

ISSN 1415-2762

reme

Revista Mineira de Enfermagem

Nursing Journal of Minas Gerais

Revista de Enfermería de Minas Gerais

V O L U M E 1 6 . N Ú M E R O 4 . O U T / D E Z D E 2 0 1 2

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

Daclé 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 Hussein 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

Girleene 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:

BDENF – 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 Editoração 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)

Impressão

Editora e Gráfica O Lutador

Assinatura

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

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)

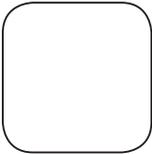
Periodicidade: trimestral – Tiragem: 400 exemplares

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



Errata

Dirce Ribeiro de Oliveira, professora adjunta do curso de Nutrição, da Escola de Enfermagem da UFMG, é uma das autoras do artigo intitulado ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DE PACIENTES PORTADORAS DE SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS, publicado no vol. 16 nº 3, 2012.



- 485** **Editorial**
- 487** **Pesquisas**
- 487** **PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO / HEALTH PROMOTION AND INTERSECTIONALITY: A PROCESS UNDER CONSTRUCTION / PROMOCIÓN DE LA SALUD E INTERSECTORIALIDAD: UN PROCESO EN CONSTRUCCIÓN**
- Bruna Knob Pinto
Deisi Cardoso Soares
Diana Cecagno
Rosani Manfrin Muniz
- 494** **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA NA UNIDADE DE GINECOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WHO UNDERWENT SURGERY AT THE GYNAECOLOGY UNIT FROM A UNIVERSITY HOSPITAL / PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MUJERES SOMETIDAS A CIRUGÍA INTERNADAS EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**
- Cândida Caniçali Primo
Flávia Almeida Plaster
Mayara Força Bravin
Franciéle Marabotti Costa Leite
Eliane de Fátima Almeida Lima
- 502** **CONHECIMENTO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO SOBRE ILEOSTOMIA, NA ATENÇÃO BÁSICA / KNOWLEDGE OF PROFESSIONAL NURSING ON ILEOSTOMY, IN PRIMARY CARE / EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL EN LA ILEOSTOMÍA, EN ATENCIÓN PRIMARIA**
- Márcia Tasso Dal Poggeto
Fernanda Bonato Zuffi
Raíssa Bianca Luiz
Saulo Pereira da Costa
- 509** **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DIABETES UTILIZANDO A MEDIDA ESPECÍFICA B-PAID / QUALITY OF LIFE EVALUATION IN PATIENTS WITH DIABETES USING THE PAID SCALE / EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PORTADORES DE DIABETES UTILIZANDO LA MEDIDA ESPECÍFICA B-PAID**
- Elze Cecília Santos Souza
Sônia Alves de Souza
Thais Oliveira Santos Alves
Cristiane Franca Lisboa Gois
Alzira Maria Dávila Nery Guimarães
Maria Cláudia Tavares de Mattos
Maria Pontes de Aguiar Campos
- 515** **SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS / NURSES' PERCEPTIONS ON THE PRIMARY CARE INFORMATION SYSTEM / SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA BÁSICA: PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS**
- Geovana Brandão Santana Almeida
Mariana Ribeiro Freire
Mariléia Leonel

- 522** **AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADAS POR ENFERMEIROS NA ESCOLA: PERCEÇÃO DE PAIS /**
ACTIONS OF HEALTH EDUCATION CARRIED OUT BY NURSES AT SCHOOL: PERCEPTION OF PARENTS / ACCIONES DE
EDUCACIÓN EN SALUD LLEVADAS A CABO POR ENFERMEROS EN LA ESCUELA: PERCEPCIÓN DE LOS PADRES
- Willyane de Andrade Alvarenga
Maria Enoia Dantas da Costa e Silva
Simone Santos e Silva
Liana Dantas da Costa e Silva Barbosa
- 528** **PERCEÇÃO DE MORADORES DE UMA CIDADE DE MINAS GERAIS SOBRE O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**
DO GÊNERO MASCULINO / PERCEPTION OF RESIDENTS OF A CITY IN THE STATE OF MINAS GERAIS ON MALE NURSES /
PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE UNA CIUDAD DEL ESTADO DE MINAS GERAIS SOBRE LOS ENFERMEROS
VARONES
- Diego Fernando Paiva Vitorino
Valdinéia Luiz Hertel
Ivandira Anselmo Ribeiro Simões
- 538** **UTILIZAÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA**
USE OF CENTRAL VENOUS CATHETER INSERTION OF PERIPHERAL (PICC) IN PEDIATRIC ONCOLOGY
EL USO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA
- Cristina Marinho Christ Bergami
Maria Adelaide Costalonga Monjardim
Cristina Ribeiro Macedo
- 546** **AUDITORIA COMO ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE**
INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA / NURSING AUDIT AS AN EVALUATION STRATEGY OF NURSING RECORDS AT A PEDIATRIC
INPATIENT UNIT / LA AUDITORÍA COMO ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN UNA
UNIDAD DE INTERNACIÓN PEDIÁTRICA
- Liliane de Abreu Rosa
Luciana de Assis Caetano
Selme Silqueira de Matos
Dener Carlos dos Reis
- 554** **A CONCEPÇÃO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM /** THE CONCEPT OF ETHICS IN
PROFESSIONAL NURSING / EL CONCEPTO DE ÉTICA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
- Dirlene Freitas Leal
Jaime José Rauber
- 564** **AÇÕES DE PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE /** ACTIONS OF RISK/
DISEASE PREVENTION BY PRIVATE HEALTH INSURANCE COMPANIES / ACCIONES DE PREVENCIÓN DE RIESGO Y
ENFERMEDADES EN EL SECTOR DE SALUD SUPLEMENTARIA
- Adriano Marçal Pimenta
Carlos Henrique Campos Castanheira
Francisco Carlos Félix Lana
Deborah Carvalho Malta
- 572** **CULTURA MASCULINA E RELIGIOSIDADE NA PREVENÇÃO DAS IST/HIV/AIDS EM ADOLESCENTES /** MALE
CULTURE AND RELIGIOSITY IN THE PREVENTION OF STI/HIV/AIDS IN ADOLESCENTS / CULTURA MASCULINA Y
RELIGIOSIDAD EN LA PREVENCIÓN DE ETS/VIH/ SIDA EN ADOLESCENTES
- Adriana Gomes Nogueira Ferreira
Kelanne Lima da Silva
Pedro Ricardo Mesquita de Sousa
Fabiane do Amaral Gubert
Neiva Francenely Cunha Vieira
Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

- 579** **MOTIVOS ALEGADOS PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU, SEGUNDO MULHERES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO CONTRA O CÂNCER DO COLO UTERINO** / REASONS GIVEN BY WOMEN UNDERGOING CHEMOTHERAPY FOR CERVICAL CANCER FOR NOT HAVING HAD A PAP TEST / MOTIVOS PARA LA NO REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU SEGÚN MUJERES EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO CONTRA CÁNCER DE CUELLO UTERINO
- Sueli Riul da Silva
Caroline Freitas Silveira
Camila Carla Medeiros Gregório
- 588** **SITUAÇÃO VACINAL DOS ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI, 2009** / VACCINATION STATUS FOR STUDENTS AT THE FEDERAL UNIVERSITY OF SÃO JOÃO DEL REI, 2009 / ESTADO DE VACUNACIÓN DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI, 2009
- Valéria Conceição de Oliveira
Eliete Albano de Azevedo Guimarães
Cristina Rabelo Flôr
Ione Carvalho Pinto
- 594** **PERSPECTIVAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO NORTE DE MINAS GERAIS** / PERSPECTIVES FOR PERMANENT HEALTH EDUCATION IN THE NORTH OF THE STATE OF MINAS GERAIS / PERSPECTIVAS DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD EN EL NORTE DEL ESTADO DE MINAS GERAIS
- Maisa Tavares de Souza Leite
Roseni Rosângela de Sena
Maria Aparecida Vieira
José Márcio Girardi de Mendonça
Orlene Veloso Dias
Maria Ivanilde Pereira Santos
Luís Paulo Souza e Souza
- 601** **Revisão teórica**
- 601** **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL** / NURSES PERFORMANCE IN A MOBILE PREHOSPITAL CARE / DESEMPEÑO DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA MÓVIL
- Rodrigo de Souza Adão
Maria Regina dos Santos
- 609** **INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA NEUROPATIA PERIFÉRICA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA: REVISÃO INTEGRATIVA E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA** / CHEMOTHERAPY-INDUCED PERIPHERAL NEUROTOXICITY ASSESSMENT: INTEGRATIVE REVIEW AND IMPLICATIONS FOR THE PRACTICE OF ONCOLOGY NURSING / INSTRUMENTOS PARA LA MEDICIÓN DE LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA: REVISIÓN INTEGRADORA E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA
- Delma Aurélia da Silva Simão
Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima
Raíssa Silva Souza
Késsia Rubia Alves
Waléria Maria Maia

617 **Artigo reflexivo**

617 **A ESCUTA ATENTA: REFLEXÕES PARA A ENFERMAGEM NO USO DO MÉTODO HISTÓRIA DE VIDA /**
ATTENTIVE LISTENING: CONSIDERATIONS FOR NURSES USING THE LIFE HISTORY METHOD / LA ESCUCHA ATENTA:
CONSIDERACIONES PARA ENFERMEROS QUE EMPLÉAN EL MÉTODO HISTORIA DE VIDA

Adriana Teixeira Reis

Grace Ferreira de Araújo

Aloir Paschoal Júnior

Rosângela da Silva Santos

623 **Normas de publicação**

625 **Publication norms**

627 **Normas de publicación**



O ENSINO DA SEMIOLOGIA NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Com a definição do currículo mínimo vigente para o Curso de Graduação em Enfermagem, mediante a Portaria MEC nº 1.721 de 15 de dezembro de 1994, a inclusão da disciplina de Semiologia passou a integrar a Área de Fundamentos de Enfermagem, determinando-se, desse modo, a necessidade acadêmica da preparação e da capacitação do enfermeiro no domínio e na habilidade para a realização do exame físico do cliente, constituindo-se, assim, num elemento a mais no conjunto dos conhecimentos essenciais para a elaboração e a implementação do Processo de Enfermagem.

A realização do exame físico passou a ser uma questão crucial no cotidiano da prática assistencial do enfermeiro, independentemente dos níveis de complexidade e das diferentes manifestações clínicas eventualmente apresentadas pelo cliente. Tornou-se, então, preponderante e imperativo sua inserção no Processo de Ensino-Aprendizagem do graduando de enfermagem.

De posse da plena execução das manobras da observação, inspeção, palpação, percussão e ausculta, o enfermeiro ganha autonomia para os momentos em que interage com o cliente, aumentando, portanto e consideravelmente, seu poder de resolução diante dos agravos do quadro de saúde de seu cliente.

Não obstante os diferentes cenários em que se processam as relações de cuidado entre o enfermeiro e seu cliente – por exemplo, o hospital com seus distintos setores, as unidades básicas de saúde e, porventura, o contexto educacional onde as demandas por informações corretas referentes à prevenção e à promoção do estado de saúde do indivíduo aumentam –, considero a Semiologia uma rica e grande aliada do enfermeiro, à medida que vai sendo incorporada à rotina do seu trabalho.

O ensino da Semiologia direcionado eminentemente aos graduandos de enfermagem apresenta-se como um desafio a mais e como uma tarefa árdua para a rotina dos docentes de enfermagem, no sentido de otimizarem as condições de ensino dos fundamentos teórico-práticos para a correta leitura e a adequada interpretação dos sinais e sintomas evidenciados pelo corpo examinado. Essa leitura implica, dentre outros importantes aspectos, o poder de autoridade sobre o corpo, respeitando-se todas as instâncias ético-deontológicas advindas dessa relação e uma interpretação inteligente e rápida por parte do estudante de enfermagem quando diante das intervenções sobre o cliente. Dela, fundamentalmente, advirão um raciocínio crítico e a capacidade de julgamento sobre as ações e condutas primordiais ao cuidado.

