sup>7</sup> para a equipe multiprofissional e, principalmente, para a equipe de enfermagem, que tem uma rotina diária de pronto atendimento, pacientes graves, isolamento e morte.<sup>8</sup>

### O cuidado ao paciente crítico

A UTI é um local de possibilidade de vida, mas, em contrapartida, o risco de vida é uma constante. Nesse ambiente de ambigüidades, os conflitos devem ser sempre resolvidos. O problema é lidar com os sentimentos da equipe que atua na unidade. Há

necessidade de aptidão para se conviver entre morte, vida, fragilidade, onipotência e impotência. Diante dessas incertezas, a equipe precisa de preparo e cuidado para que não haja uma grande desestruturação.<sup>5</sup>

Outro fator inerente à equipe de enfermagem no cuidado ao paciente crítico é a administração de medicamentos, considerada uma das tarefas mais importantes, que requer alta responsabilidade e elevada capacidade técnica envolvendo responsabilidade ética e legal.<sup>9,10</sup>

Essa responsabilidade e essa complexidade do cuidado em um paciente da UTI requerem do enfermeiro um vasto conhecimento técnico-científico, principalmente em relação à manipulação dos variados tipos de drogas vasoativas, sedativas e antimicrobianas que são realizadas em alta escala, em infusões contínuas e que interferem diretamente no quadro dos pacientes.<sup>9</sup>

O trabalho da equipe de enfermagem na administração de medicamentos envolve a leitura da prescrição médica, o manuseio, o preparo, a administração e a avaliação da resposta do paciente. Na UTI, essa é uma prática constante, dado o grande número de medicamentos prescritos.<sup>10</sup>

A falta de atenção, acapacidade técnica e a responsabilidade da equipe podem desencadear ocorrências iatrogênicas.<sup>10</sup>

Em decorrência de tais complexidades, da estrutura física, do barulho constante, de equipamentos de alta tecnologia, da movimentação intensa de pessoas, do sofrimento dos pacientes, dentre outros inúmeros fatores, a UTI torna-se um local gerador de estresse.<sup>11</sup>

Isso pode ser demonstrado na TAB. 1, que contém dados de estudos realizados em uma UTI geral, medindo o nível total de estresse entre pacientes (G1), familiares (G2) e profissionais (G3).<sup>11</sup>

**TABELA 1 – Características clínicas e demográficas dos pacientes (G1), familiares (G2) e profissionais (G3), com o respectivo escore total de estresse (ETE) médio para cada subgrupo**

G1 – Pacientes		
Sexo		
Masculino	53,3	62,88
Feminino	46,7	62,36
Tipo de tratamento		
Clínico	71,4	62,10
Cirúrgico	28,6	66,13
Internação prévia em UTI		
Sim	50	63,33
Não	50	61,93
Nível de educação		
Até 1º grau completo	34,5	60,00
Pelo menos 2º grau incompleto	65,5	64,32
Mortalidade estimada pelo APACHE II		
Inferior a 20%	53,6	65,93
Superior a 20%	46,4	58,31

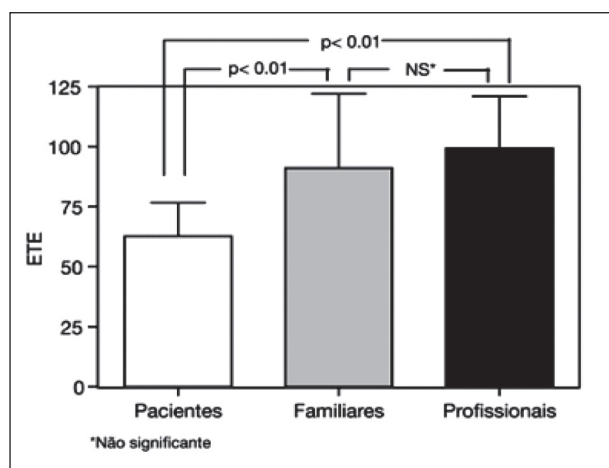
continua...

<b>G2 – Familiares</b>			
Sexo			
Masculino	30		91,66
Feminino	70		90,85
Nível de educação			
Até 2º grau completo	46,7		86,78
Pelo menos 3º grau incompleto	53,3		94,87
<b>G3 – Profissionais</b>			
Sexo			
Masculino	13,8		97,25
Feminino	86,2		100,80
Atividade profissional			
Médico	16,7		92,40
Enfermeiro	53,3		100,12
Fisioterapeuta	23,2		103,42
Auxiliar de enfermagem	6,7		95,50

Fonte: www.scielo.org.br, 2011.

Como se pode analisar na TAB. 1, não houve diferença significativa no ETE do G1 referente a: tipo de tratamento, sexo, nível educacional, internação prévia em UTI ou mortalidade estimada pelo Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) – sistema de classificação de severidade de doença, expresso mediante índices prognósticos.<sup>11</sup>

Nos grupos G2 e G3, a diferença estatística foi irrelevante no ETE referente ao sexo, nível educacional para G1 e atividade profissional para G2.<sup>11</sup>



**FIGURA 1 – Média do escore total de estresse (ETE) para pacientes (G1), familiares (G2) e profissionais (G3)**

Fonte: www.scielo.org.br, 2011.

A média do escore total de estresse (ETE), conforme a FIG. 1, foi de 62,63 (G1); 91,10 (G2) e 99,30 (G3).<sup>11</sup>

Dessa forma, verificou-se que os familiares e profissionais de saúde apresentaram ETE mais elevados em relação aos dos pacientes, superestimando o estresse quando

comparado aos pacientes e divergindo quanto aos estressores. É importante a identificação desses estressores para a atuação direta, com medidas que facilitarão a humanização no ambiente da UTI.<sup>11</sup>

### Estresse

A palavra “estresse” é usada para explicar inúmeros acontecimentos que assolam a humanidade nos dias atuais.<sup>12</sup>

O trabalho é a capacidade do homem de produzir o meio em que vive. Nessa interação com a natureza, o indivíduo modifica a natureza, ao mesmo tempo em que é modificado por ela. Nesse contexto de modificações, estão aquelas que têm consequências no aparelho psíquico.<sup>12</sup>

O estresse ocorre quando há uma modificação ameaçadora, lesiva ou tensa no ambiente, desencadeando um desequilíbrio no indivíduo. O indivíduo sente ou torna-se incapaz de realizar tarefas sob essa situação. Esse estímulo causador de tal situação é o fator estressor, sendo variável: o fator estressor que gera estresse em um indivíduo pode não gerar em outro.<sup>13</sup>

Os estressores podem ser distinguidos como físicos (agentes químicos, frio e calor), fisiológicos (fadiga, dor) ou psicossociais (medo de perder, falhar ou errar).<sup>13</sup>

O processo de enfrentamento do estresse envolve a adaptação do indivíduo às novas situações geradoras de estresse. Deve haver um equilíbrio das funções fisiológicas e psicológicas que resultarão na capacidade para a realização de novas demandas.<sup>13</sup>

A resposta fisiológica a um estressor é um processo de proteção e adaptação ao organismo, para manter a homeostasia. O estressor altera a homeostasia, resultando em doença, dada uma falha na adaptação ao estresse.<sup>13</sup> A resposta psicológica consiste na reação do indivíduo para controlar a situação de estresse, denominado de “processo de mediação”.<sup>13</sup> Quando o estresse resulta em consequências ao aparelho psíquico dos trabalhadores, denomina-se “síndrome de Burnout”.<sup>12</sup> Burnout é um termo usado para caracterizar o estresse ocupacional, causado por falta de energia. Ocorre um sentimento de fracasso e exaustão, dado o desgaste excessivo de energia, acometendo principalmente profissionais que trabalham em contato direto com pessoas.<sup>12</sup>

A síndrome de Burnout é um dos maiores problemas psicossociais nos dias atuais.<sup>12</sup> O alto estresse gera sofrimento, que traz consequências na saúde e no seu desempenho profissional da pessoa acometida.<sup>12</sup>

Seus sinais e sintomas são: exaustão física, psíquica e emocional, diminuição da realização pessoal no trabalho e despersonalização. Ocorre quando há exigência de alta qualificação intelectual, envolvendo tomadas de decisões importantes, com alto peso emocional ocorrendo principalmente em pessoas que exercem profissões desgastantes durante muitos anos, com carga horária excessiva e em ambiente altamente estressante.<sup>12</sup>

## OBJETIVO

Investigar, por meio de revisão de literatura, os fatores que geram estresse à equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de revisão da literatura científica, no qual foi realizado um levantamento bibliográfico referente aos fatores que geram estresse na equipe de enfermagem que atua na UTI.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar uma visão geral sobre determinado assunto, quando há pouco conhecimento sobre o tema a ser estudado. Seu planejamento é flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.<sup>14</sup>

Nas pesquisas descritivas são descritas as características de determinada população ou fenômeno ou, então, são estabelecidas as relações entre as variáveis. A preocupação é em observar, analisar, registrar, classificar e interpretar os fatos sem que o pesquisador interfira neles.<sup>14</sup>

A pesquisa bibliográfica consiste no levantamento da bibliografia de fontes secundárias que já foram publicadas em revistas, livros, artigos, imprensa escrita e publicações avulsas. Coloca o pesquisador diante de tudo o que já foi escrito sobre determinado assunto. Permite-lhe não somente definir e resolver problemas já conhecidos, como também explorar novos caminhos e novas áreas sobre o assunto.<sup>15</sup>

Para a realização deste estudo, foram efetuadas buscas de artigos científicos no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), efetuando o cruzamento das palavras-chave: enfermagem x estresse x UTI.

Foram investigados artigos científicos na íntegra em publicações *online*, que continham o tema descrito neste estudo, publicados em português do Brasil nos últimos onze anos, de 2001 a 2011. A busca realizou-se nos meses de julho e agosto de 2011 e foram selecionados os artigos que continham o assunto referente aos fatores estressores à equipe de enfermagem na UTI, nos períodos estipulados acima, que estavam disponíveis *online* na íntegra e publicados na língua portuguesa do Brasil. Foram descartados aqueles que não apresentavam o assunto relacionado ao tema, que não estavam publicados na língua portuguesa do Brasil e os que estavam fora do período estipulado.

Após a leitura na íntegra dos artigos científicos selecionados, estes foram analisados sistematicamente, com a elaboração de fichas, transcritos de forma exata, contendo elementos essenciais que permitiram a identificação das publicações e categorização por meio de tabelas para a discussão do assunto em questão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o cruzamento das palavras-chave, foram selecionados 13 artigos científicos relacionados aos fatores estressores para a equipe de enfermagem na UTI, demonstrados na TAB. 2.

Conforme observado na TAB. 2, dos 13 artigos científicos selecionados (100%), 12 foram obtidos na base de dados Lilacs, 9 por meio do cruzamento das palavras-chave estresse x UTI, correspondente a 69,23% do total; um artigo, pelo cruzamento estresse x enfermagem (7,69%); dois artigos, pelo cruzamento estresse x enfermagem x UTI (15,38%). Na base de dados SciELO, um artigo foi selecionado pelo cruzamento das palavra-chave estresse x UTI, correspondendo a 7,69% do total, nenhum artigo foi selecionado pelo cruzamento estresse x enfermagem e estresse x enfermagem x UTI, pois os artigos encontrados já haviam sido coletados na base de dados Lilacs ou não correspondiam aos critérios de seleção.

**TABELA 2 – Resultado do cruzamento das palavras-chave nas bases de dados Lilacs e SciELO. Ribeirão Preto – 2011**

PALAVRAS-CHAVE	BASE DE DADOS	BUSCA	EXCLUSÃO	SELEÇÃO
Estresse X UTI	LILACS	116	107	9
Estresse X Enfermagem	LILACS	396	395	1
Estresse X Enfermagem X UTI	LILACS	56	54	2
Estresse X UTI	SciELO	20	19	1
Estresse X Enfermagem	SciELO	57	57	0
Estresse X Enfermagem X UTI	SciELO	5	5	0
TOTAL		650	637	13

Fonte: Dados da pesquisa.

**QUADRO 1 – Dados da amostra por ano de publicação, revista, título e categoria dos fatores estressores. Ribeirão Preto – 2011**

ANO	REVISTA	TÍTULO	CATEGORIAS DOS FATORES ESTRESSORES
2002	<i>Revista da Escola de Enfermagem USP</i>	As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital-escola	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gerenciamento da unidade crítica</li> <li>➤ Relacionamento interpessoal</li> <li>➤ Sofrimento e morte de pacientes</li> <li>➤ Procedimento de risco</li> </ul>
2005	<i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>	Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gerenciamento da unidade crítica</li> <li>➤ Relacionamento interpessoal</li> <li>➤ Sofrimento e morte de pacientes</li> <li>➤ Procedimento de risco</li> </ul>
2005	<i>Cogitare Enfermagem</i>	Estresse: vivência profissional de enfermeiras que atuam em UTI Neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gerenciamento da unidade crítica</li> <li>➤ Relacionamento interpessoal</li> <li>➤ Ambiente</li> <li>➤ Remuneração inadequada</li> </ul>
2006	<i>Acta Paul Enfermagem</i>	Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gerenciamento da unidade crítica</li> <li>➤ Procedimento de risco</li> </ul>
2006	<i>Arquivos Catarinenses de Medicina</i>	O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gerenciamento da unidade crítica</li> <li>➤ Relacionamento interpessoal</li> <li>➤ Ambiente</li> </ul>
2008	<i>Revista Latino-americana de Enfermagem</i>	Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gerenciamento da unidade crítica</li> <li>➤ Relacionamento interpessoal</li> <li>➤ Sofrimento e morte de pacientes</li> <li>➤ Procedimento de risco</li> <li>➤ Ambiente</li> <li>➤ Insatisfação com o trabalho</li> <li>➤ Receio de perder o emprego</li> </ul>
2008	<i>Revista da Escola de Enfermagem USP</i>	Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gerenciamento da unidade crítica</li> <li>➤ Relacionamento interpessoal</li> <li>➤ Sofrimento e morte de pacientes</li> <li>➤ Procedimento de risco</li> <li>➤ Insatisfação com o trabalho</li> </ul>
2008	<i>Revista Brasileira de Terapia Intensiva</i>	Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gerenciamento da unidade crítica</li> <li>➤ Relacionamento interpessoal</li> <li>➤ Sofrimento e morte de pacientes</li> <li>➤ Ambiente</li> <li>➤ Tecnologia</li> <li>➤ Despersonalização</li> <li>➤ Insatisfação com o trabalho</li> </ul>
2008	<i>Revista do Instituto de Ciências da Saúde</i>	Estresse: fatores desencadeantes, identificação e avaliação de sinais e sintomas no enfermeiro atuante em UTI neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gerenciamento da unidade crítica</li> <li>➤ Relacionamento interpessoal</li> <li>➤ Sofrimento e morte de pacientes</li> <li>➤ Procedimento de risco</li> <li>➤ Insatisfação com o trabalho</li> </ul>
2008	<i>Ciência Cuidado e Saúde</i>	Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gerenciamento da unidade crítica</li> <li>➤ Sofrimento e morte de pacientes</li> <li>➤ Procedimento de risco</li> <li>➤ Ambiente</li> </ul>
2009	<i>Revista Latino-americana de Enfermagem</i>	O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: Sentimentos de sofrimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gerenciamento da unidade crítica</li> <li>➤ Relacionamento interpessoal</li> <li>➤ Sofrimento e morte de pacientes</li> <li>➤ Tecnologia</li> <li>➤ Insatisfação com o trabalho</li> </ul>
2009	<i>Revista da Escola de Enfermagem USP</i>	O estresse entre enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gerenciamento da unidade crítica</li> <li>➤ Procedimento de risco</li> <li>➤ Falta de experiência</li> </ul>
2011	<i>Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem</i>	Estresse dos enfermeiros atuantes em UTI nas regiões do Brasil	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gerenciamento da unidade crítica</li> <li>➤ Relacionamento interpessoal</li> <li>➤ Sofrimento e morte de pacientes</li> <li>➤ Ambiente</li> </ul>

Fonte: Dados da pesquisa.

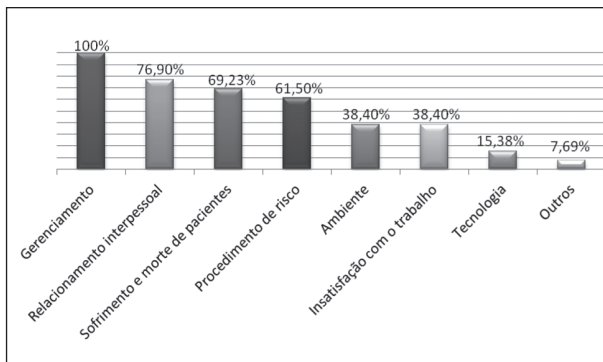
Conforme se pode analisar no QUADRO. 1, os fatores estressores foram subdivididos em oito categorias de acordo com sua semelhança: gerenciamento da unidade crítica; relacionamento interpessoal; sofrimento e morte de pacientes; procedimento de risco; ambiente; insatisfação com o trabalho; tecnologia; e outros.

As revistas científicas das quais mais artigos foram selecionados foram a *Revista da Escola de Enfermagem USP* e a *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, ambas com três artigos científicos cada. As demais revistas, apenas um artigo por revista.

O ano de publicação dos artigos científicos selecionados variou entre 2002 e 2011, com a prevalência de 2008, com cinco artigos selecionados.

### Categorias de fatores estressores para a equipe de enfermagem

O GRÁF.1 demonstra o percentual das categorias dos fatores estressores em unidades de terapia intensiva, citadas no QUADRO 1, de acordo com os artigos científicos pesquisados.



**GRÁFICO 1 – Distribuição das categorias dos fatores estressores em unidades de terapia intensiva. Ribeirão Preto – 2011**

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos 13 artigos analisados, 100% citam o gerenciamento da unidade crítica como a categoria mais estressante para a equipe de enfermagem; a categoria relacionamento interpessoal foi mencionada em 76,9% dos artigos científicos analisados; sofrimento e morte do paciente obtiveram uma média de 69,23%; procedimento de risco é considerado fator estressante em 61,5% dos artigos científicos; insatisfação com o trabalho, em 38,4% dos artigos; ambiente, 38,4%; tecnologia, 15,38%; e a categoria Outros, com apenas um artigo (7,69%).

### Gerenciamento da unidade crítica

Conforme se pode analisar no GRÁF. 1, o gerenciamento da unidade crítica é tido como a principal categoria geradora de estresse para a equipe de enfermagem. Nessa categoria, identifica-se a sobrecarga de trabalho como fator altamente estressante. O trabalho realizado na UTI exige da equipe de enfermagem um ritmo

acelerado e intenso de atividades. A jornada diária de seis horas e o piso salarial da categoria facilita o acúmulo de empregos, sobrecarregando os profissionais de saúde. O número reduzido de funcionários e de material, a sobrecarga de tarefas, a pouca experiência profissional, os muitos dias de trabalho sem folga e a falta de assiduidade e pontualidade dos profissionais exigem que realizem inúmeras tarefas que deveriam ser divididas com outros membros da equipe. Isso implica o aumento das exigências físicas e emocionais, o que pode gerar o estresse físico e/ou mental e influenciar na qualidade do cuidado.<sup>16-27</sup>

O profissional que realiza o plantão noturno dificilmente repõe o sono, pois não consegue dormir bem durante o dia, causando-lhe problemas de saúde.<sup>16</sup>

A falta de tempo para pausas faz com que o profissional realize sua refeição rapidamente, e o trabalho de doze horas seguidas e sem pausa é desgastante. Seriam necessárias pausas mais frequentes para diminuir o desgaste físico e emocional, pois eles trabalham em pé, em ritmo acelerado e sob tensão constante.<sup>16</sup>

Os profissionais de enfermagem informam que não há espaço para participar do planejamento das atividades da unidade, pois este é realizado pelos enfermeiros e pela chefia. Com isso, eles perdem a “visão do todo” da unidade.<sup>16</sup>

A falta de recursos materiais e de equipamentos impede que as atividades sejam realizadas com eficiência, tornando as condições de trabalho precárias. Os profissionais necessitam improvisar, e o processo de cuidar torna-se frustrante dadas as dificuldades encontradas nas condições de trabalho. Diante desse problema, os profissionais tentam fazer o melhor que podem, porém isso implica a perda de tempo, que poderia ser destinado à assistência, resultando em prejuízo para a qualidade do cuidar. Surge, então, irritação e cansaço do profissional.<sup>16-18,21,28</sup>

A elaboração da escala mensal é citada pelos profissionais enfermeiros como gerador de estresse, pois é bastante complicada no que diz respeito à sua distribuição, principalmente em meses que possuem feriados ou datas comemorativas. Além disso, há a preocupação em conciliar a escala com a de outras instituições, uma vez que alguns profissionais de enfermagem possuem mais de um emprego.<sup>18</sup>

A UTI necessita de serviços de apoio para seu pleno funcionamento, ou seja, laboratório clínico, radiologia, farmácia, manutenção de equipamentos, dentre outros. Tais serviços devem funcionar adequadamente para que o setor produza sua operação com rapidez e segurança. A não eficácia em qualquer um desses serviços pode gerar sentimentos de irritação, angústia, frustração e desânimo para a equipe.<sup>28</sup>

O trabalho na UTI é complexo, e para que a assistência seja adequada e qualificada torna-se necessária a base em alguns critérios, tais como: características da instituição, quantidade e qualidade dos equipamentos, planta física, número de leitos e qualificação pessoal.

Boas condições de trabalho devem ser oferecidas para que a equipe possa desempenhar suas atividades sem sobrecarga ou falta de materiais, evitando a exaustão e o estresse.<sup>28</sup>

### **Relacionamento interpessoal**

Na categoria relacionamento interpessoal, o relacionamento com familiares do paciente é fator altamente estressante, pois os profissionais de enfermagem também são responsáveis pelo cuidado aos familiares dos pacientes. Alguns familiares demonstram sentimentos de gratidão e respeito pelos profissionais por causa dos cuidados prestados ao paciente, gerando sentimentos de satisfação.<sup>16-28</sup> Muitas vezes, porém, os familiares projetam os sentimentos de tristeza e angústia nos trabalhadores de enfermagem, ocorrendo aproximação e envolvimento entre eles. O enfermeiro se identifica com os familiares, tendo um sentimento de compaixão, e sente-se incapaz por sua limitação pessoal, ou pelo fato de nada mais poder fazer pela situação, vivenciando sentimentos de sofrimento.<sup>25</sup> São questionados sobre o quadro clínico dos parentes, o que costuma causar ansiedade, pois a equipe não sabe ao certo o diagnóstico e o prognóstico dos pacientes nem está autorizada a falar sobre tal questão. Dessa forma, fica evidente que a tarefa de cuidar dos familiares se torna uma sobrecarga psíquica.<sup>16-18,20-23,25,27,28</sup>

O enfermeiro, em seu dia a dia, tem de respeitar e entender as diversas formas de sentimentos e comportamentos humanos. Portanto, é necessário aprender a lidar com tais situações, para prestar os cuidados necessários aos pacientes e familiares de forma eficiente, evitando o desgaste emocional.<sup>18</sup>

O relacionamento entre os membros da equipe também é ressaltado, interferindo na assistência e na satisfação do trabalho. A falta de comunicação, a utilização de mecanismos de defesas inadequados, a falta de paciência e de cooperação em equipe geram estresse nos profissionais. A qualidade dos cuidados não está somente relacionada às técnicas, mas também ao bem-estar psicológico da equipe.<sup>16-18,20-23,25,27,28</sup>

O difícil trabalho em equipe interfere na qualidade da assistência ao paciente e sobrecarrega os demais profissionais.<sup>16-18,20-23,25,27,28</sup>

É necessário motivar a equipe para que ela seja unida, harmoniosa e comprometida com a assistência, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do paciente, da família e da própria equipe.<sup>17</sup>