As transformações verificadas no mundo pós-moderno, notadamente aquelas decorrentes das demandas do Mercado de Trabalho, têm estabelecido um nível de exigência profissional jamais visto para o trabalho especializado. Esse fenômeno, em vista da prática de enfermagem, é latente. Novos modelos e padrões de excelência são cada vez mais verificados. Protocolos de intervenções são postulados por sociedades de especialistas em enfermagem das mais diversificadas tendências. Nesse sentido, a Semiologia apresenta-se com uma das preocupações relacionadas ao trabalho especializado do enfermeiro. Ou seja, por ser um elemento integrante do Processo de Enfermagem, especificamente durante a etapa do Histórico de Enfermagem, ela não pode ser relegada a um plano inferior daquilo que se deve esperar da atitude do enfermeiro durante sua interação com o cliente.

A hiperespecialização do mundo do trabalho em enfermagem em andamento determina uma relevância à Semiologia nunca antes observada na prática de enfermagem brasileira contemporânea. Logo, traduz-se num momento singular para os docentes que trabalham com esse conteúdo em particular.

A enfermagem contemporânea deve alcançar essa consciência e se apropriar da magnitude desse momento, empenhando-se, ao máximo, na manutenção do *status quo* adquirido pela incorporação da Semiologia na graduação de seus futuros enfermeiros.

Sabedor da importante missão de destacar a Semiologia na graduação em enfermagem, julgo, portanto, condizente a proposição de uma reflexão sobre seu ensino, desejando, com isso, oferecer contribuições que apontem a preocupação permanente quanto à formação dos enfermeiros que farão a profissão no decorrer do século XXI.

Para tanto, é essencial que a comunidade acadêmica de enfermagem se debruce sobre relevantes questões que digam respeito à estreita relação entre a Semiologia como elemento básico na formação do enfermeiro e suas ações, condutas e intervenções próprias e esperadas quando cuidar de seu cliente.

Finalmente, é imperativo que a comunidade tenha em mente a exata significância da Semiologia, à medida que for capaz de buscar responder a importantes questionamentos sobre sua excelência, tais como: 1. Como é possível

compreender a Semiologia como elemento indispensável na formação dos futuros enfermeiros? 2. Quais as vantagens e desvantagens decorrentes da incorporação da Semiologia à graduação em Enfermagem? 3. Quais as complicações sobre a assistência e sobre a autonomia de enfermagem advindas da incorporação da Semiologia no cotidiano da prática profissional do enfermeiro?

Luiz Carlos Santiago

Pós-Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Professor Associado 1 do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem
Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).



PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

HEALTH PROMOTION AND INTERSECTIONALITY: A PROCESS UNDER CONSTRUCTION

PROMOCIÓN DE LA SALUD E INTERSECTORIALIDAD: UN PROCESO EN CONSTRUCCIÓN

Bruna Knob Pinto¹
Deisi Cardoso Soares²
Diana Cecagno²
Rosani Manfrin Muniz³

RESUMO

Objetivou-se, com este estudo, apresentar o conhecimento dos profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) diante dos conceitos de promoção da saúde e intersectorialidade. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, realizado com duas equipes da ESF, uma na área rural e outra na área urbana, compostas por oito sujeitos, no período de agosto e setembro de 2010. A promoção da saúde foi considerada ação que objetiva prevenir as doenças, desenvolvidas pela educação em saúde, visando ao empoderamento da população. A intersectorialidade foi citada em diversas atividades, entretanto não contemplou a totalidade do conceito, uma vez que as ações, em sua maioria, foram planejadas por um único setor, para serem aplicadas em outro setor. Trabalhar com esses conceitos impele os profissionais da saúde a vencer suas incertezas e medos, lançando novos olhares a velhos desafios.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Ação Intersetorial; Saúde da Família.

ABSTRACT

The aim of the present study is to evaluate the way Family Health Strategy (in Portuguese, Estratégia de Saúde da Família-ESF) professionals understand the concepts of health promotion and intersectionality. It is a qualitative exploratory descriptive study conducted with two ESF teams (8 individuals) from rural and urban areas between August and September 2010. Health promotion was considered as a series of actions developed by health education and aiming at preventing illnesses and at empowering the population. "Intersectionality" was cited in different occasions, but the concept was not fully used as most actions were planned by a single sector to be implemented on another. The use of such concepts helps the health professionals to face their uncertainties and fears, and sheds light on old challenges.

Keywords: Health Promotion; Intersectional Action; Family Health.

RESUMEN

El estudio busca presentar el conocimiento de los profesionales del equipo de Estrategia de Salud de la Familia (ESF) frente a los conceptos de promoción de la salud e intersectorialidad. Se trata de un estudio cualitativo exploratorio descriptivo realizado con dos equipos de ESF (8 individuos) de la zona rural y urbana entre agosto y septiembre de 2010. La promoción de la salud fue considerada como una acción que busca prevenir las enfermedades, desarrollada por la educación en salud con miras al empoderamiento de la población. La intersectorialidad fue citada en varias ocasiones, pero el concepto no fue contemplado en su totalidad puesto que la mayoría de las acciones fue planeada por un sólo sector para que fuese aplicada con otro sector. Trabajar con estos conceptos impulsa a los profesionales de salud a vencer sus dudas y miedos y a mirar con otros ojos antiguos desafíos.

Palabras clave: Promoción de la Salud; Acción Intersetorial; Salud de la Familia.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (Fen/UFPeL). Bolsista de Demanda Social da CAPES. Membro do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (Nucrcrin).

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente Assistente da Faculdade de Enfermagem (FEn/UFPeL).

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente adjunta da Faculdade de Enfermagem (FEn/UFPeL). Pesquisadora do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (Nucrcrin).

Endereço para correspondência – Rua Padre Anchieta, 1333, apto 702 – Pelotas, Rio Grande do Sul/BR. E-mail: brunaknob@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

As mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado produziram alterações significativas na sociedade.¹ Paralelamente, tem-se o desenvolvimento de tecnologias que surgiram para auxiliar os seres humanos a viver de modo mais seguro e a enfrentar as inúmeras adversidades cotidianas. Nesse contexto, a área da saúde também sofreu, e ainda sofre, intensas modificações, tornando-se, dessa forma, cada vez mais importante que sejam adotadas atitudes visando à redução de adoecimentos, sofrimentos e mortes prematuras.

Ao analisar o processo saúde-doença, percebeu-se que o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes e determinantes mais amplos da saúde, passando a agir seguindo um modelo de atenção e cuidado marcado, na maioria das vezes, pela centralidade nos sintomas.¹ Desse modo, justifica-se a importância de se pensar em novas maneiras de trabalhar em prol da saúde da população, considerando-se a singularidade, a complexidade e o ambiente sociocultural no qual os indivíduos estão inseridos.

Assim, percebe-se a importância da Atenção Primária à Saúde, que aponta mudanças desse paradigma biomédico e remete-nos a direcionar as ações de saúde na perspectiva da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, mediante o desenvolvimento de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas.²

Segundo a Carta de Ottawa, a expressão “promoção da saúde” corresponde ao “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social”.^{3,1}

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a promoção da saúde eficaz, ao conduzir mudanças nos determinantes da saúde, que podem ser tanto os fatores que estão sob o controle do indivíduo, como estilos de vida e condutas, quanto fatores externos, relativos às condições econômicas, sociais, ambientais e à prestação de serviços.⁴

No contexto latino-americano, caracterizado por um desenvolvimento econômico excludente, relações injustas e condições de vida iníquas, a promoção da saúde representa um grande desafio no cuidado, em vista da necessidade da transformação nas condições de vida da população. Assim, a busca por saúde equivale à melhoria da qualidade de vida e deve estar presente nas principais estratégias de promoção, como a do desenvolvimento de habilidades e atitudes, que podem ser incorporadas no cuidado de enfermagem.⁵

Nesse contexto, a promoção da saúde possibilita que os fatores que propiciam agravos e enfermidades na população em risco sejam visualizados com maior clareza, respeitando e valorizando as diferenças

existentes em todo o território brasileiro, com o objetivo de diminuir vulnerabilidades e lutar pela equidade e participação social no controle da gestão pública.⁶

Abraçar os princípios da promoção da saúde é um caminho ainda em construção para a melhoria da qualidade de vida, podendo ser alcançada por meio de ações de solidariedade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, bem como da articulação e da comunicação entre os atores sociais. Nesse contexto, revela-se a importância da participação da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) na assistência à população, uma vez que a conjunção dos saberes proporciona ao indivíduo e à comunidade a oportunidade de um atendimento humanizado e resolutivo, pois podem se complementar se a interdisciplinaridade fizer parte do cotidiano de trabalho desses indivíduos.

Essa percepção ampliada de saúde exige que profissionais e instituições, como campos de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como intercessores entre esses diversos interesses que compõem a produção da saúde. Assim, a intersetorialidade surge como proposta de uma nova maneira de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e para a melhoria da qualidade de vida da população.⁷

Sob esse prisma, a intersetorialidade, além de estar em inerente consonância com a magnitude do objeto saúde, tem como princípios a reestruturação e a reunião de vários saberes e setores, no sentido de um olhar mais adequado e amplo a respeito de determinado objeto, proporcionando melhor resposta aos possíveis problemas encontrados no dia a dia.⁸

Para que a interdisciplinaridade e a intersetorialidade se tornem uma prática cotidiana, é necessária uma revisão nos métodos de formação dos profissionais da saúde, além de mudanças na organização dos serviços de saúde, e em outros setores da sociedade. A equipe de saúde deve ser entendida como um conjunto de saberes que atuam no desenvolvimento de processos de trabalho articulados entre si, compreendendo que as inter-relações adquirem caráter amplo, pois extrapolam o setor saúde e buscam parcerias com outras instituições, garantindo maior eficácia na atenção à saúde dos usuários.

Objetivou-se, com este estudo, apresentar o conhecimento dos profissionais da equipe de ESF diante dos conceitos de promoção da saúde e intersetorialidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, realizado em duas Unidades Básicas de Saúde que compõem a ESF de um município do interior do Rio Grande do Sul.

Os estudos qualitativos permitem desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas

abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.⁹ Além disso, esse tipo de abordagem centraliza-se na dimensão do subjetivo, na qual as experiências e os processos de significação estão voltados para o reconhecimento do ponto de vista do outro, e não para as ações observáveis.¹⁰

O município em estudo possui 6 unidades de ESF na área rural e 12 na área urbana. Para a seleção das unidades pesquisadas, foi realizado um sorteio por área, definindo-se previamente que seriam duas unidades de contextos distintos. A unidade sorteada da área urbana possuía três equipes, o que acarretou a realização de um novo sorteio para que o objetivo inicial pudesse ser cumprido.

Participaram do estudo os integrantes de duas equipes da ESF [um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde (ACS)], escolhido por sorteio de cada equipe, totalizando oito sujeitos, que foram entrevistados nos meses de agosto e setembro de 2010. Cada equipe foi identificada por uma cor e cada membro dessa equipe, por um número cardinal.

No dia da entrevista, os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, e a coleta de dados procedeu-se por meio de entrevista semiestruturada, realizada no local de trabalho dos sujeitos, tendo duração média de 30 minutos. Para que as informações transmitidas pudessem ser transcritas de maneira mais fidedigna, foi utilizado um gravador, com autorização dos sujeitos.

Os aspectos éticos e legais envolvendo pesquisas com seres humanos foram mantidos, sendo respeitadas as normas contidas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 311, de 2007, e a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde no Ministério da Saúde, garantindo o anonimato, bem como o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa. Este estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas-RS, sob o Protocolo nº 86/2010.

A análise dos dados foi realizada seguindo o que determina a análise temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja frequência ou presença expressa algum significado para o objetivo visado.⁹ Esse tipo de análise é realizado em três etapas: 1) *Organização dos dados*: envolve a transcrição das entrevistas, realizando uma leitura desse material de forma ordenada, permitindo ao pesquisador o desenvolvimento de um mapa horizontal das descobertas de campo; 2) *Classificação dos dados*: momento em que o pesquisador realiza a leitura exaustiva dos textos, também chamada "leitura flutuante", que lhe permite identificar as estruturas relevantes, anotando as primeiras impressões e buscando coerência entre as informações coletadas. Além disso, nessa etapa, é realizada uma leitura transversal, identificando em cada discurso as categorias empíricas, ou seja, as unidades de

sentido, que são agrupadas por semelhança; 3) *Análise final*: depois de finalizadas as etapas de organização e classificação dos dados, realiza-se a análise final, ou seja, uma releitura das unidades de significado, em paralelo com os objetivos da pesquisa, integrando esses sentidos com os pressupostos teóricos e com o contexto dos informantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante a análise das entrevistas, foi possível conhecer como os profissionais das equipes das ESFs, participantes do estudo entendem a promoção da saúde e a intersetorialidade. Os dados foram agrupados nas seguintes temáticas: Promoção da saúde, Desvendando a intersetorialidade e Práticas intersetoriais.