### **Sofrimento e morte do paciente**

A morte de pacientes é uma das situações mais difíceis de ser vivenciada pela equipe de enfermagem. Os profissionais de enfermagem, geralmente, ao vivenciarem o processo de morte dos pacientes, sentem-se como de estivessem prevenido a própria morte. Ela provoca o medo de que a mesma situação possa acontecer com seus familiares, ou revivem a lembrança de perdas de entes queridos na vida.<sup>16</sup>

Vivenciar o sofrimento dos pacientes aflora sentimentos de compaixão, e esse vínculo com o paciente causa imenso desgaste, pois assimilam o sofrimento deles. Esses profissionais dificilmente deixam de pensar nos pacientes, mesmo fora do trabalho, acarretando problemas em sua vida pessoal.<sup>16,17</sup>

A morte representa a impotência, o sofrimento e a perda. Quando algum paciente morre, a equipe se sente impotente e fracassada. Não há tempo para a vivência desse luto, dada a demanda de cuidados ser intensa. Assim, para suportarem a dor, o sofrimento, a morte e o luto não elaborado, os profissionais utilizam vários mecanismos de defesa. Embora esses mecanismos ajudem, não são totalmente eficazes e, conseqüentemente, eles levam para casa grande carga de sofrimento, visto que não há tempo nem espaço na instituição para a assimilá-los.<sup>16,17,20-25,27</sup>

Dessa forma, torna-se necessário que haja um espaço para falar sobre a morte, pois esse processo é inerente aos profissionais de saúde.<sup>17</sup>

### **Procedimento de risco**

Os enfermeiros executam atividades complexas que envolvem riscos aos pacientes, além de serem responsáveis por toda a equipe de enfermagem. Nesse contexto, existe alto nível de responsabilidade, o que os leva a ter o controle absoluto sobre o trabalho, exigindo de si mesmos atitudes sobre-humanas. Em decorrência do medo de causar erro, tendem a obter excessivamente o controle sobre o trabalho. Para evitarem a perda do controle, os sentimentos de culpa e a punição afloram, e experimentam o temor como consequência de uma atitude negligente.<sup>19</sup>

A maior parte dos profissionais da equipe de enfermagem sente prazer em cuidar de pacientes graves, mas vivencia angústias por ter de realizar procedimentos complexos. Além disso, eles manipulam equipamentos, medicamentos e procuram realizar todas as tarefas com iniciativa, agilidade e livre de qualquer erro, para não resultar na morte do paciente.<sup>16,17,19,20-26</sup>

A manipulação de medicamentos expõe a equipe de enfermagem ao risco de absorção das drogas pela pele e mucosas, por respingos acidentais na pele; nos olhos, inalação através de aerossol e ingestão acidental. São as principais vítimas da exposição a riscos biológicos, pelo fato de estarem em contato direto e constante com ocupações de alto risco e pela falta de prevenção e controle desses riscos.<sup>24</sup>

### **Insatisfação com o trabalho**

Uma das causas de estresse está relacionada à insatisfação com o trabalho, levando à despersonalização e à exaustão emocional, em razão de fatores do trabalho, do ambiente, do relacionamento com a equipe, da pressão da coordenação, dos conflitos com a vida pessoal e profissional. Assim, o local de trabalho é tido como ameaça ao profissional, repercutindo na sua vida pessoal

e profissional, provocando demandas emocionais maiores do que pode suportar.<sup>20-23,25</sup>

Se o enfermeiro, preparado com diversos cursos, não obtiver o reconhecimento esperado e as atividades desempenhadas estiverem abaixo de seu preparo educacional, pode ocorrer uma insatisfação com o trabalho executado.<sup>21</sup>

O fato de não ser reconhecido pelo esforço realizado também é visto como incompreensão pelo profissional. O reconhecimento é a valorização do seu esforço, possibilitando-lhe a vivência do prazer e da realização pessoal.<sup>25</sup>

A insatisfação com o trabalho constitui um quadro favorável ao estresse, uma vez que ocasiona esgotamento e prostração, acarretando índices elevados de absenteísmo em razão da doença física e emocional.<sup>20</sup>

A discussão sobre as condições de vida e do aspecto profissional deve ser realizada, pois esses dois aspectos devem caminhar concomitantemente para que o ser humano se sinta realizado e possa executar suas tarefas com satisfação e tranquilidade.<sup>18</sup>

### **Ambiente**

Os fatores ambientais da UTI podem contribuir para a evolução dos sintomas de estresse e influenciar o trabalho dos profissionais de forma negativa. A iluminação artificial, o ruído, a temperatura, o ambiente fechado e a planta física são alguns desses fatores.<sup>18,20,22,24,27,28</sup>

A iluminação deve seguir alguns requisitos, de modo a evitar a fadiga ocular, e para isso é necessário que ela seja bem distribuída, suficiente e sua intensidade constante.<sup>18</sup>

Os ruídos provenientes dos monitores, respiradores e bombas de infusão são importantes e necessários para chamar a atenção dos profissionais, pois, quando os alarmes disparam, algum problema pode estar ocorrendo com o paciente. Contudo, geram irritação e dificuldade de entendimento entre os profissionais, que muitas vezes necessitam aumentar o tom da voz para que haja melhor comunicação entre eles. A incompreensão das palavras pronunciadas pode influenciar na ocorrência de erros humanos, acarretando riscos ou mesmo danos à saúde dos pacientes.<sup>24</sup> Esses ruídos podem também acometer o sono e o descanso dos profissionais, pois alegam ter a sensação de ouvir os alarmes durante a noite, apresentando episódios de insônia e sonhos relacionados ao ambiente de trabalho.<sup>18,24</sup> Os ruídos não diminuem o desempenho profissional, porém a exposição a níveis elevados e por longos períodos pode acarretar em comprometimentos auditivos, mentais e sociais no indivíduo.<sup>18,24</sup>

Outro fator relacionado ao ambiente é a temperatura, que, se for inadequada, interfere na produtividade do profissional, podendo até mesmo gerar irritação.<sup>18</sup>

### **Tecnologia**

O avanço tecnológico e científico torna frequente a introdução de variados tipos de equipamentos

sofisticados e complexos nas UTIs. Faz com que os profissionais de enfermagem enfrentem as mudanças impostas pela inovação, o que exige atualização constante da equipe para lidar com os equipamentos.<sup>22</sup>

Não há como prever situações comuns no cotidiano ocasionadas por problemas inesperados, como panes, incidentes, mau funcionamento, imprevistos provenientes de materiais, de instrumentos, das máquinas, e os enfermeiros sofrem e sentem medo de que os equipamentos existentes não supram as necessidades dos pacientes.<sup>25</sup>

### **Outros fatores**

Nos dias atuais, os profissionais de saúde possuem muitas obrigações e menos tempo para o cuidado próprio, pois a remuneração inadequada faz com que busquem outros empregos para que obtenham um salário satisfatório. Com essa falta de tempo, a qualidade de vida fica comprometida. Ingerem o alimento muito rapidamente, dormem pouco, relacionam-se menos com outras pessoas, o que acarreta desgaste físico e emocional, gerando insatisfação pessoal e despersonalização.<sup>18,22</sup>

Dada a atual condição de globalização, a competitividade de mercado desencadeia o desemprego, a rotatividade da força de trabalho, o aumento da terceirização e do trabalho informal. Nessas condições, o profissional tem receio de perder o emprego, o que lhe gera alto nível de estresse pela falta de estabilidade no trabalho.<sup>20,24</sup>

Em relação à falta de experiência profissional, pode-se afirmar que os profissionais com maior tempo de formação são mais seguros de suas ações e controlam situações críticas com mais facilidade e desenvoltura. Já a pouca experiência gera nos profissionais, com maior frequência, insegurança e dificuldade de desenvoltura nas ações praticadas.<sup>26</sup>

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O trabalho na UTI é complexo, e para que a assistência seja eficiente precisa-se de um gerenciamento eficaz. A fim de que o trabalho possa ser realizado com eficiência e qualidade, alguns recursos se tornam necessários: planta física adequada, recursos materiais e humanos, profissionais qualificados, dentre outros. Porém, inúmeros problemas são detectados pela falta desses recursos essenciais, pois geralmente não respondem com eficiência à necessidade real da assistência ao paciente ou a instituição não viabiliza os recursos necessários.

Nesse cenário, cabe ao enfermeiro encontrar maneiras de driblar os problemas e tentar prestar a assistência da melhor forma possível, porém esses contratemplos ocorridos geram imenso estresse para a equipe de enfermagem.

Dentre os fatores geradores de estresse para o profissional da UTI, os principais detectados foram: sofrimento e morte

de pacientes; sobrecarga de trabalho; falta de recursos humanos e materiais; procedimentos de alto risco; falta de assiduidade e pontualidade dos funcionários; acúmulo de empregos; relacionamento interpessoal; ruído excessivo; complexidade das ações; Insatisfação com o trabalho e remuneração inadequada.

Como exposto neste estudo, pôde-se analisar que o estresse está presente no cotidiano dos trabalhadores de enfermagem que atuam na UTI, podendo desencadear problemas físicos e psíquicos. Os fatores estressores descritos neste estudo foram evidenciados e devem ser analisados e amenizados para que a equipe de

enfermagem possa exercer seu trabalho com eficiência, prazer e dignidade, contribuindo, dessa forma, para a diminuição de doenças provenientes do estresse. A síndrome de Burnout é um exemplo do mal causado pelo estresse constante vivido pelos profissionais de saúde.

O desenvolvimento de futuros estudos para a enfermagem utilizando esses agentes estressores como fonte e a elaboração de maneiras para diminuir o estresse para os profissionais atuantes em unidades de terapia intensiva podem contribuir para a diminuição do sofrimento da equipe de enfermagem e colaborar para um atendimento mais seguro e confortável ao paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Flemming L, Qualharini E. Intervenções em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI): a terminologia apropriada. In: Workshop brasileiro de gestão do processo de projetos na construção de edifícios. Anais. Curitiba; 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SVS nº 466. Promulgada em 04 de junho de 1998. Brasília: MS; 1998.
3. Gallo BM, Hudak CM. Cuidados intensivos de enfermagem - uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
4. Cheregatti AL, Amorim CP. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. São Paulo: Martinari; 2010.
5. Oliveira ECN. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicol Cienc Prof*. 2002; 22:30-41.
6. Miranda EJP, Stancato K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008; 20:68-76.
7. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13:145-50.
8. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 10:137-44.
9. Barilari APS, Bordallo FR. Erros na medicação e o cliente da terapia intensiva. *Rev Cient Hce*. 2006; 2:28-31.
10. Camargo MNV, Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidades de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enf*. 2003; 16:69-76.
11. Bitencourt AG, Neves FBCS, Dantas MP, et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007; 19:53-9.
12. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleao AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a Enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13:255-61.
13. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Trad. Figueiredo JEF. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
14. Raupp FM, Beuren IM. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. São Paulo: Atlas; 2003. 80-1.
15. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia do trabalho científico. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1992.
16. Shimizu HE, Ciampone MHT. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em unidade de terapia intensiva em um hospital-escola. *Rev Esc Enferm Usp*. 2002; 36(2): 148-55.
17. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(2): 145-50.
18. Santini AM, Costenaro RGS, Medeiros HMF, Zaberlan C. Estresse: vivência profissional de enfermeiras que atuam em UTI neonatal. *Cogitare Enferm*. 2005; 10(3):14-22.
19. Ferrareze MVG, Ferreira V, Carvalho AMP. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(3): 310-5.
20. Cavalheiro AM, Moura JDF, Lopes AC. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm*. 2008; 16(1): 29-35.
21. Guerrer FJL, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42 (2): 355-62.
22. Fogaca MC, Carvalho WB, Citero VA, Nogueira MLA. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008; 20(3): 261-6.
23. Anjos DR, Silva EA, Falqueiro HJA, et al. Estresse: fatores desencadeantes, identificação e avaliação de sinais e sintomas no enfermeiro atuante em UTI neonatal. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2008; 26(4): 426-31.
24. Leitão IMTA, Fernandes AL, Ramos IC. Saúde ocupacional: analisando os riscos relacionados à equipe de enfermagem numa unidade de terapia intensiva. *Cienc Cuid Saude* 2008; 7(4): 476-84.
25. Martins JT, Robazzi MLCC. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. *Rev Latinoam Enferm*. 2009; 17(1):52-8.
26. Preto VA, Pedrao LJ. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43 (4): 841-8.
27. Lopes GFJ, Ferraz BER. Estresse dos enfermeiros atuantes em UTI nas regiões do Brasil. *Rev Eletrônica Trim Enf*. 2011; 22. [Citado em: 2011 ago. 15]. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/download/121791/114441>>.
28. Coronetti A, Nascimento ERP, Barra DCC, Martins JJ. Estresse da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: o enfermeiro como mediador. *ACM Arq Catarin Med*. 2006; 35(4):36-43.

Data de submissão: 17/11/2011

Data de Aprovação: 15/3/2012



## EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL CRÍTICA: REFLEXÕES PARA INTERVENÇÕES EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CONSIDERATIONS FOR A CRITICAL FOOD AND NUTRITION INTERVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE

EDUCACIÓN ALIMENTARIO NUTRICIONAL CRÍTICA: CONSIDERACIONES PARA INTERVENCIONES ALIMENTARIO NUTRICIONALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Ana Paula Abreu Magalhães<sup>1</sup>  
Kéziah da Cunha Martins<sup>1</sup>  
Teresa Gontijo de Castro<sup>2</sup>

### RESUMO

Neste artigo, foram traçados aspectos conceituais relevantes abarcados pela educação alimentar e nutricional crítica e, com base neles, apresentados direcionamentos teóricos para apoio às intervenções em alimentação e nutrição voltadas para grupos específicos da atenção primária à saúde. Desafios encontrados pelo nutricionista diante da promoção de práticas alimentares saudáveis nesse nível de atenção à saúde também foram expostos. Realizou-se revisão bibliográfica crítica mediante seleção direcionada de referências, com o propósito de apresentar conceitos que compõem o panorama atual da educação alimentar nutricional crítica, sem a pretensão de esgotamento do tema. Evidenciou-se a importância da atuação do nutricionista como educador e de forma mais abrangente em todas as etapas das intervenções alimentares e nutricionais, cujo trabalho deve ser fundamentado em teorias pedagógicas norteadoras da educação alimentar e nutricional crítica, que agregam, dentre outros, conceitos da educação em saúde, do aconselhamento dietético, da psicologia grupal, da antropologia da alimentação e da segurança alimentar e nutricional. Dentre os desafios do profissional, destaca-se a fragilidade de sua formação em capacitações pedagógicas analíticas, dinâmicas, criativas e conscientes, além da ausência de uma base teórica consolidada que respalde as ações do nutricionista no contexto.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde; Educação Alimentar e Nutricional; Nutrição; Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

This article aimed to delineate relevant conceptual aspects encompassed by a critical food and nutritional education. On this basis, it aims to provide a theoretical background to support food and nutrition interventions addressed to specific groups in primary health care. The study also reveals the challenges faced by the nutritionists when promoting healthy eating habits in PHC, as well as the nutritionist's role as an educator in all phases of food and nutrition interventions. Their actions should be based on pedagogical theories including health education concepts, dietary counselling, social psychology, food anthropology, and food and nutritional security. Among the challenges, the study pointed out the limitations of the professionals' training on an analytical, dynamic, creative, and critical pedagogy and the absence of a consolidated theoretical basis that would support the nutritionist's actions.

**Key words:** Health Education; Food and Nutrition Education; Nutrition; Primary Health Care.

### RESUMEN

Este artículo busca trazar aspectos conceptuales de la educación alimentario nutricional crítica y, en base a dichos aspectos, presentar propuestas para realizar intervenciones en la alimentación y nutrición de grupos específicos de pacientes de atención primaria. Se exponen también los retos enfrentados por el nutricionista al promover prácticas alimentarias saludables. Se realiza una revisión bibliográfica crítica de referencias seleccionadas con miras a presentar conceptos actuales de la educación alimentario nutricional crítica, sin la pretensión de dar el tema por terminado. Se realza la importancia de la actuación del nutricionista como educador en todas las etapas de las intervenciones. Su labor debe basarse en teorías pedagógicas de la educación alimentario nutricional crítica que incluye, entre otros, conceptos de educación en salud, consejos dietéticos, de psicología grupal, de antropología de la alimentación y de seguridad alimentario nutricional. Entre los desafíos del profesional se destaca la fragilidad de su capacitación pedagógica analítica, dinámica, creativa y consciente, mas allá de la falta de una base teórica concreta que respalde las acciones del nutricionista en este contexto.

**Palabras clave:** Educación en Salud; Educación Alimentario Nutricional; Nutrición; Atención Primaria de Salud.

<sup>1</sup> Nutricionista. Bacharel, graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG).

<sup>2</sup> Nutricionista doutora. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EE/UFMG.

Endereço para correspondência – Avenida Alfredo Balena, 190. Campus Saúde – Escola de Enfermagem da UFMG, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG.  
CEP: 30130-100.E-mail: tgontijo108@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, mudanças nas dinâmicas demográficas e epidemiológicas, aliadas àquelas advindas de outros fatores, como a urbanização acelerada, a evolução dos meios diagnósticos, as mudanças culturais e alterações nos padrões alimentar e de atividade física, refletem hoje em cenário de morbimortalidade, caracterizado por exorbitantes prevalências e crescimento das doenças e agravos não transmissíveis (DANTs).<sup>1-4</sup>

No entanto, no polo oposto, o Brasil ainda convive com problemas carenciais importantes. Mesmo que a desnutrição infantil pregressa se encontre em franco declínio, esse agravo ainda é preocupante, afetando 7% dos menores de 5 anos.<sup>5</sup> São também observadas importantes prevalências de hipovitaminose A, que afetam 17,4% dos menores de 5 anos e 12,3% das mulheres em idade reprodutiva, e de anemia, atingindo 20,9% das crianças e 29,4% das mulheres.<sup>5</sup>

Documento lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004, resultante da 57ª Assembleia Mundial de Saúde, apontou a alimentação não saudável e o sedentarismo como importantes determinantes modificáveis do aumento considerável das DANTs no mundo,<sup>6</sup> tendo sido observadas evidências convincentes da relação entre dieta e doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e determinados tipos de câncer.<sup>7</sup>

Pelo exposto, fica evidenciada a necessidade de intervenções voltadas para a promoção da saúde, especificamente aquelas destinadas à promoção de hábitos alimentares saudáveis, visto que os processos fisiopatológicos dos agravos sempre se relacionam a algum componente nutricional.<sup>8</sup> Nesse sentido, estratégias adequadas e programas de educação alimentar e nutricional são fundamentais para o enfrentamento do padrão atual de adoecimento da população.<sup>9</sup>

A promoção da saúde visa à capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo.<sup>10</sup> Essa perspectiva foi estabelecida na *Carta de Ottawa*, documento resultante da primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986, que aponta cinco áreas de ações prioritárias: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço à ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.<sup>10</sup> Esse foi o contexto teórico que orientou a Lei nº 8.080, de 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e que traz, em seu artigo 3º, a definição dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, dentre os quais a alimentação.<sup>11</sup>

O processo de trabalho na atenção primária à saúde do SUS prevê o desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, de forma a ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida e desenvolver ações focalizadas para grupos de risco e fatores de risco, quer por meio

do componente comportamental, quer ambiental e/ou alimentar. Nesse sentido, a reorganização desse nível de atenção tem-se pautado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em caráter substitutivo da rede de atenção básica tradicional.<sup>12</sup>

Na perspectiva de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária à saúde, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), estabelecidos por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.<sup>13</sup> Na listagem dos profissionais que podem compor os NASFs estão incluídos os nutricionistas, responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição.

De fato, nesse contexto, a atuação do nutricionista para a promoção de práticas alimentares saudáveis baseia-se em prover intervenções voltadas para mudanças de hábitos alimentares indesejáveis ou deletérios, seja por meio da assistência nutricional individual, seja por meio de atividades voltadas para grupos específicos. Na condução de atividades em grupos, surgem reflexões importantes, advindas do desafio das dinâmicas grupais, resultantes do processo de interação entre educandos-educadores e educandos-educandos. Foi com base nesse desafio de trabalhos grupais, amplamente reclamado por nutricionistas, que foi iniciada uma revisão teórica que pudesse apoiar o profissional em suas ações de educação alimentar e nutricional na atenção primária à saúde.

Para contemplar esta proposta, neste artigo foram traçados aspectos conceituais relevantes abarcados pela educação alimentar e nutricional crítica e apresentados direcionamentos teóricos para apoio às intervenções em alimentação e nutrição, com base na educação alimentar e nutricional crítica, voltada para grupos específicos da atenção primária à saúde. Foram expostos, também, alguns desafios encontrados pelo nutricionista diante da promoção de práticas alimentares saudáveis nesse nível de atenção à saúde.

## METODOLOGIA

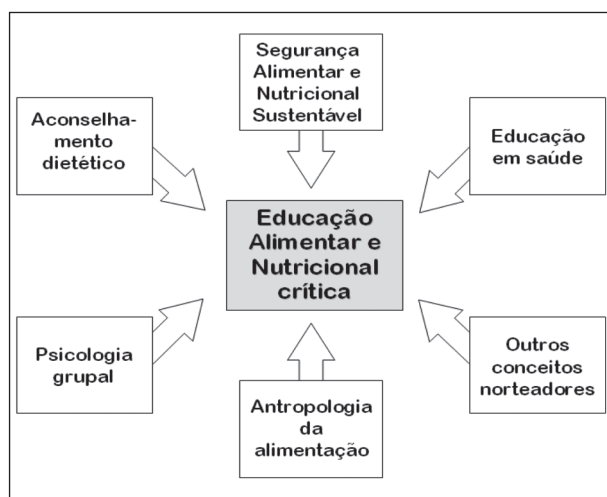
A revisão bibliográfica crítica foi realizada por meio de seleção direcionada de referências pelas autoras, com o propósito de apresentar os conceitos que compõem o panorama atual da educação alimentar nutricional (EAN) crítica, sem a pretensão de esgotamento do tema, considerado aqui como em fase de construção e remodelação de sua base teórica no país. Para esse primeiro propósito, foram selecionados artigos do Scientific Electronic Library Online (SciELO), publicados a partir da década de 1990, utilizando-se as expressões “educação nutricional” e “educação alimentar e nutricional”. Ademais, foram selecionados, na internet, outras publicações disponíveis da autora Maria Cristina Boog, considerada pioneira em reflexões e proposições para a educação alimentar e nutricional crítica na Brasil, além de utilizadas outras referências bibliográficas que poderiam suportar a proposta reunida e trazida neste artigo.

## EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL CRÍTICA: ASPECTOS CONCEITUAIS RELEVANTES

Para dar início à proposta neste trabalho, é necessário apresentar o referencial dos conceitos a serem elucidados, ou seja, a definição da *educação alimentar e nutricional crítica*, definida por Boog<sup>14;18</sup> como

um conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar, crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando ao acesso econômico e social a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social.

A FIG. 1 ilustra alguns conceitos que moldam a perspectiva da educação alimentar e nutricional crítica atual, como os advindos da educação em saúde, do aconselhamento dietético, da psicologia grupal, da antropologia da alimentação e da segurança alimentar e nutricional sustentável. Ressalte-se que essa construção teórica não se esgota com esta reflexão, existindo outros conceitos que norteiam ou que poderão vir a nortear a EAN. Compreende-se que essa construção é moldada constantemente pela prática e pelo avanço que a sociedade alcança com o passar dos anos.



**FIGURA 1 – Conceitos moldadores da perspectiva da educação alimentar e nutricional crítica.**

Fonte: As autoras.