Promoção da saúde

Pensar em promoção da saúde remete-nos a questionar como ela pode ser entendida e de que maneira ela nos auxilia na geração de diferentes modos de atenção e de gestão em saúde, de novos modos de viver e de entender as realidades sociais. Como campo político, a promoção da saúde deve estar comprometida com os serviços e ações de saúde, colocando os sujeitos – usuário e profissionais – como protagonistas e detentores do poder da criação da própria vida e da autonomia diante dos cuidados com sua saúde.

Nesse sentido, assim os entrevistados conceituaram promoção da saúde:

Toda e qualquer ação ou atividade que tem por objetivo final incentivar algum tipo de cuidado à saúde, seja um cuidado individual, seja da família ou da comunidade em si, no território, onde um profissional ou vários profissionais dão condições para que algum tipo de trabalho educativo ou preventivo aconteça [...] (Azul 1)

Promover saúde é trabalhar no sentido de criar condições, para que as pessoas tenham todas as condições de ter saúde; é prevenir em todos os sentidos, para que os eventos da doença não apareçam. (Vermelho 1)

Nesse contexto, diversos profissionais, dentre eles o profissional de saúde, podem – e devem – apoiar a comunidade para que ela mesma vença suas dificuldades. Este apoio deve ser construído numa discussão intersetorial, que fortaleça um processo de tomada de consciência e de enfrentamento dos problemas vividos pela comunidade na realidade cotidiana.¹¹

Nessa perspectiva, o indivíduo torna-se capaz de exercer maior controle sobre sua saúde e a das outras pessoas e do meio ambiente em que vive, por meio de capacitação e empoderamento. Assim, esse sujeito poderá tomar decisões que o conduzirão a uma saúde melhor, bem como participar dos movimentos relacionados à saúde e à qualidade de vida.¹²

Profundamente relacionada à vigilância à saúde e a um movimento de crítica à medicalização do setor, a promoção de saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Desse modo, a promoção da saúde, ao incidir sobre as condições de vida da população, ultrapassa a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam os diversos determinantes sociais da saúde.¹³

Na Carta de Ottawa,³ salienta-se que, para concretizar essas condições básicas e as expectativas da população, é preciso seguir algumas estratégias: capacitar a população, com o objetivo de reduzir as desigualdades; lutar a favor da saúde como um recurso fundamental para o desenvolvimento socioeconômico e pessoal, bem como para a qualidade de vida; facilitar o acesso a informações, melhorando as condições de vida que permitam opções saudáveis. Essas ações requerem parcerias entre diferentes áreas e setores, sistemas sociais, culturais e econômicos de abrangência local ou regional.

Nesse contexto, é importante que, no cotidiano dos serviços de saúde, ocorra uma construção coletiva entre a comunidade e os profissionais, para que haja efetivo deslocamento de um enfoque preventivo para um enfoque mais abrangente, que considere a diversa gama de fatores, atores e cenários intimamente relacionados ao desafio de promover a saúde.¹⁴ É nesse sentido que dois entrevistados se referem à promoção:

Seria dar orientações e palestras... Orientar mais ou menos o pessoal do mesmo jeito que eles falam, porque, às vezes, a gente usa palavras bonitas, e eles não entendem nada. (Azul 4)

Eu acredito que é o que tu podes falar de prevenção para eles, que como a gente já trabalha há tanto tempo, a gente vê que tinha gente bem desinformada, que não sabia muitas coisas, coisas bem comuns, para eles eram desconhecidas. [...] A gente consegue com que eles venham para o posto, façam exames, mulheres principalmente, que têm que se cuidar mais, fazer pré-câncer. (Vermelho 4)

Para os sujeitos, fica muito clara a relação entre promoção da saúde e educação em saúde. Educar para a saúde é um ramo importante da promoção, por meio do qual muito se pode fazer em prol da qualidade de vida da população, o que ficou demonstrado nesses depoimentos.

Além disso, como foi citado, é interessante que os profissionais da saúde, ao abordarem o público, utilizem uma linguagem adequada e de fácil entendimento, além de oferecer e trocar informações que tenham relevância para a população em questão. É vital que os profissionais percebam que não detêm todo o conhecimento, mas que, utilizando a troca de saberes, as atividades que vierem a ser desenvolvidas, com certeza, serão muito mais proveitosas para todos os atores.

Ainda, é do âmbito da promoção investir na formação de cidadãos e trabalhar para a instituição de espaços

verdadeiramente democráticos, especialmente no nível local, de modo a desenvolver políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde identificados e que possam ser continuamente avaliadas e revisadas a partir desses.¹⁴

Promover saúde é aceitar o imenso desafio de desencadear um amplo processo que inclui atuações intersetoriais, articulação de parcerias e participação popular, visando responder mais efetiva e integralmente às necessidades da sociedade. Desenvolver ações voltadas para os modos de vida dos sujeitos – apostando na capacidade deles de autocuidado – em parceria com serviços de saúde que apontem para os espaços, além dos muros das suas unidades e do próprio sistema de saúde, não é tarefa fácil.

No entanto, nós, como profissionais da saúde, podemos atuar de maneira a favorecer a ampliação das escolhas saudáveis por parte da população, exigindo, juntamente com ela, que o Estado cumpra sua parcela para que os indivíduos possam tornar-se reais protagonistas na organização do processo produtivo em saúde e detentores do poder de criação da própria vida.

Desvendando a intersetorialidade

Trabalhar de forma intersetorial pressupõe desenvolver ações que busquem a promoção de impactos positivos nas condições de vida dos indivíduos e das comunidades. Essas ações devem envolver a articulação de saberes e experiências diversas, objetivando planejar para intervir de maneira efetiva nas situações-problema que afligem as comunidades. Acreditamos, assim, que espaços promotores de intersetorialidade são locais de construção de novas linguagens, saberes e conceitos, capazes de provocar profundas e benéficas mudanças na sociedade.

Nesse sentido, assim é entendida a intersetorialidade:

Eu a entendo como uma rede de ações que são compartilhadas entre os diversos setores, diversos espaços que buscam trabalhar em conjunto, buscamos articular, para que, no fim da história, a gente vá buscar a promoção da saúde. Eu vejo a intersetorialidade como uma forma conjunta que a gente tem, nós e outros espaços, de identificar um problema e buscar articular uma solução em conjunto. (Azul 1)

Saber trabalhar junto. Primeira coisa: saber que a gente não tem o poder de resolver tudo. Então, a gente tem que unir setores pra poder fazer uma coisa mais integral. (Azul 2)

Analisando essas afirmativas, percebe-se que, para os sujeitos, trabalhar de forma intersetorial exige o compartilhamento de conhecimentos, visando à abordagem de novos conceitos e, conseqüentemente, de diferentes práticas em prol da melhoria da qualidade de vida da população. Além disso, é interessante observar que Azul 2 percebe que um profissional isolado é incapaz de solucionar as adversidades e que a ação conjunta

pode gerar um cuidado mais integral e resolutivo, fato que traz inúmeros benefícios para a população.

Entretanto, é importante que todos os profissionais estejam dispostos a atuar nessa nova visão de trabalho, sendo necessárias mudanças na organização dos serviços, além de revisões nos processos de formação dos profissionais atuantes na saúde.

Nesse sentido, a intersectorialidade constitui numa nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilitem a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, a fim de produzir efeitos mais significativos na resolução desse problema.¹⁵ Além disso, a gestão intersectorial surge como uma nova possibilidade para resolver problemas que incidem sobre uma população de determinado território. Essa perspectiva é importante porque aponta uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Isso ocorre dada a complexidade da realidade social, que exige um olhar mais amplo, com o objetivo de otimizar os escassos recursos, procurando soluções integradas.¹⁶

Como um processo coletivo e organizado, a ação intersectorial não pode ser espontânea. Trata-se de uma ação deliberada que requer o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve espaços comunicativos, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento final do problema principal e para a acumulação de forças na construção de sujeitos e na descoberta da possibilidade de agir.¹⁷

Seguindo essa lógica, o serviço de saúde não se limita ao atendimento de intercorrências ou ações preventivas. A escola não se limita ao ensino. O ginásio de esportes não se limita a oferecer seu espaço e equipamentos. Cada serviço sediado numa comunidade compõe uma rede de ação social, que deve articular-se para identificar os problemas e encaminhar soluções integradas.¹⁸

Dessa forma, a intersectorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir acesso igual aos desiguais. Para isso, administradores, gestores, profissionais e a população passam a ser considerados sujeitos com a capacidade de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à realidade social. A população passa a não ser objeto de intervenção, mas, sim, um sujeito assumindo um papel ativo. Assim, muda-se a lógica da política social, saindo da visão da carência, da solução de necessidades para a de direitos a uma vida digna e com qualidade.¹⁶

Em contrapartida, com as afirmativas anteriores, um entrevistado traz a seguinte descrição sobre intersectorialidade:

Eu entendo como uma forma de trabalhar... Ninguém trabalha sozinho, não faz tudo sozinho, mas tem uma comunicação entre os profissionais, entre as áreas que eles atuam... em questão de dúvidas e tudo mais. (Vermelho 2)

Esse depoimento refere-se ao trabalho interdisciplinar, que significa a interação existente entre duas ou mais disciplinas, em contexto de estudo de âmbito mais coletivo, no qual cada uma das disciplinas em contato é, por sua vez, modificada e todas passam a depender claramente umas das outras. Esse processo resulta em enriquecimento recíproco e na transformação de suas metodologias de pesquisa e conceitos.¹⁹

Analisando a afirmação anterior, fica clara, ainda, a visão limitada apresentada por alguns profissionais, uma vez que intersectorialidade não deixa de ser uma troca de saberes entre profissionais. Porém, é mais que isso, é a troca e a complementação de saberes entre profissionais de diferentes áreas atuando em parceria de setores, fora da Unidade Básica de Saúde, tendo em vista o levantamento de problemas e a atuação conjunta, na busca de uma resolução mais efetiva diante dos agravos de saúde da população.

Mudar requer ousadia e aliança de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração dos serviços de saúde. Assim, os problemas de saúde exigem uma prática voltada para a transformação da realidade, que qualifique a vida, colocando-nos, como profissionais de saúde, na responsabilidade e participação ativa em estratégias de articulação interinstitucional e intersectorial.²⁰

Práticas intersectoriais

A ESF recomenda a prestação de uma assistência capaz de atender os seres humanos, levando em conta sua complexidade e integralidade, indo além do estritamente biológico. Para tal, devem ser incluídas ações que ultrapassem os muros das unidades de saúde e atinjam os contextos histórico, cultural, político e socioeconômico dos indivíduos e da comunidade, com o objetivo de promover a saúde deles. A complexidade dessa proposta demonstra a necessária criação de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, dada a incapacidade do setor saúde de atuar isoladamente.^{21,22}

Os sujeitos do estudo consideram que participam e desenvolvem diversas ações intersectoriais:

Tenho algumas experiências para te citar – por exemplo, a experiência mais atual que a gente tá vivendo é a Saúde e Prevenção nas Escolas, trabalhando em parceria saúde-educação. Acho que a gente desenvolve atividade intersectorial, quando a gente vai nos locais que solicitam atividades educativas – por exemplo, escolas nos chamam de outros bairros, a Companhia Estadual de Energia Elétrica, seguidamente, nos chama para trabalhar atividades educativas, a gente vai em escolas infantis, a gente está desenvolvendo um trabalho no CL com engenheiros, com profissionais não somente da saúde, com o serviço social, então eu considero tudo isso como atividade intersectorial. (Azul 1)

Sim, agora está acontecendo aqui o trabalho de saúde e prevenção na escola, o SPE, e então acho que isso já [...] está dando um resultado maravilhoso. (Azul 3)

Nesse sentido, micros e macroestratégias intersetoriais, construídas em articulação pelo Estado e pela sociedade civil, contribuem significativamente para efetividade e eficiência das ações de saúde. Tais articulações e arranjos podem ocorrer mediante a construção de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, como educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros.¹¹

Nota-se que, segundo os sujeitos Azul 1 e 3, são realizadas atividades para promover a qualidade de vida da população. No entanto, a maior parte das atividades não tem se articulado completamente de maneira intersetorial, uma vez que a maioria das ações é planejada por um único setor, para serem aplicadas em outro. Faz-se necessário um processo de planejamento horizontal, levando em conta o que cada setor tem para contribuir.