A promoção de hábitos alimentares saudáveis pautada no trabalho de *educação em saúde* exige que o nutricionista tenha papel atuante de educador, sendo agente e propiciador de mudanças.<sup>8;15</sup> Por isso, se a perspectiva é educar, não se pode ter como única expectativa que as populações mudem algumas práticas do seu cotidiano, a fim de que os indicadores de saúde se tornem menos sofríveis. Uma abordagem que apenas instrui sobre como proceder, reduzindo o fenômeno da alimentação quanto ao que comer, ao que comprar e

como preparar, pode tornar-se ineficaz, uma vez que leva o educando a proceder mecanicamente segundo o pensar do educador, destituindo o seu comer dos significados a ele inerentes.<sup>16</sup> Como referem Ferreira e Magalhães,<sup>17</sup> essa educação diz respeito a um processo de aprendizagem, e não de adestramento, de educar no sentido do amplo desenvolvimento da pessoa. Vale ressaltar o que Freire<sup>18</sup> colocou como um dos saberes indispensáveis à prática educativa: ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua produção ou construção. Nesse sentido, a educação alimentar e nutricional pode se tornar efetivamente útil para os indivíduos quando possibilita o despertar da consciência crítica e da autonomia para agir e criar conceitos em relação às práticas alimentares.<sup>18;19</sup> A autonomia, segundo Freire,<sup>18</sup> vai se constituindo na experiência de inúmeras decisões que vão sendo tomadas em sua existência e representa o processo de amadurecimento do ser. Assim, a pedagogia da autonomia deve fundamentar-se em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, de forma respeitosa à liberdade. Para a realização de práticas educativas em nutrição, é fundamental o embasamento teórico, porém, como L'Abbate<sup>20</sup> considera, para ser educador, no desenvolvimento de atividades do cotidiano, não é preciso tornar-se especialista em teorias da educação, em teorias pedagógicas ou em teorias da comunicação, mas, sim, entender a existência da relação entre educação e sociedade, e que toda teoria educativa possui uma ideologia.

Outro conceito da EAN crítica é a do *aconselhamento dietético*, que, segundo Rodrigues e Boog,<sup>21</sup> representa uma abordagem efetuada pelo diálogo entre o cliente, portador de uma história de vida e que procura ajuda para solucionar problemas de alimentação, e o nutricionista, preparado para analisar o problema alimentar em seu contexto biopsicossociocultural. De fato, quando o nutricionista propõe questões ligadas aos problemas alimentares sem se ater a respostas prontas, cria condições de vivenciar juntamente com o cliente estratégias de mudanças em seu comportamento alimentar. Isso porque a educação alimentar e nutricional não se dá somente pelo seu conteúdo e pela sua abordagem de ensino, mas também pela capacidade técnico-científica do profissional e sua habilidade em lidar com pessoas.<sup>19</sup>

Nesse propósito, a atuação do nutricionista nos grupos de educação em saúde requer a compreensão e a utilização de alguns constructos da *psicologia grupal*. De acordo com Zimmerman,<sup>22</sup> a essência dos fenômenos grupais é a mesma em qualquer tipo de grupo, e o que determina as diferenças entre os distintos grupos é a finalidade para a qual eles foram criados e compostos. Nos estabelecimentos de atenção primária à saúde, tem-se tornado rotina a constituição de grupos operativos para o enfrentamento de problemas e construção de soluções.<sup>23</sup> Os grupos operativos, de acordo com Pichón-Riviére,<sup>24</sup> definem-se como um conjunto de pessoas com objetivos em comum. Em todo grupo encontra-se presente o campo grupal dinâmico, que é a estrutura que vai além da simples soma de seus componentes. Fazem parte dele as necessidades, os desejos, as demandas, a inveja e os ideais,

assim como ansiedades individuais dos integrantes, o que estimula mecanismos defensivos de negação, dissociação, projeção, idealização e repressão. Por isso, nessa esfera, assume importância a comunicação adequada, tanto a verbal como a não verbalizada.<sup>22</sup> Dias e Castro<sup>23</sup> afirmam que os grupos voltados para a promoção da saúde podem ser pensados como estratégias ou espaços de escuta das necessidades das pessoas. Mediante a identificação dos problemas, soluções podem ser buscadas juntamente com os profissionais, de forma que a informação circule da experiência técnica à vivência prática das pessoas que adoecem. Na organização de um grupo operativo, deve haver clareza do que se pretende e como este será operacionalizado, para evitar que o grupo discorra em clima de confusão, incertezas e mal-entendidos.<sup>22</sup> Nesse sentido, a periodicidade e o número de encontros devem variar de acordo com os objetivos propostos.<sup>23</sup>

Cabe salientar, ainda, que ao coordenador de um grupo, além dos conhecimentos técnicos, habilidades, treino e supervisão, as atitudes são indispensáveis. Estas são decorrentes de atributos e funções como: gostar e acreditar em grupos, ser continente, ter empatia, saber comunicar adequadamente, ser verdadeiro, ter senso de humor, capacidade de integração e síntese e respeito aos saberes dos educandos, sendo todos esses aspectos pautados pela ética.<sup>18-20,22</sup> Aos educandos, cabe a compreensão de que aprender em grupo não significa obter apenas o conhecimento formal, mas ter uma atitude mental aberta, investigatória e científica, em que aprender se torna uma nova leitura da realidade e uma apropriação ativa desta no cotidiano. Essa aprendizagem mobiliza mudanças, e o integrante deixa de ser espectador e passa a ser o sujeito da reconstrução do saber, que, ao fazer, vai aprendendo, deixando de ser aquele que recebe passivamente as informações.<sup>17,18,20,23</sup>

A EAN crítica agrega, também, aspectos da *antropologia da alimentação*, na qual o alimentar é aludido em meio à sua complexidade.<sup>21,25,26</sup> Nesse âmbito de conhecimento, a alimentação está embebida dos mais diversos significados, desde o cultural até experiências pessoais. Isso significa que, nas práticas alimentares, que vão, desde os procedimentos relacionados à preparação do alimento, até seu consumo propriamente dito, há a subjetividade veiculada pela condição social, religião, memória familiar, época, valores da sociedade e identidade cultural. Em si, a identidade cultural não se restringe às raízes históricas, mas inclui, também, os hábitos cotidianos, sendo que a formação de preferências alimentares constitui elemento sociocultural.<sup>27,28</sup> Morin<sup>29</sup> aponta que as atividades biológicas mais primárias, como comer, beber e defecar, são influenciadas por aspectos culturais, como normas, interdições, valores, símbolos, mitos e ritos. Isso porque o ser humano e a sociedade são multidimensionais: o ser humano é, ao mesmo tempo, biológico, psíquico, social, afetivo e racional, e a sociedade comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica e religiosa.<sup>30</sup>

Ressalte-se que as ações de educação alimentar e nutricional crítica devem buscar o direito humano à alimentação adequada, o qual, de acordo com a Lei nº 11.346, de

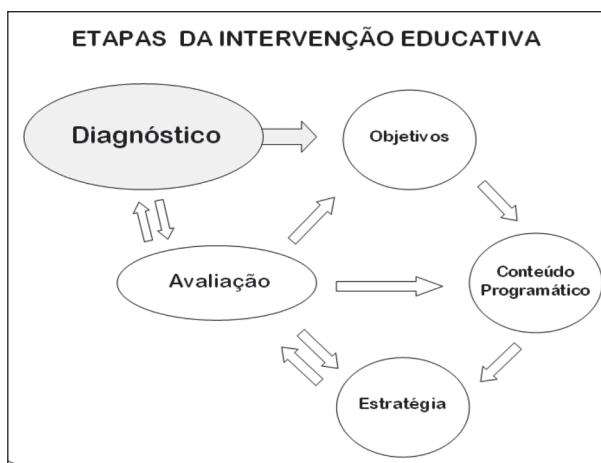
15 de setembro de 2006,<sup>31</sup> é apresentado como direito fundamental, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, os quais devem ser garantidos por meio de políticas, programas e ações de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (SANS), definidas, durante a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional realizada em Olinda, em 2004,<sup>31</sup> como

a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural, e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis.

Dessa forma, as intervenções educativas em alimentação e nutrição devem estar pautadas pelos princípios da SANS, considerando sua natureza multifacetada.<sup>32,33</sup> Isso implica promover a articulação de ações intersetoriais entre política econômica, emprego e renda; políticas de produção agroalimentar, comercialização, distribuição, acesso e consumo de alimentos; ações emergenciais contra a fome; ações de controle da qualidade dos alimentos; diagnóstico e monitoramento do estado nutricional e de saúde de populações; estímulo a práticas alimentares saudáveis; além da valorização das culturas locais e regionais.<sup>34</sup>

## DIRECIONAMENTOS TEÓRICOS PARA AS INTERVENÇÕES EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Munidos de alguns referenciais teóricos que deveriam permear as atividades educativas do nutricionista na atenção primária, refletiu-se sobre as etapas de uma intervenção em alimentação e nutrição voltada para grupos, detalhada na FIG. 2. A proposta das mudanças comportamentais intencionada nas intervenções deve ser feita mediante a problematização e deve compreender a participação dos educandos em todas as etapas, desde o diagnóstico até a avaliação final.<sup>18,21,35</sup>



**FIGURA 2 – Etapas de uma intervenção educativa em alimentação e nutrição**

Fonte: As autoras.

## Diagnóstico

O diagnóstico ou avaliação inicial do grupo com o qual será realizada a intervenção deve ser o ponto de partida de toda ação educativa, uma vez que ele norteará a definição dos objetivos, as prioridades na intervenção, além de subsidiar sua avaliação. Isso porque o diagnóstico possibilita a identificação do problema e de suas possíveis causas, a formulação de hipóteses, o levantamento dos recursos institucionais, financeiros, humanos e materiais disponíveis.<sup>26</sup> A população deve ser caracterizada, dentre outras variáveis, por: sexo; idade; renda; nível de escolaridade; consumo alimentar, estado nutricional e seus condicionantes; além dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas à alimentação e ao comer das populações.<sup>15,16</sup> Morin<sup>30</sup> ressalta que o conhecimento de informações ou dados isolados é insuficiente, sendo preciso situá-los em seu contexto para que adquiram sentido.

A análise conjunta da situação apresentada permitirá avaliar se a mudança pretendida é viável e quais os aspectos cognitivos, afetivos e situacionais dos comportamentos devem ser trabalhados. O componente cognitivo se refere a conhecimentos científicos e crenças, mitos e tabus relativos ao assunto, sendo estes últimos, por sua vez, atrelados à identidade cultural dos grupos.<sup>26</sup> O componente afetivo trata de atitudes, sentimentos, opiniões e valores relacionados à prática que se deseja mudar. Geralmente, a motivação e os incentivos utilizados para estímulo da promoção de mudanças são elaborados utilizando-se as informações sobre esse componente. Nesse âmbito, o conteúdo motivacional adequado ao grupo e à ação educativa, pautado pela ética, possibilita o despertar do desejo de participação do educando na ação, uma vez que o ser humano age sempre em função de motivos, claros ou implícitos.<sup>36,37</sup>

As motivações podem ser de origem interna e externa. A de origem interna traduz desejos, sonhos e metas dos educandos, sendo mais duradoura do que a motivação externa, relacionada mais ao suporte familiar, a recompensas materiais e ao círculo de amigos.<sup>26,37</sup> O terceiro componente do comportamento alimentar é o situacional, aludido a apoios estruturais necessários à mudança, tais como normas socioculturais estabelecidas em torno do comportamento observado e os tipos sociais de força de coerção favorecedoras ou dificultadoras do comportamento desejado.<sup>26</sup>

## Objetivos da intervenção em alimentação e nutrição

Os objetivos constituem a diretriz da ação didática e devem descrever precisa e concisamente o que se deseja realizar ou alcançar. O desenrolar das etapas seguintes condicionam-se aos comportamentos esperados dos educandos após o processo de ensino-aprendizagem. Os objetivos podem ser gerais, indicando o propósito da atividade de maneira mais ampla, e/ou específicos, que consistem no desdobramento do objetivo geral, tornando-os operacionais, mais concretos e procurando caracterizar as metas da ação educativa. A seleção adequada dos objetivos é ponto essencial para o sucesso

da ação, sendo que os objetivos possíveis de serem realizados devem estar de acordo com os interesses do público-sujeito, com as características sociais, econômicas e culturais da população e com os recursos disponíveis, além de apresentarem embasamento científico.<sup>15,26</sup>