Além disso, os setores da saúde, educação e ação social parecem ser os parceiros mais comuns quando se avaliam experiências intersetoriais, mas que muitas dessas iniciativas são informais e não envolvem um trabalho prévio de planejamento, sendo ações definidas por apenas um setor.²³

Outro evento importante, observado nesta pesquisa, foi o fato de diversos sujeitos citarem a existência de parcerias entre a ESF e as escolas, nas quais há discussões entre professores, alunos e a equipe, possibilitando a todos a oportunidade de exporem suas ideias, tornando o trabalho proveitoso, uma vez que os temas são abordados conforme a necessidade apresentada pelos usuários.

Diferentemente dos anteriores, os sujeitos Vermelho 1 e 2, assim consideram as atividades intersetoriais:

Nós temos várias atividades [...] no atendimento individual e nos grupos, principalmente o HIPERDIA que a gente desenvolve. A gente integra também, faz trabalhos em conjunto com comunidades religiosas. Então, a gente tenta trabalhar a partir da vivência dos nossos usuários. (Vermelho1)

A única atividade oficial que a gente faz fora do posto são as visitas domiciliares e grupos de hipertensos e diabéticos, o HIPERDIA. (Vermelho 2)

Para os sujeitos, as atividades consideradas intersetoriais são aquelas desenvolvidas nos grupos, principalmente o HIPERDIA, um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando informações para os gestores locais, para os gestores das secretarias municipais, estaduais e para o Ministério da Saúde.¹ É importante ressaltar que os entrevistados consideram os grupos como ações intersetoriais, porque são realizados fora dos muros das unidades, em razão da grande distância das moradias, o

que impossibilita que a população venha até a unidade para receber as orientações pertinentes a cada caso.

Interessante, também, a observação que Vermelho 1 faz ao referir que as atividades são planejadas com base na vivência dos usuários. Isso denota a preocupação do sujeito em adaptar as ações de acordo com os problemas levantados pelo público em questão, fato que leva ao maior interesse das pessoas diante das atividades, uma vez que elas, na maioria dos casos, conseguem obter aquilo que procuram.

Vermelho 2 refere, também, como atividade intersetorial a visita domiciliar, cujo objetivo principal é prestar atenção às famílias e à comunidade, entendendo que elas são importantes entidades relacionadas ao processo de adoecer dos indivíduos. Além disso, a visita domiciliar é um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, uma vez que permite aos profissionais de saúde planejar ações conforme o modo de vida e os recursos disponíveis.^{24,25}

Por meio de visitas domiciliares, é possível desenvolver ações de promoção da saúde em prol da melhoria da saúde dos indivíduos. No entanto, não se caracteriza como atividade intersetorial, uma vez que um indivíduo, ou uma família, não constitui um setor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, mas a prática e a luta para que seus princípios sejam respeitados são cotidianas e permanecem sendo escritas. A busca por sua consolidação por meio da ESF prevê o diálogo entre os diversos saberes e setores como ponto principal para o cuidado. Muito já se avançou nesse sentido, no entanto, há muito mais a ser realizado.

A temática promoção da saúde remeteu a maioria dos sujeitos a ações que objetivavam prevenir as doenças, agindo de forma que elas não apareçam. Essa forma de agir, para os sujeitos, dá-se por meio de ações de educação em saúde, visando ao empoderamento da população diante da própria saúde. É importante que, durante essas ações, o cuidado seja pensado em todas as suas dimensões, considerando a realidade em que o indivíduo se insere, ouvindo-o em seus anseios e dúvidas e compartilhando os saberes e práticas com os demais membros da equipe, para que se alcance um cuidado realmente integral.

Diversas atividades intersetoriais foram citadas como realizadas pelos sujeitos. No entanto, nota-se que as atividades, em sua maioria, não têm se articulado completamente de maneira intersetorial, uma vez que são planejadas por um único setor para serem aplicadas em outro. É de extrema valia que as equipes desenvolvam esse tipo de atividade e acreditamos que, com o passar do tempo, mais profissionais se engajem nessas ações, alcançando, assim, melhorias consideráveis na qualidade de vida da população.

Dessa forma, aprender a conviver com a incerteza, com a insegurança e com o medo de não ter todas as respostas é parte da construção da intersetorialidade. Os caminhos são tortuosos, incompletos, desafiantes, imperfeitos. Mas tudo que é novo vem sempre carregando um

pouco do velho e precisa ser novamente reinventado. Não é um caminho fácil, envolve sofrimento, confusões, frustrações. Mas é gratificante compreender que, ao lado de todas as mazelas, existe o prazer de perceber novos olhares, novas possibilidades e infinitas saídas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. [Citado 2011 ago. 11]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php>>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 68 p.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Carta de Ottawa, Canadá, 1986. [Citado 2011 ago. 24]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>.
4. Organization World Health. Health Promotion Evaluation: recommendations to policymakers. Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO; 1998.
5. Cunha RR, Pereira LS, Gonçalves ASR, Santos EKA, Radünz V, Heidemann ITSB. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(1):170-6.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p.
7. Moyses SJ, Moyses ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(3):627-41.
8. Paula KA, Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. *Interface (Botucatu).* 2004; 8(15): 331-48.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 244p.
10. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(3):507-14.
11. Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(1):145-54.
12. Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(1):82-8.
13. Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface (Botucatu).* 2003; 7(12): 101-22.
14. Colomé JS, Oliveira DLLC. A educação em saúde na perspectivas de graduandos de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008; 28(3):347-53.
15. Comerlato D, Matiello A, Colliselli L, Renk EC, Kleba ME. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. *Rev Katálysis.* 2007; 10(2):265-71.
16. Junqueira LAP. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. *Rev FEA-PUC-SP.* 1999; 1:57-72.
17. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: HUCITEC; 2000.
18. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde Soc.* 2004; 13(1): 25-36.
19. Torres SJ. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed; 1998.
20. Erdmann AL, Schlindwein BH, Sousa FGM. A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(4):560-4.
21. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002; 5(1): 163-77.
22. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(2):153-8.
23. Westphal MF, Mendes R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Rev Adm Pública.* 2000; 34(6):47-61.
24. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. In: Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: manual de enfermagem. São Paulo: MS; 2001. p. 43-6.
25. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm.* 2007; 6:659-64.

Data de submissão: 8/3/2012

Data de aprovação: 13/7/2012

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA NA UNIDADE DE GINECOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO*

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF WOMEN WHO UNDERWENT SURGERY AT THE GYNAECOLOGY UNIT FROM A UNIVERSITY HOSPITAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MUJERES SOMETIDAS A CIRUGÍA INTERNADAS EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Cândida Caniçali Primo¹
Flávia Almeida Plaster²
Mayara Força Bravin²
Franciéle Marabotti Costa Leite³
Eliane de Fátima Almeida Lima⁴

RESUMO

O objetivo com esta pesquisa foi descrever o perfil epidemiológico de mulheres, submetidas a cirurgia, internadas no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES. Trata-se de estudo transversal, de abordagem quantitativa. A amostra por conveniência foi composta por 89 mulheres. A coleta de dados foi realizada de julho a setembro de 2011, por meio de entrevista com registro em formulário. Os dados foram analisados pelo pacote estatístico SPSS 15. Dentre essas mulheres, 39,9% tinham entre 40 a 49 anos; 30,9%, possuíam ensino fundamental incompleto; 51,7% eram de raça/cor branca; 28,1% residiam na Serra; 69,7% eram casadas; 62,9% pertenciam à classe C; 62,9% possuíam trabalho remunerado e 29,2%, renda de até um salário mínimo; 44,9% já haviam usado bebida alcoólica; e 65,2% negaram uso de tabaco. Verificou-se que 59,6% delas tiveram menarca entre 12 e 14 anos e 57,3%, a coitarca até 17 anos; 44,9% haviam tido de três a cinco gestações; 37,1%, de três a cinco partos; 65,2% afirmaram que nunca tinham tido um aborto; 29,2% foram diagnosticadas com mioma uterino e 43,8% foram submetidas a histerectomia; 58,4% relataram que realizavam autoexame das mamas; 69,7% já havia feito mamografia e 93,3%, Papanicolaou. Houve significância estatística entre a realização de mamografia e as variáveis faixa etária e escolaridade. O estudo apresenta perfil socioeconômico semelhante ao de outras pesquisas com essa população, e a maioria refere ter realizado mamografia, Papanicolaou e autoexame alguma vez na vida.

Palavras-chave: Cirurgia; Ginecologia; Saúde da Mulher; Câncer de Mama; Câncer do Colo do Útero; Enfermagem.

ABSTRACT

The present research aims at describing the epidemiological profile of women who underwent surgery at the gynaecology unit of a university hospital in Vitória-ES. It is a cross-sectional study using a quantitative approach. Data was collected through interviews registered in a fill-in form. Samples consisted of 89 women admitted to the obstetrics unit. Data was analysed using SPSS 15.0. The research demonstrated that 39.9% of respondents were between 40 to 49 years old; 30.9% had not completed elementary school; 51.7% were white; 28.1% lived in Serra-ES; 69.7% were married; 62.9% were in the lower middle class; 62.9% had a paid job, and 29.2% had an income of up to one minimum wage; 44.9% had made use of alcohol and 65.2% were not tobacco users. Menarche in 59.6% appeared between ages 12-14; 57.3% had had their first sexual intercourse at about age 17; 44.9% had had three to five pregnancies; 37.1% had had three to five deliveries, and 65.2% reported no miscarriages. A 29.2% were diagnosed with uterine fibroids, and 43.8% underwent a hysterectomy. Breast self-examination was performed by 58.4% of the interviewees, mammography by 69.7%, and Pap smear test by 93.3%. There was statistical significance between the mammography and the variables age and education. The study displays an economic profile similar to other researches with this population: most women had had mammograms, Pap smear test and performed breast self-examination at some time in their lives.

Keywords: Surgery; Gynaecology; Women's Health; Breast Cancer; Cervical Cancer; Nursing

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue describir el perfil epidemiológico de mujeres sometidas a cirugía internadas en el sector de ginecología de un Hospital Universitario de Vitória/ES. Se trata de un estudio transversal, cuantitativo cuya muestra por conveniencia estuvo compuesta por 89 mujeres. La recogida de datos se realizó entre julio y setiembre de 2011, por medio de entrevista con registro en formulario. Los datos fueron analizados por el programa estadístico SPSS 15. El 39,9% tenía entre 40 y 49 años, 30,9% primario incompleto, 51,7% eran de tez blanca, 28,1% residían en Sierra, 69,7% eran casadas, 62,9% pertenecían a la clase C, 62,9% tenía trabajo remunerado y 29,2% tenía un ingreso

* Trabalho realizado na Universidade Federal do Espírito Santo.

¹ Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, Brasil. Pesquisadora do Grupo CNPq: CUIDAR: Ensino e Pesquisa em Enfermagem. E-mail: candidaprino@gmail.com.

² Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, Brasil. E-mail: flaviaplaster@gmail.com e mayara.bravin@hotmail.com.

³ Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, Brasil. Pesquisadora do Grupo CNPq: CUIDAR: Ensino e Pesquisa em Enfermagem. E-mail: emaildafran@ig.com.br.

⁴ Doutoranda em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, Brasil. Pesquisadora do Grupo CNPq: CUIDAR: Ensino e Pesquisa em Enfermagem. E-mail: elianelima66@gmail.com.

Endereço para correspondência – Rua João de Oliveira Soares, 241/701, Jardim Camburi, Vitória-ES, CEP29090-390.

mensual de hasta 1 salario mínimo. 44,9% ya había hecho uso de bebida alcohólica y un 65,2% negó el uso de cigarro. Se verificó que 59,6% tuvo la menarquía entre los 12 y 14 años, 57,3% coitarquia antes de los 17 años, 44,9% de tres a cinco gestaciones, 37,1% de tres a cinco partos y 65,2% afirmó que nunca tuvo ningún aborto. El 29,2% fue diagnosticado con mioma uterino y 43,8% sometido a histerectomía. 58,4% relató realizar el autoexamen de mamas, 69,7% ya había realizado mamografía y 93,3% Papanicolau. Hubo significancia estadística entre la realización de la mamografía y las variables grupo etario y escolaridad. El estudio presenta el perfil socio-económico similar a otros estudios con esta población, es decir, que la mayoría de las mujeres ya había realizado mamografía, examen de Papanicolaou y examen de mama en algún momento de su vida.

Palabras clave: Cirugía; Ginecología; Salud de la Mujer; Cáncer de Mama; Cáncer de Útero; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região.¹

As desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. O relatório sobre a situação da população mundial demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens; que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o acesso delas aos bens sociais, inclusive os serviços de saúde.^{2,3}

Os fatores relacionados ao estilo de vida de uma pessoa podem aumentar o risco de possíveis problemas – por exemplo, vícios como tabagismo, uso de bebida alcoólica. Frequentemente, o risco pode ser minimizado por identificação desses fatores e modificação do comportamento.^{4,5}

A idade na menarca, as características dos ciclos menstruais, o número de gestações, os contraceptivos ou hormônios usados e a idade da menopausa são eventos importantes que podem ter grande impacto sobre muitas doenças, incluindo endometriose, miomas, cardiopatias, osteoporose e cânceres da mama, do endométrio ou do ovário.⁴

Para a neoplasia de colo de útero podemos pontuar um grupo de fatores de risco que inclui multiplicidade de parceiros sexuais, coitarca precoce, tabagismo, multiparidade, uso de contraceptivo oral, baixo nível socioeconômico, sendo que o principal fator de risco é a infecção pelo vírus do papiloma humano (VPH ou HPV), presente em cerca de 90% dos casos.⁶

A prevenção dos agravos à saúde pode ser primária ou secundária. O papel da prevenção primária é o de modificar ou eliminar fatores de risco, enquanto na prevenção secundária enquadram-se o diagnóstico e o

tratamento precoce do câncer.⁷ No diagnóstico precoce do câncer de mama insere-se a mamografia e o exame clínico das mamas, enquanto a prevenção secundária do câncer do colo uterino tem se concentrado no rastreamento de mulheres sexualmente ativas por meio do exame citopatológico do colo uterino.⁸

No que tange aos problemas ginecológicos, tanto malignos quanto benignos, estes podem necessitar de tratamentos cirúrgicos. Entre os benignos, temos, por exemplo, a miomatose uterina, cistos ovarianos, endometriose, distopias, salpingites, problemas intraparto, e outros. Dentre os malignos, encontram-se os diversos tipos de câncer que podem necessitar de intervenções cirúrgicas, muitas vezes apresentando-se como um tratamento longo e difícil para a mulher.⁹

Dessa forma, no intuito de intervir positivamente na saúde da mulher, é essencial conhecer as características socioeconômicas e clínicas das mulheres que buscam assistência nos serviços de saúde, identificando mais detalhadamente suas características para aprimorar os cuidados de enfermagem. Diante desse contexto, o objetivo com este estudo foi descrever o perfil epidemiológico de mulheres, internadas no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES, submetidas a cirurgia.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta pesquisa, adotou-se um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa, realizado na unidade de ginecologia do Hospital Universitário do município de Vitória-ES.

Esse hospital universitário é considerado o maior da rede pública do Espírito Santo, tendo em vista o volume de atendimentos, sobretudo na alta complexidade. Cumpre a função de hospital-escola, atuando na formação de profissionais da área da saúde.

O setor de ginecologia possui 15 leitos, sendo que 2 deles são reservados para mulheres que fazem cirurgias de câncer de mama. São feitas aproximadamente 10 cirurgias por semana, o que corresponde, aproximadamente, a 40 cirurgias por mês.

A população foi constituída de 89 mulheres internadas na unidade de ginecologia que foram submetidas a cirurgia, sendo a amostra do estudo por conveniência, no período de julho a setembro de 2011.

Para o levantamento das variáveis faixa etária, escolaridade, raça/cor, local de residência, estado civil, classe econômica, trabalho remunerado, renda familiar, uso de bebida alcoólica e tabaco, menarca, coitarca, número de gestações, número de partos, número de filhos, número de abortos, diagnóstico médico, realização dos exames de autoexame das mamas, mamografia e Papanicolaou foi utilizada uma entrevista com registro em formulário.

A variável classe econômica foi medida pelo instrumento de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa (Abep), que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". Esse instrumento é composto por um sistema de pontos e permite a identificação das seguintes classes econômicas: A (25-34 pontos), B (17-24 pontos), C (11-16 pontos), D (6-10 pontos) e E (0-5 pontos).¹⁰

As mulheres participaram do estudo após o devido esclarecimento sobre a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, por meio tabelas de frequência com número e percentual. A relação entre as variáveis independentes (faixa etária, escolaridade, raça/cor e classe econômica) e variáveis dependentes (realização de Papanicolaou, mamografia e autoexame) foi realizada por meio de tabelas de dupla entrada com o teste exato de Fischer servindo para medir essa relação com um nível de significância de 5%. O pacote estatístico **SPSS 15 (Social Package Statistical Science Versão)** foi utilizado para esta análise.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo sob nº 083/11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se, na TAB. 1, o perfil demográfico das mulheres internadas no setor de ginecologia. Com relação à faixa etária, 39,3% das mulheres possuem entre 40 e 49 anos. Esse resultado é semelhante ao estudo realizado no Recife-PE, com 249 mulheres que passaram por cirurgia ginecológica e cuja média de idade foi de 43,6 anos, variando entre 13 e 85 anos.¹¹

Quanto à escolaridade, 30,3% das entrevistadas possuíam ensino fundamental incompleto, o que vai ao encontro de estudo que evidencia mediana de sete anos de estudos entre mulheres submetidas a cirurgia ginecológica.¹¹ A baixa escolaridade do grupo pesquisado pode ser um agravante para a saúde das mulheres, sendo considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como um fator de risco obstétrico e ginecológico.¹²

No que se refere à raça/cor predominante das mulheres atendidas, percebe-se que a maioria relatou ser branca (51,7%). Entretanto, de acordo com dados do Espírito

Santo, 48% das pessoas residentes no Estado são de cor parda, 42% de cor branca e apenas 8,3 de cor preta.¹³

Quanto ao local de residência, 28,1% das participantes residiam no município da Serra. Esse resultado pode refletir a busca de atendimento em um hospital de referência em cirurgias ginecológicas, o que sugere insuficiência desse tipo de serviço no referido município.

Verificou-se que 69,7% das mulheres eram casadas, dado que vai ao encontro da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, que revela uma média nacional de 64% de mulheres casadas ou unidas, maiores de 15 a 49 anos, cujo percentual varia de 70% no Centro-Oeste a 61% no Sudeste.¹⁴

No que se refere à classe econômica, 62,9% das mulheres foram classificadas na classe C. Esse resultado foi semelhante ao encontrado no Brasil, no qual 48,4% pertenciam à classe C, 32,1% à classe A/B e 19,5% à classe D.¹⁰

Das participantes, 62,9% relataram que possuíam trabalho remunerado, fato que está em conformidade com o censo do IBGE de 2009, que afirma que 66,4% das mulheres, nesse período, possuíam trabalho remunerado (35,5% com carteira de trabalho assinada e 30,9% sem carteira de trabalho assinada).¹⁵

Quanto à renda familiar, 29,2% recebiam até um salário mínimo, o que se confirma, pelos dados do Ministério da Saúde, em 2008, que a renda média domiciliar per capita, no Espírito Santo, é de aproximadamente um salário mínimo¹⁶ (TAB. 1).

A TAB. 2 contém dados sobre o uso de bebida alcoólica e tabaco por mulheres internadas no setor em estudo. Nota-se que 44,9% das mulheres já fizeram uso de algum tipo de bebida alcoólica. Os indicadores e dados básicos do MS, em 2008, apresentaram que 10,8% da população feminina de Vitória-ES fazia consumo abusivo de álcool.¹⁷

Com relação ao tabaco, 65,2% da amostra afirmou nunca ter feito uso e 9% faziam uso. Os resultados desta pesquisa quanto ao uso de tabaco mostraram-se inferiores aos encontrados nas estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2006, que revelam que a prevalência de mulheres adultas fumantes atinge 17,5% da população feminina maior que 15 anos de idade. Com exceção de alguns países desenvolvidos, como Austrália, Canadá, Estados Unidos e Reino Unido, onde já se evidencia redução do tabagismo no sexo feminino, nos demais encontra-se, na sua maioria, tendência de aumento do tabagismo entre as mulheres.³

A TAB. 3 refere-se às características ginecológicas das mulheres entrevistadas. Percebe-se que 59,6% tiveram menarca entre 12 a 14 anos, achado semelhante ao estudo com mulheres atendidas em uma consulta de pré-natal de um hospital universitário, que evidenciou que a maioria das mulheres (61,8%) teve o início do ciclo menstrual entre 12 e 14 anos.¹⁸

TABELA 1 – Perfil epidemiológico de mulheres internadas no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES – jul./set. 2011.

Característica	Número	Percentual
<i>Faixa etária</i>		
Até 39 anos	30	33,7
40-49 anos	35	39,3
50-59 anos	10	11,2
60 anos ou mais	14	15,7
<i>Escolaridade</i>		
Analfabetas	7	7,9
Ensino fundamental incompleto	27	30,3
Ensino fundamental completo	9	10,1
Ensino médio incompleto	18	20,2
Ensino médio completo	21	23,6
Ensino superior	7	7,9
<i>Raça/cor</i>		
Branca	46	51,7
Parda	21	23,6
Negra	22	24,7
<i>Local residência</i>		
Serra	25	28,1
Vitória	23	25,8
Outros municípios da Grande Vitória	18	20,3
Interior	23	25,8
<i>Estado civil</i>		
Casadas	62	69,7
Solteiras	17	19,1
Viúvas	5	5,6
Divorciadas	5	5,6
<i>Condição socioeconômica</i>		
Classe econômica A/B	17	19,1
Classe econômica C	56	62,9
Classe econômica D	16	18,0
<i>Trabalho remunerado</i>		
Sim	56	62,9
Não	33	37,1
<i>Renda familiar</i>		
Até 1 salário mínimo	26	29,2
Entre 1 e 2 salários mínimos	19	21,3
Entre 2 e 3 salários mínimos	24	27,0
Entre 3 e 4 salários mínimos	9	10,1
Mais de 4 salários mínimos	11	12,4
Total	89	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

TABELA 2 – Dados sobre o uso de bebida alcoólica e tabaco por mulheres internadas no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES – jul./set. 2011.

Característica	Número	Percentual
<i>Uso de bebida alcoólica</i>		
Nunca usou	31	34,8
Já usou	40	44,9
Usa	18	20,3
<i>Uso de tabaco</i>		
Nunca usou	58	65,2
Já usou	23	25,8
Usa	8	9,0

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

TABELA 3 – Perfil clínico das mulheres internadas no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES – jul./set. 2011.