## Conteúdo programático

Definindo-se o diagnóstico e os objetivos, é imprescindível relacionar as informações técnicas necessárias para as mudanças pretendidas, tomando-se o cuidado de evitar abordagens com excesso de conceitos e informações.<sup>26,38</sup>

O nutricionista deve elaborar o conteúdo programático da intervenção baseando-se em conhecimentos que julga indispensáveis aos interesses e necessidades do grupo a ser envolvido. Orienta-se que esse conteúdo seja dividido em unidades ou tópicos, de acordo com grau de dificuldade, duração dos encontros e relação entre os temas.<sup>26</sup> Ele deve propiciar a reflexão do educando sobre o assunto, permitindo discussões e avaliações das possibilidades e limitações da aplicação daqueles conhecimentos. Nessa perspectiva, o nutricionista poderia utilizar a técnica interrogativa com o objetivo de possibilitar questionamentos e reflexões para que o educando crie suas próprias soluções. De forma proativa, o conteúdo seria trazido pelo educando e explorado com a intervenção do profissional.<sup>18,19,26</sup>

## Estratégias

As estratégias das ações educativas constituem os métodos e recursos empregados em sua execução. Método refere-se ao conjunto de procedimentos que visa alcançar os objetivos da ação educativa com maior eficiência. A seleção criteriosa dos métodos facilita a aprendizagem, aumentando a possibilidade de sucesso no processo de mudança de comportamento.<sup>26,37</sup>

Os métodos podem ser classificados em: verbal, ou também tradicional, pautado pela imitação, disciplina, repetição, autoridade e intelectualismo, dentre outros; intuitivo, assentado nos sentidos e visando potencializar a faculdade da percepção; e ativo, que se expressa pelo fazer do aluno, seja por estímulo, seja pela própria iniciativa.<sup>37,39</sup> Para o trabalho com grupos, vários métodos estão disponíveis, como: preleção, simpósio, painel, discussão em pequenos grupos, estudo de caso, leitura dirigida, seminário, dramatização, dinâmicas ludopedagógicas, demonstração e *brainstorming*.<sup>26,37</sup> Os recursos educativos servem, fundamentalmente, para auxiliar o educador em sua imaginação e em estabelecer analogias, aproximando o educando de sua realidade e auxiliando-o a tirar desta maior aprendizagem. Podem ser classificados como recursos humanos, materiais, visuais, auditivos e audiovisuais.<sup>26,37</sup>

Por melhor que seja o educador, por mais interessante que seja o assunto, os métodos mais expositivos e de pouca interação não permitem que os ouvintes mantenham a atenção em nível adequado durante períodos longos.<sup>26</sup> Portanto, deve-se estimular a pergunta

e a reflexão crítica sobre a própria pergunta, em lugar da passividade em face das explicações discursivas de um coordenador de um grupo, que constituem uma espécie de resposta a perguntas que não foram feitas. Nesse sentido, a participação ativa do educando deve ser incentivada por meio da seleção de modelos adequados para conduzir uma prática desafiadora, que propicie que o indivíduo fale, responda aos problemas identificados e solucione-os. Contudo, a dialogicidade não nega a validade de momentos explicativos e narrativos em que o educador/coordenador expõe ou fala sobre o tema.<sup>18</sup> Estratégias mais ativas, que envolvam discussão em grupos, tarefas dirigidas e demonstrações práticas podem ser programadas com maior carga horária, de acordo com a disponibilidade do público a ser envolvido.<sup>26,36</sup>

Ademais, o conteúdo informativo das estratégias educativas deve ser embasado no conhecimento técnico-científico, que deve ser diferenciado do saber popular. Este último, por sua vez, deve ser respeitado e utilizado para discussões, para que o educando reconstrua o conhecimento, entenda a razão de ser de alguns desses saberes e reflita sobre seus prós e contras.<sup>18,26</sup> Mais ainda, o educador em alimentação e nutrição não deve apenas transmitir informações corretas de forma didática, mas também compreender a maneira como o interlocutor vivencia o problema alimentar não apenas no que se refere ao consumo alimentar propriamente dito, mas a todas as questões de natureza subjetiva e interpessoal agregadas no comportamento alimentar.<sup>40</sup>

Outro aspecto a ser ponderado nas estratégias refere-se aos conteúdos de comunicação. O educador deve compreender que o conhecimento, sob forma de palavra, de ideia e de teoria, é fruto de uma tradução/reconstrução por meio da linguagem e do pensamento, podendo ocorrer erros de interpretação do indivíduo relacionados à sua subjetividade, visão de mundo e conhecimentos prévios. A compreensão do sentido das palavras do outro e de suas ideias pode ser prejudicada por mal-entendidos, ignorância dos ritos e costumes do ouvinte, incompreensão dos valores e da ética próprios de uma cultura, além da impossibilidade de compreender as ideias e os argumentos de outra visão de mundo. Em contrapartida, a compreensão é favorecida pelo modo de pensar que apreende em conjunto o texto e o contexto, o ser e seu meio ambiente, o local e o global, enfim, o multidimensional do comportamento humano.<sup>30</sup> Freire<sup>18</sup> assinala que para ensinar há a exigência de saber escutar; é na escuta ao outro que aprendemos a falar *com ele* e não *a ele*, de cima para baixo, como se o educador fosse portador de uma verdade a ser transmitida aos demais.

### Avaliação

A avaliação consiste no acompanhamento contínuo da atividade educativa para verificar se os objetivos determinados previamente estão sendo alcançados, se a priorização das ações foi correta e se os resultados alcançados mudaram ou não a situação desejada,

verificando a necessidade de ajustes no planejamento e execução da intervenção.<sup>37,41</sup> O processo avaliativo envolve a comparação entre a situação inicial e a final ou um parâmetro estabelecido para permitir conclusões. Para isso, são necessários instrumentos, que são os recursos utilizados para a coleta e registro dos dados a serem avaliados, e critérios, os quais permitem concluir se as mudanças obtidas aconteceram em nível satisfatório. Os instrumentos e critérios devem ser preestabelecidos com base no diagnóstico do público a ser envolvido e nos objetivos do programa.<sup>15,26</sup>

Além da avaliação diagnóstica, esta pode ser também formativa e somativa. A avaliação formativa é realizada durante o desenvolvimento da intervenção e deve informar se a ela está ou não em conformidade com o previsto; se os objetivos específicos estão sendo atingidos e se há necessidade de reformulações; além de verificar a aceitação do programa educativo pelo público-sujeito, a repercussão e os efeitos imprevistos. A avaliação somativa é realizada ao final do programa e almeja verificar se os objetivos gerais do programa foram atingidos e em que grau. Consiste em medir o “esforço” despendido para alcançar os objetivos e fornecer o grau de eficiência do programa, que, neste caso, relaciona-se às mudanças obtidas em conhecimentos, atitudes e práticas relativas à alimentação e à nutrição, mensurando o grau de mudança, recursos humanos e materiais empregados e o custo do programa.<sup>15,26,37</sup>

Nas intervenções em alimentação e nutrição, a avaliação somativa não deve se limitar ao final imediato do programa, visto que elas representam processos contínuos e que os indivíduos apresentam momentos diferentes para alcançar as mudanças propostas. As intervenções tradicionalmente utilizadas partem do pressuposto de que os indivíduos estão prontos para uma mudança imediata no comportamento alimentar, o que não acontece na maioria dos casos.<sup>15,26</sup> Por isso, essas intervenções podem se beneficiar se forem considerados os diferentes estágios de mudança comportamental dos indivíduos – por exemplo, aqueles sugeridos pelo modelo transteórico. Nesse modelo, cada estágio corresponde a diferentes atitudes e percepções dos indivíduos diante da nutrição e da saúde, o que ratifica a necessidade de avaliar a prática educativa no final e em outros momentos posteriores à intervenção.<sup>42</sup>

### DESAFIOS DO NUTRICIONISTA DIANTE DA PROMOÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

No cotidiano na atenção primária à saúde, o nutricionista tem se deparado com algumas dificuldades práticas para conduzir grupos de intervenções alimentares e nutricionais. Uma delas se relaciona com a baixa frequência de atividades educativas nos âmbitos individual e coletivo<sup>43</sup>. Torres e Monteiro<sup>43</sup> relatam que, normalmente, quando realizadas, as atividades educativas são em forma de palestras, permitindo pouca ou nenhuma interação com a clientela e sem

continuidade do processo educativo. As autoras mencionam, também, que geralmente essas atividades são conduzidas sem prévio planejamento das ações. Outro limitante trata-se do modelo de atenção primária à saúde vigente, que ainda não conseguiu conciliar a alta demanda de atendimentos para a resolução de problemas individuais com a necessidade de promoção de saúde e qualidade de vida por meio do trabalho com coletividades, prevalecendo, assim, o atendimento individual em detrimento do coletivo, e as ações de tratamento sobre as de promoção.<sup>33</sup> Nesse contexto, Pádua e Boog<sup>33</sup> enumeram outros dificultadores na atuação do nutricionista: o vínculo concomitante com outros serviços, uma vez que nem sempre a contratação do profissional é efetuada para o serviço de saúde pública; falta de conhecimento de alguns profissionais sobre os princípios do SUS e sobre documentos que normatizam a profissão; pouco conhecimento sobre educação em saúde, principalmente sobre a educação nutricional de forma mais ampla; e o despreparo e desconhecimento sobre as características relevantes para o trabalho com grupos.

A adequação do conhecimento técnico da ciência da nutrição ao universo cognitivo dos indivíduos também representa uma barreira a ser transposta pelo profissional. Isso requer graduação em nutrição com formação em capacitações pedagógicas com sólido embasamento teórico, fundamentada em experiências práticas relevantes e que possibilitem o conhecimento de instrumentos metodológicos e a sensibilização para uma prática mais analítica, dinâmica, criativa e consciente.<sup>15,17,44,45</sup> Além disso, o predomínio das ciências biológicas e a pouca valorização das ciências humanas pelos estudantes e até mesmo pelos professores, que não relacionam a teoria com a prática, acabam comprometendo o preparo do aluno para atuar como educador.<sup>16,47</sup> Esse modelo de formação deve ser repensado, uma vez que, apesar de promover importantes avanços científicos, não tem valorizado a

prática pedagógica, o que desqualifica a subjetividade, fundamental na prática educativa.<sup>46</sup> A preocupação deve ser com a formação de profissionais, que, além do conhecimento técnico, compreendam a realidade em um contexto histórico mais amplo e que tenham capacidade para pensar a construção de uma nova sociedade.<sup>47</sup> Afinal, como afirma Freire,<sup>18</sup> a educação é uma forma de intervir no mundo, e os indivíduos devem ser capazes de mudar a realidade, mudança que representa tarefa complexa e geradora de novos saberes.

Boog,<sup>16</sup> ao analisar publicações importantes do campo da educação nutricional e ao propor os desafios para os profissionais dessa área em benefício da sociedade, afirma a necessidade de fundamentar a educação nutricional na Filosofia da Educação e nas teorias pedagógicas, sendo que a capacidade de sua execução não se trata de um dom, e sim de estudo. Além disso, é importante destacar que na formação profissional falta ainda uma teoria delimitada para a disciplina de Educação Nutricional, sendo apontado processo embrionário dessa construção em torno da pedagogia freiriana.<sup>47</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conceitos que moldam a educação alimentar e nutricional crítica direcionam para uma perspectiva de atuação do nutricionista como educador na condução de trabalhos com grupos, fundamentando as intervenções alimentares e nutricionais em teorias pedagógicas norteadoras da educação em saúde. Para o profissional formado, a busca constante por teorias e aperfeiçoamentos que propiciem a promoção de práticas alimentares saudáveis na atenção primária à saúde de maneira crítica e construtiva é essencial. Para os profissionais em formação, urge o avanço e a construção de uma base teórica que respalde as ações, cabendo às instituições de ensino em nutrição participar ativamente dessa construção.