Características	Número	Percentual
<i>Faixa etária da menarca</i>		
Até 11 anos	16	18,0
12 a 14 anos	53	59,6
15 anos ou mais	20	22,4
<i>Faixa etária da coitarca</i>		
Não tiveram	3	3,4
Até 17 anos	51	57,3
18 anos ou acima	35	39,3
<i>Numero de gestações</i>		
Nenhuma gestação	13	14,6
1-2 gestações	25	28,1
3-5 gestações	40	44,9
6 ou mais gestações	11	12,4
<i>Numero de partos</i>		
Nenhum parto	17	19,1
1-2 partos	30	33,7
3-5 partos	33	37,1
6 ou mais partos	9	10,1
<i>Numero de filhos</i>		
Nenhum	18	20,2
1-2 filhos	30	33,7
3- 5 filhos	33	37,1
6 ou mais filhos	8	9,0
<i>Teve abortos</i>		
Não	58	65,2
Sim	31	34,8
<i>Realiza autoexame da mama</i>		
Sim	52	58,4
Não	37	41,6
<i>Realiza mamografia</i>		
Sim	62	69,7
Não	27	30,3
<i>Realiza exame preventivo (Papanicolaou)</i>		
Sim	83	93,3
Não	6	6,7

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

No que tange à coitarca, verificou-se que 57,3% das mulheres afirmaram que aconteceu até os 17 anos de idade, dado que confirma os achados da pesquisa em que se identificou que a maioria das mulheres iniciou sua atividade sexual entre 16 e 18 anos.¹⁹ Atualmente, as jovens têm iniciado precocemente a vida sexualmente ativa, o que tem aumentado, de maneira significativa, os riscos de contraírem uma doença sexualmente transmissível (DST) e/ou uma gravidez não planejada.²⁰

Quanto às gestações, 44,9% tiveram de três a cinco gestações; em contrapartida, no estudo realizado na Unidade de Saúde de Cariacica-ES, 51% das mulheres tiveram de duas a três gestações.¹⁹ Em relação ao número de partos, 37,1% tiveram de três a cinco partos, dados que vão de encontro à pesquisa que demonstrou que a maior parte das mulheres (82,6%) teve de um a três partos.¹⁹

Quanto ao número de filhos, 37,1% possuíam de três a cinco filhos. De acordo com o MS, houve uma redução em 50% na taxa de fecundidade total em todas as regiões brasileiras no período de 1970 a 2000. A taxa de fecundidade total do Espírito Santo, de acordo com o IBGE, em 2005, foi de 1,91. A maior redução foi na Região Norte, passando de 8,2 filhos por mulher em 1970 para 3,2 em 2000.^{21,22}

Quanto à variável aborto, 65,2% das mulheres afirmaram nunca ter vivenciado o abortamento, resultado semelhante a estudo realizado em uma maternidade do município de Serra-ES, com 79 puérperas, em que 78,9% nunca sofreram aborto.²³

Em relação ao autoexame da mama, 58,4% afirmaram realizá-lo; em contraponto, estudo feito em Pelotas-RS demonstrou que a prevalência do hábito de realizar o autoexame de mamas foi de 83,5%, sendo que 80,4% das mulheres o realizavam ao menos uma vez por mês.²⁴

Quanto à realização da mamografia, 69,7% das mulheres afirmaram que já a tinham realizado. Em estudo realizado em Unidades de Saúde do município de Aracruz-ES, constatou-se que 55,8% das mulheres já haviam realizado esse exame.²⁵ O Programa de Controle do Câncer de Mama, proposto pelo Instituto Nacional de Câncer (Inca), tem preconizado a realização de mamografia anual, com no máximo dois anos entre os exames, para as mulheres de 50 a 69 anos, e mamografia anual para mulheres a partir de 35 anos com risco aumentado.²⁶

Quanto ao exame de preventivo (Papanicolaou), 93,3% afirmaram já tê-lo feito. Os resultados são superiores aos publicados a partir do inquérito nacional desenvolvido em 16 cidades brasileiras no período 2002-2003, nos quais foram encontradas coberturas entre 73,4% e 92,9% para mulheres entre 25-69 anos e do estudo de base populacional de Pelotas- Brasil, onde se que encontrou cobertura de 72% para mulheres entre 20 e 69 anos.^{27,28} O MS recomenda a coleta de material para citologia cervical a cada três anos após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano.²⁹

Nota-se, na TAB. 4, que o diagnóstico médico mais frequente foi o mioma uterino, com o percentual de 29,2%, seguido da endometriose, com 11,2%, câncer de mama, com 9%, aborto espontâneo, cisto ovariano e tumor de ovário, com 6,7% cada, dentre outros tipos de diagnóstico. Estudo realizado em Recife-P, demonstrou que o leiomioma uterino foi responsável pelo maior percentual (91,9%) de indicações para a realização de cirurgia ginecológica.³⁰

TABELA 4 – Diagnósticos médicos encontrados nas mulheres do setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES – jul./set. 2011.

Diagnóstico	Número	Percentual
Mioma uterino	26	29,2
Endometriose	10	11,2
Câncer de mama	8	9,0
Aborto espontâneo	6	6,7
Cisto ovariano	6	6,7
Tumor do ovário	6	6,7
Prolapso uterino	4	4,5
Desejo de esterilização cirúrgica	4	4,5
Incontinência urinária	3	3,4
Neumatose uterina	2	2,2
Dor Abdominal	1	1,1
Corioamnionite	1	1,1
Fístula vaginal	1	1,1
Enterocel	1	1,1
NIC II	1	1,1
Sangramento pós-menopausa	1	1,1
Pioartrite	1	1,1
Nódulo da mama	1	1,1
Câncer da vulva	1	1,1
Câncer do colo do útero	1	1,1
Bartholinite	1	1,1
Mastite	1	1,1
Gestação ectópica	1	1,1
Abscesso da cavidade abdominal	1	1,1

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

O tipo de cirurgia mais frequente foi a histerectomia, com 43,8%, em seguida, a quadrantectomia, com 7,9%, e a curetagem e a laparoscopia, com 6,7% cada (TAB. 5). Em contrapartida, estudo realizado em mulheres climatéricas atendidas em um hospital universitário do Maranhão demonstrou como principais tipos de cirurgia realizados a laqueadura tubária (40,3%), a perineoplastia (33,3%) e a histerectomia (11,6%)³¹. Entretanto, destaque-se, em estudo no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), que a histerectomia total abdominal com salpingectomia bilateral em 30,1% das mulheres, a laparotomia exploradora em 14,5%, a

histeroscopia cirúrgica e a histerectomia total abdominal com anexectomia bilateral em 12,9%, foram os principais procedimentos cirúrgicos realizados.¹¹

TABELA 5 – Tipos de cirurgia realizados no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES – jul./set. 2011.

Tipos de cirurgia	Número	Percentual
Histerectomia total	39	43,8
Quadrantectomia	7	7,9
Curetagem	6	6,7
Laparoscopia	6	6,7
Ooforectomia + Salpingectomia	5	5,6
Ligadura tubárea	4	4,5
Miomectomia	4	4,5
Ooforectomia	3	3,4
Sling transobturatório	3	3,4
Mastectomia	2	2,2
Colpoperíneoplastia	1	1,1
Conização	1	1,1
Drenagem de abscesso abdominal	1	1,1
Drenagem em mama	1	1,1
Exérese de endometriose	1	1,1
Linfodectomia	1	1,1
Marsupialização da glândula de Bartholin	1	1,1
Períneoplastia	1	1,1
Salpingectomia	1	1,1
Vulvectomia	1	1,1
Total	89	100,0

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Ao avaliar a relação entre a realização da mamografia e os dados sociodemográficos, verificou-se uma associação positiva entre a realização de mamografia e a variável faixa etária, com significância estatística ($P=0,000$), ou seja, quanto maior a idade, maior o percentual de mulheres que realizaram a mamografia.

Em estudo feito em Unidades de Saúde da Família no município de Aracruz-ES, demonstrou-se a relação entre a faixa etária e a realização de mamografia com grande significância estatística ($p<0,001$). Observou-se que mulheres na faixa etária entre 50-59 (76,0%) representavam o grupo que mais se submetia à mamografia. Por outro lado, apesar de apresentarem menores percentuais, ressalte-se a realização da mamografia no grupo de 35-39 (26,6%) e 40-49 (61,8%).²⁵ Em outra pesquisa constatou-se que as mulheres com idade entre 50 e 59 anos tiveram aumento da prevalência de exames mamográficos anuais, refletindo a possibilidade de essa prática preventiva estar sendo direcionada adequadamente para as mulheres da faixa etária de maior risco para o câncer de mama.²⁴

A menor adesão ao exame de mamografia pelas mulheres de até 49 anos está em conformidade com as recomendações do Programa de Controle do Câncer de Mama, proposto pelo Inca, que tem preconizado que todas as mulheres com idade entre 50 e 69 anos devem realizar rastreamento por mamografia com intervalo máximo de dois anos. Mulheres a partir de 35 anos são aconselhadas a se submeterem ao exame somente em caso de apresentação de determinados fatores de risco.³²

Ao avaliar a relação entre realização de mamografia e nível de escolaridade, observou-se significância estatística ($P=0,001$), ou seja, mulheres com ensino fundamental completo apresentaram maior percentual de realização de mamografia que mulheres com ensino médio incompleto ou acima. Em outro estudo, mostrou-se que entre a escolaridade e a realização de mamografia não houve uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,775$).²⁵

A relação entre a realização de mamografia e a variável raça/cor não apresentou significância estatística ($P=0,129$), ao contrário de pesquisa que mostrou relevância estatística com $p<0,001$, em que foi observado que a raça branca e a indígena realizaram mais mamografia (com 71,4% e 70,7%, respectivamente) que a raça negra.²⁵

Quanto à associação entre a realização de mamografia e a classe socioeconômica, notou-se que esta não foi significativa ($P=0,412$), o que vai de encontro ao estudo que se mostrou bastante significativo estatisticamente, ou seja, $p<0,001$, em que 84,4% das mulheres pertencentes à classe econômica A/B realizavam o exame mamográfico. Em contrapartida, na classe E, esse percentual foi apenas de 35,3%. Nas classes sociais C e D, foram encontrados 60,8% e 48,9%, respectivamente.²⁵

Quanto à relação entre a realização do exame de Papanicolaou e os dados sociodemográficos das mulheres, notou-se que a associação entre a realização desse exame e a faixa etária não apresentou significância estatística ($P=0,483$), ao contrário do estudo em que se apresentou significância estatística ($P=0,05$) e se demonstrou que mulheres com 60 anos ou mais alcançaram as coberturas mais baixas (45%).²⁸

Na relação entre realização de exame de Papanicolaou e escolaridade, não houve significância estatística ($P=0,118$). No entanto, em outro estudo evidenciou-se que a realização do preventivo era maior entre as mulheres que possuíam maior grau de instrução ($P=0,0000$).³³

No que tange à associação entre a realização de Papanicolaou e raça/cor, não se obteve significância estatística ($P=0,629$), achado que vai de encontro a estudo em que se verificou que as mulheres brancas tiveram 4% a mais de chance de terem realizado o exame de Papanicolaou, em comparação com as mulheres não brancas ($P=0,0073$).³³

Quanto à associação entre a realização de Papanicolaou e condição socioeconômica, não houve significância

estatística ($P=0,322$), ao contrário do estudo realizado em Guarapuava-PR, em que se demonstrou que 56,8% das mulheres que realizaram o exame de Papanicolaou ou pertenciam à classe socioeconômica C ou à D ($P<0,0016$).³⁴

Ao avaliar a relação entre a realização do autoexame das mamas e os dados sociodemográficos, percebeu-se que a relação entre realização de autoexame e faixa etária não apresentou significância estatística ($P=0,411$), no entanto, em pesquisa realizada em Jundiá-SP, apontou-se que 43,5% das mulheres com 50 anos ou mais realizavam o autoexame das mamas mensalmente ($P=0,0012$).³⁵

Na relação entre realização de autoexame e escolaridade, não houve significância estatística ($P=0,073$). Em estudo realizado no Centro de Saúde Escola e Unidade Materno-Infantil do Pará-PA, demonstrou-se que o grau de escolaridade influencia na prática do autoexame das mamas ($P=0,05$), ou seja, a maioria das mulheres (58,2%) com ensino médio ou acima, realiza esse exame.³⁶

Quanto à relação entre a realização de autoexame e a variável raça/cor, no estudo não houve significância estatística, ou seja, $P=0,242$, achado que vai ao encontro de estudo realizado em Jundiá-SP, com mulheres que utilizavam a rede pública, que também demonstrou não haver significância estatística ($P=0,3959$) entre a realização do exame e a raça/cor.³⁵

Não houve significância estatística ($P=0,216$) na relação entre a realização de autoexame e a classe econômica, ao contrário do achado de estudo no município de Maringá-PR, no qual foi observado forte correlação entre a classe econômica e a realização do autoexame das mamas. As mulheres de classe econômica C, tanto na análise bruta quanto na ajustada, foram as que mais relataram realizar o autoexame das mamas ($p=0,0325$).³⁷

REFERÊNCIAS

1. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global Editora; 1983.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. World Health Organization. Core health indicators. [Citado 2011 nov. 20]. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/databas>>.
4. Berek JS, Novak: tratado de ginecologia. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
5. Viana LC, Geber S, Martins M. Ginecologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Falando de câncer de colo de útero. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
7. Godinho ER, Koch HA. O perfil da mulher que se submete à mamografia em Goiânia: uma contribuição a bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama. Radiol Bras. 2002; 35: 139-45.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>>.
9. Lemgruber L, Lemgruber M. Histerectomias. In: Lemgruber L, Oliveira H. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 1383-94.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil 2010. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.abep.org>>.
11. Hinrichsen SCA, Souza ASR, Costa A, Amorim MMR, Hinrichsen MGML, Hinrichsen SL. Fatores associados à bacteriúria após sondagem vesical na cirurgia ginecológica. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55 (2): 181-7.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: Manual Técnico. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil; 2010. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, foi possível traçar o perfil das mulheres internadas no setor de ginecologia do Hospital Universitário de Vitória-ES, que em sua maioria pertenciam à faixa etária de 40 a 49 anos; tinham ensino fundamental incompleto; raça/cor branca; residiam na Serra; eram casadas, pertenciam à classe C; possuíam trabalho remunerado e renda de um salário mínimo. A maioria dessas mulheres fazia uso de bebida alcoólica e negava o uso de tabaco. Tiveram a menarca entre 12 a 14 anos, a coitarca até 17 anos, tiveram de três a cinco gestações/partos e filhos, e afirmaram nunca terem tido um aborto. Percebeu-se que o diagnóstico prevalente foi o mioma uterino e a cirurgia mais realizada foi a histerectomia.

A maioria relatou que realizava autoexame das mamas, já ter feito mamografia e exame de Papanicolaou alguma vez. Esse resultado indica que essas mulheres tiveram acesso aos serviços de atenção à saúde no que tange a atividades preventivas.

Houve significância estatística entre a realização de mamografia e as variáveis: faixa etária escolaridade. Concluiu-se, assim que quanto maior a idade da mulher, maior percentual de realização do exame mamográfico. Verificou-se, também, que mulheres com ensino fundamental completo apresentaram maior percentual de realização de mamografia que mulheres com ensino médio incompleto ou acima.

Destaque-se que os achados deste estudo demandam pesquisas mais detalhadas no que se refere à periodicidade e à adesão aos exames de rastreamento e Papanicolaou pelas mulheres, conforme orienta os protocolos do Ministério da Saúde.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: relatório 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil; 2009. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos de 2009. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Síntese de resultados e comentários. [Acesso em 14 out. 2011]. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>.
18. Spindola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(3): 381-8.
19. Leite FMC, Amorim MHC, Nascimento LGD, Mendonça MRF, Guedes NSA, Tristão KM. Mulheres submetidas à coleta de Papanicolaou: perfil socioeconômico e reprodutivo. Rev Bras Pesq Saúde. 2010; 12(1): 57-62.
20. Takiuti AD. A saúde da mulher adolescente. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos; 1997. p. 213-90.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil; 2005. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
23. Leite FMC, Amorim MHC, Nunes GF, Soares MFS, Sabino NQ. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas internadas em uma maternidade de alto risco no município da Serra, ES. Rev Bras Pesq Saúde. 2009; 11 (1): 22-6.
24. Scowitz ML, Menezes AMB, Gigante DP, Tessaro S. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. Rev Saúde Pública. 2005; 39: 340-9.
25. Leite FMC, Amorim MHC, Marques GMT, Vilela APM. A estratégia de saúde da família e o rastreamento do câncer de mama. Rev Espaço Saúde. 2011; 12 (2): 1-9.
26. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção e controle de câncer. Rev Bras Cancerol. 2002; 48: 317-32.
27. Martins LFL, Thuler LCS, Valente JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(8): 485-92.
28. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Borba AT *et al*. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19: 191-7.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Controle dos cânceres de colo do útero e mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>.
30. Araújo TVB, Aquino EML. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. Cad Saúde Pública. 2003; 19(2): 407-17.
31. Malheiros ESA, Pereira JDM, Sousa WB, Chein MBC, Brito LMO, Guimarães HSJ. Análise epidemiológica de mulheres climatéricas atendidas em Hospital Universitário no Maranhão. Rev Hosp Univer UFMA. 2009; 10(1): 52-5.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama – Viva Mulher. [Citado 2011 out. 11]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>.
33. Souza LM, Fioravente E. Fatores associados à realização dos exames preventivos de câncer de mama e de colo uterino, pelas mulheres brasileiras. In: Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu; Minas Gerais; 2008. p. 134.
34. 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; 44(4): 940-6.
35. Borges JBR, Morais SS, Borges TG, *et al*. Perfil das mulheres no município de Jundiá quanto ao hábito do autoexame das mamas. Rev Bras Cancerol. 2008; 54(2):113-22.
36. Monteiro APS, Arraes EPP, Pontes LB, Campos MSS, Ribeiro RT, Gonçalves REB. Autoexame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. RBGO. 2003; 25(3): 201-5.
37. Matos JC, Pelloso SM, Carvalho MDB. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011; 27(5): 888-98.

Data de submissão: 1º/2/2012

Data de aprovação: 13/7/2012

CONHECIMENTO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO SOBRE ILEOSTOMIA, NA ATENÇÃO BÁSICA

KNOWLEDGE OF PROFESSIONAL NURSING ON ILEOSTOMY, IN PRIMARY CARE

EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL EN LA ILEOSTOMÍA, EN ATENCIÓN PRIMARIA

Márcia Tasso Dal Poggeto¹
Fernanda Bonato Zuffi¹
Raíssa Bianca Luiz²
Saulo Pereira da Costa²

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, cujo objetivo foi identificar o conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre ileostomia das Equipes de Saúde da Família (ESFs) do Distrito Sanitário I de Uberaba e descrever a percepção dos profissionais enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem com o paciente ileostomizado. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os dados foram coletados com 16 enfermeiros, por meio de entrevistas semiestruturadas. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin. Os enfermeiros, em sua maioria, eram do sexo feminino (93,75%), solteiros (56,25%), com um, a cinco anos de formação na enfermagem e com tempo de trabalho na ESF de um a cinco anos. A variação de idade foi 25 a 45 anos. Da análise dos dados, emergiram três categorias: conhecimento adequado, insuficiente e ausente em relação às ileostomias, suas possíveis complicações aos cuidados e a abordagem ao paciente ileostomizado. Deve-se considerar que o conhecimento recebido pelo enfermeiro no curso de graduação e/ou na prática profissional possibilita o desenvolvimento de ações com o objetivo de empreender esforços para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes e capacitar os profissionais envolvidos na assistência para o desempenho de ações baseadas no conhecimento científico, tendo como pano de fundo a assistência especializada e sistematizada.

Palavras-chave: Enfermagem; Ileostomia; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This was an exploratory study with a qualitative approach that aimed to identify the knowledge of nurses on ileostomy of Family Health Teams (FHT) of the Health District of Uberaba that described the perception of nurses on the nursing care with definitive stoma patient. After approval from the Research Ethics Committee, data were collected with 16 nurses, through semi-structured interviews. Thematic content analysis proposed by Bardin was used. Most were female (93.75%), single (56.25%), with 1 to 5 years of study in nursing and had worked in the FHT 1-5 years. The age range was 25 to 45 years. In the data analysis revealed three categories: proper knowledge, inadequate or absent in relation to its possible complications ileostomy care and approach to patients with definitive stoma. One must consider that from the knowledge received by nurses in undergraduate and / or professional practice, enables the development of actions aimed at efforts to improve the quality of life of these patients, as well as empowering professionals assistance to perform actions based on scientific knowledge, against the backdrop of the specialized assistance and systematized.

Keywords: Nursing; Ileostomy; Primary Health Care.

RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio con abordaje cualitativo que tuvo como objetivo identificar los conocimientos de las enfermeras en ileostomía de Equipos de Salud Familiar (ESF) del Distrito de Salud I de Uberaba y describir la percepción de las enfermeras sobre el cuidado de enfermería con paciente estoma definitivo. Después de la aprobación por el Comité de Ética en la Investigación los datos fueron recolectados de 16 enfermeras a través de entrevistas semiestructuradas. Fue utilizado la técnica de análisis de contenido propuesto por Bardin. La mayoría eran mujeres (93,75%), solteros (56,25%), con 1-5 años de formación en enfermería y había trabajado en el FSE 1-5 años. El rango de edad fue de 25 a 45 años. En el análisis de datos reveló tres categorías: el conocimiento adecuado, inadecuado o inexistente en relación con sus posibles complicaciones de atención ileostomía y el enfoque a los pacientes con estoma definitivo. Hay que considerar que a partir de los conocimientos adquiridos por los enfermeros en pregrado y / o práctica profesional, permite el desarrollo de acciones dirigidas a los esfuerzos para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, así como profesionales de la potenciación asistencia para llevar a cabo acciones basadas en el conocimiento científico, en el contexto de la asistencia especializada y sistematizada.

Palabras-clave: Enfermería; Ileostomía; La Atención Primaria de Salud.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG.

² Enfermeira(o) egressa(o) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG.

INTRODUÇÃO

Os termos “estomia”, “ostomia”, “estoma”, “ostoma” são sinônimos oriundos do grego *stóma*, que significa boca ou abertura, sendo utilizados na exteriorização cirúrgica de qualquer víscera oca através da pele.¹

As estomias intestinais podem ser classificadas, quanto ao tempo de permanência, em definitivas ou temporárias. As definitivas são as que se apresentam no segmento distal do intestino extirpado, impedindo o estabelecimento do trânsito intestinal normal. Já as temporárias possibilitam o restabelecimento do trânsito intestinal, quando sanado o problema que levou à confecção.²

O paciente estomizado sofre profundas transformações em sua vida, tanto no âmbito social quanto no biológico e no psicológico, necessitando de orientações adequadas visando à sua reabilitação.³

Um dos tipos de estoma intestinal é a ileostomia, situada no quadrante inferior direito do abdome, no nível do intestino delgado, tornando o intestino grosso inativo em sua totalidade, temporariamente ou definitivamente.⁴

De maneira geral, as ileostomias estão previstas na abordagem terapêutica de um grande número de doenças que incluem o câncer colorretal, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica, polipose adenomatosa familiar, trauma, megacólon, infecções perineais graves e proctite actínica, dentre outras.⁵

De acordo com o tipo de doença ou indicação, a ileostomia é dividida em terminal (de Brooke) e em temporária (alça), sendo a última classificada em convencional, em alça terminal e continente.⁶

A principal indicação da ileostomia terminal é a proctocolectomia total, realizada, geralmente, para tratamento da retocolite ulcerativa grave. Outras indicações são doença de Cröhn, trauma, anomalias congênitas e polipose múltipla familiar.⁶ A ileostomia em alça é indicada como proteção de anastomoses distais, para impedir o funcionamento do segmento distal comprometido, como em doença intestinal inflamatória ou colite isquêmica, e para descomprimir um segmento obstruído como ocorre no câncer ou doença diverticular.⁶ O paciente ileostomizado não eliminará as fezes pelo ânus, que passa a ser eliminada pela ileostomia. Assim, o paciente não possui controle voluntário sobre a evacuação, necessitando de um dispositivo coletor para as fezes. Sem a função do cólon, o ileostomizado fica propenso a eliminar mais eletrólitos por dia, o que pode provocar a desidratação. Em relação à alimentação, os efeitos provocados podem variar de uma pessoa para outra.⁷

Além disso, deve-se atentar para o fato de que os efluentes de uma ileostomia vêm diretamente do intestino delgado, ou seja, contêm enzimas digestivas que são irritantes para a pele, o que fundamenta a qualidade e o posicionamento correto do dispositivo

coletor com barreira de hidrocoloide, protegendo a pele periestoma.⁴

A ileostomia deve ser localizada onde o paciente possa visualizá-la, propiciando o autocuidado, pois, assim, ele terá maior segurança e autonomia nas atividades da vida diária. Concomitantemente, facilitará a visualização precoce de possíveis intercorrências, tais como dermatite, edema, excesso de muco, deiscência, prolapso, estenose, dentre outras.

Essas evidências requerem que o profissional de enfermagem tenha atenção especializada em relação às ileostomias: prestar assistência individualizada vinculada à ação educativa, sistematizada e planejada, no âmbito da conscientização, com a participação ativa do cliente no tratamento e na reabilitação, criando condições para o sentimento de independência e autocontrole ao se defrontar com a nova situação que lhe foi imposta.^{8,9}

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, com a proposta de incrementar a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), a reorientação das práticas assistenciais e a efetivação da Atenção Básica no Brasil.¹⁰

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a manutenção da saúde, a prevenção de agravos e complicações, bem como o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do indivíduo, da sua família e da comunidade. Caracteriza-se por trabalho em equipe, dirigido às populações de territórios delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que necessitam resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado. Ressalte-se que o vínculo e a continuidade da atenção, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social compõem a Atenção Básica.¹¹

Uma equipe multiprofissional com médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, dentre outros,¹¹ constituem a Atenção Básica.