## REFERÊNCIAS

1. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saude Publica*. 2009; 19(Supl 1):181-91.
2. Malta DC, Cesáreo AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Júnior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(3):47-65
3. Popkin BM. The nutrition transition and obesity in the developing world. *J Nutr*. 2001; 131(Supl):871-3.
4. Monteiro CA, Mondini L, Souza ALM, Popkin BM. Da desnutrição para a obesidade: A transição nutricional no Brasil. In Monteiro, CA. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 247-55.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
6. Organização Mundial de la Salud. 57ª. Assembléa Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
7. World Health Organization. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Ginebra: World Health Organization; 2003.
8. Boog MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. *Cad Saude Publica* 1999; 15(Supl 2):139-47.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

11. Brasil. Lei nº 8.080, 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. Diário Oficial da União; 1990.
12. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
13. Brasil. Portaria nº 154 de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos e Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União; 2008.
14. Boog MCF. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. Saúde Rev. 2004; 6(13):17-23.
15. Gouveia ELC. Nutrição: saúde e comunidade. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
16. Boog MCF. Educação nutricional: passado, presente, futuro. Rev Nutr. 1997; 10(1):5-19.
17. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. Cad Saude Publica. 2007; 23(7):1674-81.
18. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 7ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1998.
19. Ometto S. A educação nutricional e sua prática em grupo: um estudo de caso [dissertação]. Piracicaba (SP): Universidade Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo; 2006.
20. L'Abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. Cad Saude Publica. 1994; 10(4): 481-90.
21. Rodrigues EM, Boog MCF. Problemática como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. Cad Saude Publica. 2006; 22(5):923-31.
22. Zimerman DE, Osorio LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artmed; 1997.
23. Dias RB, Castro FM. Grupos Operativos. Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte; 2006. [Citado em 2009 ago. 25]. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>>.
24. Pichon-Rivière E. O processo grupal. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1986.
25. Boog MCF. Educação Nutricional: por que e para quê? Jornal da Unicamp. 2004; 18(260):2.
26. Motta DG, Boog MCF. Educação Nutricional. 3ª ed. São Paulo: Ibrasa; 1991.
27. Braga V. Cultura alimentar: contribuições da antropologia. Saúde Rev. 2004; 6(13):37-44.
28. Garcia RWD. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. Cad Saude Publica. 1997; 13(2):455-67.
29. Morin E. O paradigma perdido: a natureza humana. 5ª ed. Mem Martins: Europa America; 1991.
30. Morin E, Silva C, Sawaya J, Carvalho EA. Os sete saberes necessários a educação do futuro. Brasília: UNESCO; 2000.
31. Brasil. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2006.
32. Maluf RS. Segurança alimentar e nutricional. Petrópolis: Vozes; 2007.
33. Pádua JG de, Boog MCF. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. Rev Nutr. 2006; 19(4):413-24.
34. Prado SD, Gugelmin SA, Mattos RA de, Silva JK, Olivares PSG. A pesquisa sobre segurança alimentar e nutricional no Brasil de 2000 a 2005: tendências e desafios. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(1):7-18.
35. Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogni MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. Rev Saúde Pública. 2005; 39(2): 231-7.
36. Assis MAA de, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. Rev Nutr. 1999; 12(1):33-41.
37. Linden S. Educação nutricional: algumas ferramentas de ensino. São Paulo: Varela; 2005.
38. Andrade VO. Processo educacional na promoção de ações comunitárias. Rev Bras Cancerol. 1997; 43:53-63.
39. Araujo JCS. Entre o quadro-negro e a lousa virtual: permanências e expectativas. In: 29ª Reunião da Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED). Caxambu; 2006. [Citado em 2009 nov. 27]. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT04-2277--Int.pdf>>.
40. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. Rev Ciência Saúde. 2008; 1:33-42.
41. Rodrigues EM, Soares FPTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. Rev Nutr. 2005; 18(1): 119-28.
42. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(6):1641-50.
43. Torres HC, Monteiro MRP. Educação em saúde sobre doenças crônicas não-transmissíveis no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte – MG. REME Rev Min Enferm. 2006; 10(4):402-6.
44. Bizzo MLG, Leder L. Educação nutricional nos parâmetros curriculares nacionais para o ensino fundamental. Rev Nutr. 2005; 18(5): 661-7.
45. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O programa saúde da família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. Rev Nutr. 2002; 15(3):255-66.
46. Amorim STSP de, Moreira H, Carraro TE. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. Rev Nutr. 2001; 14(2):111-8.
47. Franco AC. Educação nutricional na formação do nutricionista: bases teóricas e relação teoria-prática [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Data de submissão: 5/10/2010

Data de aprovação: 6/6/2012



## REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM INSTRUÇÕES AOS AUTORES

### 1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME – Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Faculdades, Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Fundação de Ensino Superior de Passos; Centro Universitário do Leste de Minas Gerais; Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Possui periodicidade trimestral e tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

### 2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, terá a seguinte estrutura:

**Editorial:** refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;

**Pesquisas:** incluem artigos com abordagem metodológicas qualitativas e quantitativas, originais e inéditas que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas;

**Revisão teórica:** avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas;

**Relatos de experiência:** descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde e educação;

**Artigos reflexivos:** textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento em Enfermagem e Saúde;

**Normas de publicação:** instruções aos autores referentes à apresentação física dos manuscritos nos idiomas: português, inglês e espanhol.

### 3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados pelo Conselho Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos. O processo de revisão – *peer review* – consta das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

a) protocolados, registrados em base de dados para controle;

b) avaliados quanto à apresentação física – revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME (folha de rosto com identificação dos autores e títulos do trabalho) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas antes do encaminhamento aos consultores;

c) encaminhados ao Editor-Geral, que indica o Editor Associado, que ficará responsável por indicar dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;

d) remetidos a dois revisores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores e o local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito.

e) Após receber ambos os pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final, e este é encaminhado ao Editor-Geral, que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor-Geral, responsável pela aprovação final.

### 4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

#### 4.1 APRESENTAÇÃO GRÁFICA

Os manuscritos devem ser encaminhados gravados em disquete ou CD-ROM, utilizando programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em duas vias impressas em papel padrão ISO A4 (212 x 297mm), com margens de 2,5 mm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

#### 4.2 AS PARTES DOS MANUSCRITOS

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

##### a) Páginas preliminares:

**Página 1: Título e subtítulo** – nos idiomas: português, inglês, espanhol; **Autor(es):** nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência; **Indicação da Categoria do artigo:** Pesquisa, Revisão Teórica, Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio.

**Página 2:** Título do artigo em português; **Resumo** e palavras-chave; **Abstract** e Key words; **Resumen** e Palabras clave. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

**Página 3:** a partir desta página, apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo título em português, que inclui:

**b) Texto:** – introdução;

– desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);  
– conclusões ou considerações finais;

**c) Agradecimentos** (opcional);

**d) Referências** como especificado no item 4.3;

**e) Anexos**, se necessário.

#### **4.3 SOBRE A NORMALIZAÇÃO DOS MANUSCRITOS:**

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma poderá ser encontrada na íntegra nos endereços:

em português: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>

em espanhol: <<http://www.enfermeriaen cardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

em inglês: <[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)>

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o "Journals Database" – Medline/Pubmed, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> ou com o CCN – Catálogo Coletivo Nacional, do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), disponível em: <<http://www.ibict.br>>

As **ilustrações** devem ser apresentadas em preto & branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993. Em cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF. 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas**, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Os **agradecimentos** devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências.

#### **5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS**

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e declaração de colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME. (Modelos disponíveis em [www.enf.ufmg.br/rem](http://www.enf.ufmg.br/rem))

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/196/96).

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros, estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

Os manuscritos devem ser enviados para:

At/REME – Revista Mineira de Enfermagem  
Escola de Enfermagem da UFMG  
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte  
CEP: 30130-100 Belo Horizonte-MG – Brasil – Telefax.: 55(31) 3409-9876  
E-mail: [reme@enf.ufmg.br](mailto:reme@enf.ufmg.br)

#### **6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL**

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.  
(Versão de setembro de 2007)

## REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM INSTRUCTIONS TO AUTHORS

### 1. THE MISSION OF THE MINAS GERAIS NURSING MAGAZINE – REME

REME is a journal of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais in partnership with schools and undergraduate courses in Nursing in the State of Minas Gerais, Brazil: Wenceslau Braz School of Nursing, Higher Education Foundation of Vale do Sapucaí, Higher Education Foundation of Passos, University Center of East Minas Gerais, Nursing College of the Federal University of Juiz de Fora. It is a quarterly publication intended to contribute to the production, dissemination and use of knowledge produced in nursing and similar fields covering education, research and healthcare.

### 2. REME SECTIONS

Each quarterly edition is structured as follows:

Editorial: raises relevant issues from the scientific, academic, political and social setting.

Research: articles with qualitative and quantitative approaches, original and unpublished, contributing to build knowledge in nursing and associated fields.

Review of theory: critical reviews of literature on important issues of nursing and associated fields.

Reports of experience: descriptions of interventions and experiences on healthcare and education.

Critical reflection: texts with special relevance bringing contributions to nursing and health thinking.

Publication norms: instructions to authors on the layout of manuscripts in the languages: Portuguese, English and Spanish.

### 3. EVALUATION OF MANUSCRIPTS

The manuscripts received are reviewed by REME's Editorial Council, which has the right to accept or refuse papers submitted. The peer review has the following stages:

a) protocol, recorded in a database for control

b) evaluated as to layout – initial review as to minimal standards required by REME – (cover note with the name of authors and titles of the paper) and documentation. They may be sent back to the author for adaptation to the norms before forwarding to consultants.

c) Forwarded to the General Editor who name an Associate Editor who will indicate two consultants according to their spheres of work and qualification.

d) Forwarded to two specialist reviewers in the relevant field, anonymously, selected from a list of reviewers, without the name of the authors or origin of the manuscript. The reviewers are always from institutions other than those of the authors.

e) After receiving both opinions, the General Editor and the Executive Diretor evaluate and decide to accept the article without alterations, refuse or return to the authors, suggesting alterations. Each copy is always reviewed by the General Editor or the Executive Diretor who are responsible for final approval.

### 4. LAYOUT OF MANUSCRIPTS

#### 4.1 GRAPHICAL LAYOUT

Manuscripts are to be submitted on diskette or CD-ROM in Word for Windows, version 6.0 or higher, Times New Roman normal, size 12, space 1.5, printed on standard ISO A4 paper (212 x 297 mm), margins 2.5 mm, limited to 20 pages, including preliminary pages, texts, acknowledgement, references and illustrations.

#### 4.2 PARTS OF THE MANUSCRIPTS

Each manuscript should have the following structure and order, whenever relevant:

REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 103

a) Preliminary pages:

**Page 1:** title and subtitle – in Portuguese, English and Spanish. **Authors:** full name, profession, qualifications, position and institution, postal and electronic address of the author responsible for correspondence. **Indication of paper category:** Research, Review of Theory, Report of Experience, Critical Reflection/Essay.

**Page 2:** Title of article in Portuguese; **Resumo** e palavras-chave; **Abstract** and key-words; **Resumen** e palabras clave (Key words - 3 to 6 – should agree with the Health Science Descriptors/BIREME, available at <<http://decs.bvs.br/>>).

The abstract should have up to 250 words with simple space, font size 10.

**Page 3:** the content of the paper begins on this page, starting with the title in Portuguese, which includes:

**b) Text:**

- Introduction;
- Main body (material and method or description of methodology, results, discussion and/or comments);
- Conclusions or final comments.

**c) Acknowledgements** (optional);

**d) References** as specified in item 4.3

**e) Appendices**, if necessary.

#### **4.3 REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS:**

The requirements are those of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Norm), which can be found in full at the following sites:

Portuguese: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>

Spanish: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

English: <[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)>

References are numbered in the same order in which they are mentioned for the first time in the text.

Quotations in the text should be numbered, in brackets, corresponding to the references at the end of the article.

The titles of journals are abbreviated according to "Journals Database" – Medline/Pubmed, available at: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> or according to the CCN – National Collective Catalogue of the IBICT- Brazilian Information Institute in Science and Technology, available at: <<http://www.ibict.br>>.

Illustrations should be sent in black and white immediately after the reference in the text, according to the tabular presentation norm of IBGE, 3rd ed. of 1993. Under each category they should be numbered sequentially in the text. (Example: TAB 1, FIG. 1, GRÁF 1). Each illustration should have a title and the source. Headings and titles should be clear and understandable, without the need to consult the text. References to illustrations in the text should be in brackets, indicating the category and number of the illustration. Ex. (TAB. 1).

Abbreviations, measurement units, symbols and units should agree with international publication norms. The first time an abbreviation is used, it should be preceded by the complete term or expression, except when it is a common measurement.

Length, height, weight and volume measures should be quoted in the metric system (meter, kilogram, liter) or their multiples or sub-multiples. Temperature, in degrees Celsius. Blood pressure, in millimeters of mercury. Abbreviations and symbols must follow international standards.

Acknowledgements should be in a separate paragraph, placed before the bibliography.

#### **5. SUBMITTAL OF MANUSCRIPTS**

Manuscripts must be accompanied by a cover letter containing the names of the authors, address for correspondence, e-mail, telephone and fax numbers, a declaration of collaboration in the work and the transfer of copyright to REME.

(Samples are available at: [www.enfermagem.ufmg.br/rem](http://www.enfermagem.ufmg.br/rem))

For manuscripts resulting from research involving human beings, there should be a copy of approval by the ethics committee recognized by the National Ethics Committee for Research (CONEP), according to the norms of the National Health Council – CNS/196/96.

Manuscripts that received financial support need to have it clearly identified.

The author(s) must sign and send the Responsibility Agreement and Copyright Transfer Agreement and also a statement informing that there are no personal, commercial, academic, political or financial interests on the manuscript.

Manuscripts should be sent to:

ATT/REME- Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte

CEP: 30130-100 Belo Horizonte - MG – Brasil - Telefax.: 55(31) 3409-9876 – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 104

E-mail: [reme@enf.ufmg.br](mailto:reme@enf.ufmg.br)

#### **6. EDITORS RESPONSIBILITY**

Further issues will be decided by the Editorial Council.

REME is not responsible for the opinions stated in articles.

(September version, 2007)

## REME – REVISTA DE ENFERMERÍA DEL ESTADO DE MINAS GERAIS INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

### 1. SOBRE LA MISIÓN DE LA REVISTA REME

REME – Revista de Enfermería de Minas Gerais – es una publicación trimestral de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais – UFMG – conjuntamente con Facultades, Escuelas y Cursos de Graduación en Enfermería del Estado de Minas Gerais: Escuela de Enfermería Wenceslao Braz; Fundación de Enseñanza Superior de Passos; Centro Universitario del Este de Minas Gerais; Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Juiz de Fora – UFJF. Su publicación trimestral tiene la finalidad de contribuir a la producción, divulgación y utilización del conocimiento generado en enfermería y áreas correlacionadas, incluyendo también temas de educación, investigación y atención a la salud.

### 2. SOBRE LAS SECCIONES DE REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, tiene la siguiente estructura:

Editorial: considera temas de relevancia del contexto científico, académico y político social;

Investigación: incluye artículos con enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo, originales e inéditos que contribuyan a la construcción del conocimiento en enfermería y áreas correlacionadas;

Revisión teórica: evaluaciones críticas y ordenadas de la literatura sobre temas de importancia para enfermería y áreas correlacionadas;

Relatos de experiencias: descripciones de intervenciones que incluyen atención en salud y educación;

Artículos reflexivos: textos de especial relevancia que aportan al pensamiento en Enfermería y Salud;

Normas de publicación: instrucciones a los autores sobre la presentación física de los manuscritos en los idiomas portugués, inglés y español.

### 3. SOBRE CÓMO SE JUZGAN LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos recibidos son analizados por el Cuerpo Editorial de la REME, que se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos sometidos. El proceso de revisión – paper review – consta de las siguientes etapas en las cuales los manuscritos son:

a) protocolados, registrados en base de datos para control;

b) evaluados según su presentación física – revisión inicial en cuanto a estándares mínimos de exigencias de la R.E.M.E ( cubierta con identificación de los autores y títulos del trabajo) y documentación ; el manuscrito puede devolverse al autor para que lo adapte a las normas antes de enviarlo a los consultores;

c) enviados al Editor General que indica el Editor Asociado que será el responsable por designar dos consultores de conformidad con el área.

d) remitidos a dos revisores especialistas en el área pertinente, manteniendo el anonimato, seleccionados de una lista de revisores, sin identificación de los autores y del local de origen del manuscrito. Los revisores siempre serán de instituciones diferentes a las de origen del autor del manuscrito.

e) después de recibir los dos pareceres, el Editor General y el Diretor Ejecutivo los evalúan y optan por la aceptación del artículo sin modificaciones, por su rechazo o por su devolución a los autores con sugerencias de modificaciones. El Editor General y/o el Diretor Ejecutivo, a cargo de la aprobación final, siempre analizan todas las versiones.

### 4. SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

#### 4.1 PRESENTACIÓN GRÁFICA

Los manuscritos deberán enviarse grabados en disquete o CD-ROM, programa “Word for Windows”, versión 6.0 ó superior, letra “Times New Roman”, estilo normal, tamaño 12, digitalizados en espacio 1,5 entre líneas, en dos copias impresas en papel estándar ISO A4 (212x 297mm), con márgenes de 25mm, modelo A4, limitándose a 20 carillas incluyendo páginas preliminares, texto, agradecimientos, referencias, tablas, notas e ilustraciones. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 106

#### 4.2 LAS PARTES DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán tener la siguiente estructura y orden, cuando fuere pertinente:

a) páginas preliminares:

**Página 1:** Título y subtítulo en idiomas portugués, inglés y español; **Autor(es):** nombre completo, profesión, título, cargo, función e institución; dirección postal y electrónica del autor responsable para correspondencia; **Indicación de la categoría del artículo:** investigación, revisión teórica, relato de experiencia, artículo reflexivo/ensayo.

**Página 2:** Título del artículo en portugués; **Resumen** y palabras clave. Las palabras clave (de tres a seis) deberán indicarse en conformidad con el DECS – Descriptores en ciencias de la salud /BIREME), disponible en: <<http://decs.bvs.br/>>.

El resumen deberá constar de hasta 250 palabras, con espacio simple en letra de tamaño 10.

**Página 3:** a partir de esta página se presentará el contenido del manuscrito precedido del título en portugués que incluye:

**b) Texto:** – introducción;

- desarrollo (material y método o descripción de la metodología, resultados, discusión y/o comentarios);
- conclusiones o consideraciones finales;

**c) Agradecimientos** (opcional);

**d) Referencias** como se especifica en el punto 4.3;

**e) Anexos**, si fuere necesario.

#### **4.3 SOBRE LA NORMALIZACIÓN DE LOS MANUSCRITOS:**

Para efectos de normalización se adoptarán los Requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma se encuentra de forma integral en las siguientes direcciones:

En portugués: <<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>>

En español: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formación/vancouver.htm>>

En inglés: <[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)>

Las referencias deberán enumerarse consecutivamente siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto.

Las citaciones en el texto deberán indicarse con número arábico, entre paréntesis, sobrescrito, correspondiente a las referencias al final del artículo.

Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo al "Journals Database" Medline/Pubmed, disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> o al CCN – Catálogo Colectivo Nacional, del IBICT- Instituto Brasileño de Información en Ciencia y Tología, disponible en: <<http://www.ibict.br>>

Las ilustraciones deberán presentarse en blanco y negro luego después de su referencia, en conformidad con la norma de presentación tabular del IBGE, 3ª ed., 1993. Dentro de cada categoría deberán enumerarse en secuencia durante el texto. Por ej.: (TAB.1, FIG.1, GRAF.1). Cada ilustración deberá tener un título e indicar la fuente de donde procede. Encabezamientos y leyendas deberán ser lo suficientemente claros y comprensibles a fin de que no haya necesidad de recurrir al texto. Las referencias e ilustraciones en el texto deberán mencionarse entre paréntesis, con indicación de categoría y número de la ilustración. Por ej. (TAB.1).

Las abreviaturas, cantidades, símbolos y unidades deberán seguir las Normas Internacionales de Publicación. Al emplear por primera vez una abreviatura ésta debe estar precedida del término o expresión completos, salvo cuando se trate de una unidad de medida común.

Las medidas de longitud, altura, peso y volumen deberán expresarse en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilo, litro) o sus múltiplos y submúltiplos; las temperaturas en grados Celsius; los valores de presión arterial en milímetros de mercurio. Las abreviaturas y símbolos deberán seguir los estándares internacionales.

Los agradecimientos deberán figurar en un párrafo separado, antes de las referencias bibliográficas.

#### **5. SOBRE EL ENVÍO DE LOS MANUSCRITOS**

Los manuscritos deberán enviarse juntamente con el oficio de envío, nombre de los autores, dirección postal, dirección electrónica y fax así como de la declaración de colaboración en la realización del trabajo y autorización de transferencia de los derechos de autor para la revista REME. (Modelos disponibles en: [www.enfermagem.ufmg.br/rem](http://www.enfermagem.ufmg.br/rem))

Para los manuscritos resultados de trabajos de investigación que involucren seres humanos deberá enviarse una copia de aprobación emitida por el Comité de Ética reconocido por la Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Comisión Nacional de Ética en Investigación, en conformidad con las normas de la resolución del Consejo Nacional de Salud – CNS/196/96. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 107

Para los manuscritos resultantes de trabajos de investigación que hubieran recibido algún tipo de apoyo financiero, el mismo deberá constar, claramente identificado, en el propio manuscrito. El autor o los autores también deberán declarar, juntamente con la autorización de transferencia del derecho de autor, no tener interés personal, comercial, académico, político o financiero en dicho manuscrito.

Los manuscritos deberán enviarse a:

At/REME – Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG, sala 104 Bloco Norte

CEP 30130- 100 Belo Horizonte MG – Brasil – Telefax \*\*55 (31) 3409-9876

Correo electrónico: [reme@enf.ufmg.br](mailto:reme@enf.ufmg.br)

#### **6. SOBRE LA RESPONSABILIDAD EDITORIAL**

Los casos omisos serán resueltos por el Consejo Editorial.

REME no se hace responsable de las opiniones emitidas en los artículos.

(Versión del 12 de septiembre de 2007)

Revista Mineira de Enfermagem  
Nursing Journal of Minas Gerais  
Revista de Enfermería de Minas Gerais

reme

## FORMULÁRIO PARA ASSINATURA DA REME

Nome / Name / Nombre ou Instituição assinante: \_\_\_\_\_

Endereço / Address / Dirección: \_\_\_\_\_

Cidade / City / Ciudad: \_\_\_\_\_ País / Country / País: \_\_\_\_\_

UF / State / Provincia: \_\_\_\_\_ CEP / Zip Code / Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. / Phone / Tel.: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_ Celular / Cell Phone / Cellular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional / Occupation / Profesión: \_\_\_\_\_

Data / Date / Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura / Signature / Firma: \_\_\_\_\_

**Encaminhar este Formulário de Assinatura acompanhado do comprovante de depósito bancário,  
por fax (31 3409-9876) ou e-mail (reme@enf.ufmg.br)**

**Send your subscription to:**

**Enviar la inscripción a:**

**Dados para depósito:**

BANCO DO BRASIL

Agência / Branch Number / Sucursal Número: 1615-2

Conta / Bank Account / Cuenta de Banco: 480109-1

Código identificador / Identification code / Clave de identificación: 4828011

**Valores Anuais:**

Individual: R\$100,00 ( ) US\$80,00 ( )

Institucional: R\$150,00 ( ) US\$100,00 ( )

ESCOLA DE ENFERMAGEM – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REME – Revista Mineira de Enfermagem

Av. Alfredo Balena, 190 - sala 104, Bloco Norte

Campus Saúde, Bairro Santa Efigênia - CEP: 30130-100

Belo Horizonte - MG - Brasil

Telefax/Fax: +55 (31) 3409-9876

**Home page: [www.enf.ufmg.br/reme.php](http://www.enf.ufmg.br/reme.php)**