As Equipes de Saúde da Família (ESFs) programam e implementam atividades, priorizando a solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda, com ações educativas que promovam a saúde e previnam complicações dos agravos que acometem a população.

Para que as ações ocorram efetivamente, é necessário que o enfermeiro esteja capacitado para realizar assistência integral aos indivíduos e famílias atendidas e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários em todas as fases do ciclo de vida humano.¹²

O enfermeiro da Atenção Básica é o que mais se aproxima e está em contato com o paciente em seu domicílio, conhecendo seus hábitos de vida, condições socioeconômicas e culturais. Esta aproximação favorece o cuidado com o paciente estomizado, que após a confecção de uma ileostomia retorna à sua casa, muitas vezes, com dúvidas, anseios e problemas.

Por isso a assistência envolve o atendimento das necessidades biológicas, como controle integral do estoma e de seus efluentes, das complicações gerais e locais, favorecendo ao paciente o retorno às atividades rotineiras. O enfermeiro deve ter conhecimento e habilidade para orientar sobre a prática de atividade física, higiene corporal e do estoma, uso de roupas que promovam maior conforto e adequação ao dispositivo coletor, cuidados com o armazenamento e a utilização do dispositivo, além da alimentação, que poderá gerar complicações, como diarreia.

O cuidado de enfermagem deve ser individualizado, objetivando o bem-estar físico e psicológico do paciente, facilitando o indivíduo a retomar seu papel na sociedade.¹³ Para isso, a visita domiciliar é uma das estratégias em que se fortalece o vínculo enfermeiro-paciente, obtendo uma visão holística, ajudando-o a resgatar confiança, a autoestima e independência.¹⁴

As necessidades psicossociais do paciente estomizado incluem o enfrentamento do convívio familiar e social, da auto imagem e da mudança no estilo de vida.⁴

Assim as ileostomias fazem parte do contexto de cuidados do profissional enfermeiro, que deve estar capacitado a prestar assistência integral e contínua ao paciente, fortalecendo o autocuidado, para que possa se reinserir na sociedade de forma independente e autônoma.

Os objetivos com este estudo foram identificar o conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre ileostomia das ESFs do Distrito Sanitário I de Uberaba e descrever a percepção dos profissionais enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem com o paciente ileostomizado.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob o Parecer nº 1.395, respeitando a Resolução nº 196/96 sobre pesquisas que envolvem seres humanos.

Por ocasião da coleta de dados da pesquisa, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, receberam a garantia do anonimato das informações, sendo identificados por números, assim como foi solicitada a permissão para gravar as entrevistas em mídia digital. Além disso, como parte da documentação prevista nessa legislação, elaborou-se

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio de linguagem clara e objetiva. Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre os objetivos da pesquisa, sobre os procedimentos usados para a coleta de dados, sobre os possíveis constrangimentos ou benefícios, bem como foi garantido o sigilo e respeitado o desejo ou não de participar da pesquisa. Esse documento foi entregue e discutido com as participantes do estudo, anteriormente ao início da entrevista, e, para aqueles que concordaram em participar, foi solicitado que assinassem o termo, ficando com uma cópia.

Os dados foram coletados em unidades que comportam as ESFs do Distrito Sanitário I, de um município do Triângulo Mineiro. A população foi constituída pelos enfermeiros que fazem parte das 16 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário I e que concordaram em participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a julho de 2010. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, individuais, previamente agendadas com os enfermeiros das ESFs que compõem o estudo.

O instrumento utilizado foi construído para esse fim. As perguntas norteadoras incluíram: "O que você entende por ileostomia?", "Você tem algum conhecimento sobre possíveis complicações da ileostomia? Qual?", "Quais os cuidados que julga necessário ter com a ileostomia com o paciente ileostomizado?", "Durante o cuidado ao paciente ileostomizado, você aborda outros aspectos além da ileostomia?".

A análise do material foi realizada em etapas, segundo análise de conteúdo proposta por Bardin.¹⁵ Após a leitura exaustiva, as entrevistas foram organizadas, analisadas, descritas e categorizadas. As frases foram agrupadas por similaridade dos temas.

RESULTADOS

Foram entrevistados 16 enfermeiros, cuja idade variava entre 25 e 45 anos; destes 15 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com 6 a 15 anos de formação. Quanto ao tempo de trabalho na ESF, a maioria apresentou de 1 a 5 anos de trabalho (9 enfermeiros), em seguida, acima de 10 anos (4 enfermeiros), 6 a 10 anos (2 enfermeiros) e menos de 1 ano (1 enfermeiro).

Da análise dos dados emergiram três categorias: conhecimento adequado, insuficiente e ausente, em relação às ileostomias, suas possíveis complicações aos cuidados e a abordagem ao paciente ileostomizado.

Para tanto, foi considerado o conhecimento adequado quando o enfermeiro respondeu corretamente às questões norteadoras; conhecimento insuficiente, quando relatou menos de três afirmações verdadeiras; e conhecimento ausente, quando respondia de maneira inadequada e/ou apresentava desconhecimento das questões.

TABELA 1 – Distribuição de frequência de identificação dos enfermeiros das ESFs no município do Triângulo Mineiro.

Variáveis	Enfermeiro		
		N	%
Sexo	Masculino	1	6,25
	Feminino	15	93,75
Faixa etária (em anos)	25 -30	8	50
	31 -35	3	18,75
	36 -40	4	25
	41 -45	1	6,25
Anos de formação na enfermagem (em anos)	1 -5	9	56,25
	6 -10	3	18,75
	10 -15	4	25
Tempo de trabalho na ESF (em anos)	< 1	1	6,25
	1 -5	9	56,25
	6 -10	2	12,5
	>10	4	25

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Com relação à primeira questão norteadora, “O que você entende por ileostomia?”, a maioria dos enfermeiros (8) demonstrou conhecimento adequado; 6 apresentaram conhecimento insuficiente e apenas 2 desconheciam a temática. Os relatos a seguir demonstram um conhecimento adequado, um insuficiente e um ausente em relação ao entendimento por ileostomia:

É uma incisão feita no abdome, onde é colocado uma parte do intestino delgado [...], como se fosse uma protusão dele para o exterior [...] onde vai colocar uma bolsa para sair as fezes. (E01)

É quando coloca a bolsa [...] na parte do intestino delgado [...]. Não é do intestino grosso [...]; acho que as fezes são líquidas. (E04)

(É) uma abertura feita [...]. Fica o intestino para fora [...] e faz as coisinhas por lá. (E08)

A visão de que a ileostomia é um procedimento cirúrgico no qual é realizada uma abertura artificial entre o intestino delgado e a parede abdominal, por onde se dá a passagem do conteúdo intestinal,¹⁶ foi compreendida pela maioria dos enfermeiros. É fato, porém, que não se pode ter uma visão simplista de uma ileostomia. Os mecanismos envolvidos, os fatores de risco, a fisiopatologia, as informações técnicas sobre o procedimento cirúrgico e como assistir o paciente, para que se possa orientar corretamente a equipe, pacientes, familiares ou cuidadores, devem ser entendidos, a fim de se obter um ambiente de autocuidado com perspectivas positivas para tratamento, cuidados e detecção de possíveis complicações apresentadas no pós-operatório.¹⁷

O enfermeiro da Atenção Básica é o ator fundamental nesse processo, por estar sempre próximo do paciente e de seus familiares, bem como pode esclarecer facilmente possíveis dúvidas, desde o preparo para a cirurgia até quando o paciente conseguir autonomia para o autocuidado.

Ao abordar sobre as complicações da ileostomia, “Você tem algum conhecimento sobre possíveis complicações da ileostomia?”, dos 16 enfermeiros, 5 apresentaram conhecimento adequado; 7, conhecimento insuficiente; e 3, desconhecimento, exemplos evidenciados pelas falas abaixo:

Dermatite de contato, edema, hérnia. (E01)

Pelo que sei e acompanhei, a pessoa deu uma irritação muito grande na colinha que vem pregando a peça. (E04)

Não tenho conhecimento. (E03)

As complicações advindas da ileostomia são semelhantes às de qualquer tipo de estoma e estão associadas à localização inadequada do estoma, bem como à idade, ao aumento de peso no pós-operatório e à fragilidade da musculatura abdominal.¹⁸

Prolapso, necrose, edema, deiscência, hérnia, hemorragia e infecções são complicações comuns aos estomas intestinais.¹⁹ Merece destaque, porém, a dermatite de contato, pois os efluentes da ileostomia contêm enzimas digestivas que podem irritar a pele⁴, além da desidratação, pois, sem a função do cólon, o ileostomizado absorve menor quantidade de eletrólitos.⁷

As complicações tornam o paciente mais dependente e fragilizado, o que dificulta sua adaptação com as mudanças ocorridas no seu corpo e no seu viver.²⁰

Dessa forma, o papel da enfermagem da Atenção Básica é essencial, principalmente no período pós-operatório. O conhecimento pelo enfermeiro das complicações trará ao paciente maior segurança e autonomia, assim como o incentivo ao autocuidado, tornando-o mais confiante na realização de suas atividades de vida diária.¹⁴

A enfermagem deve apoiar o paciente a aceitar a nova forma de eliminar os efluentes, assim como reconhecer possíveis complicações, integrando-o na rotina de cuidados com o estoma.¹³

A educação em saúde é uma estratégia que otimiza o trabalho da enfermagem. Por meio da participação do paciente nesse contexto, é possível expor sua problemática, dividir com o profissional seus medos e angústias, facilitar a expressão de suas emoções,²⁰ o que viabiliza o embasamento do enfermeiro para a elaboração do plano de cuidados.

Com relação à terceira questão norteadora, "Quais os cuidados que julga necessário ter com a ileostomia e com o paciente ileostomizado?", 11 enfermeiros apresentaram conhecimentos adequados, seguidos de 5 com conhecimento insuficiente.

Cuidado com as fezes corrosivas [...]. Cuidado emocional [...]. Cuidado com a troca da bolsa [...]. Não usar pomadas, óleo ao redor do estoma... (E 02)

(É) importante a questão da higiene do estoma [...]; frequência na troca da bolsa [...]; questão da alimentação [...], pra não ficar com intestino preso ou solto; questão social; ensinar o autocuidado [...]. Ele deve aprender a fazer sozinho... (E10)

Será que são os mesmos que se têm com a colostomia? (E12)

Os enfermeiros, de maneira geral, compreenderam que o efluente eliminado em uma ileostomia é de consistência líquida e em grande quantidade, ao contrário da colostomia, que possui consistência e características diferentes.

O PH alcalino do efluente da ileostomia provoca a perda da integridade cutânea na pele periestoma, faz com que enzimas proteolíticas iniciem um processo inflamatório, que pode gerar eritema, erosão da pele, pontos sangrantes e muita dor.² Para prevenir essas lesões na pele, a bolsa deve ser esvaziada quando alcançar um terço da sua capacidade e, posteriormente, lavada.

A demarcação de um estoma, em especial a ileostomia, é crucial para evitar que surjam complicações, pois sua localização em proeminências ósseas, locais de difícil acesso ou desconforto ao paciente podem prejudicar o cuidado.

O diâmetro do estoma também deve ser verificado todas as vezes que se realiza a troca do equipamento, e, caso não seja observado, pode causar outras complicações, como edema gerado pela compressão da barreira de proteção da pele.¹⁹

Com relação à abordagem enfermeiro-paciente, indagou-se: "Durante o cuidado ao paciente ileostomizado, você aborda outros aspectos além da ileostomia?" Sobre essa questão, 13 enfermeiros apresentaram conhecimento adequado; 1, conhecimento insuficiente; e 2, conhecimento ausente.

(É) importante a gente ter um apoio psicológico [...] porque, geralmente, os pacientes se sentem bem pra baixo, tendo que usar uma bolsa [...]. Deve fazer a família participar dos cuidados, dar apoio ao paciente [...], falar sobre as roupas [...], usar umas que não aperte muito. (E09)

Suporte psicológico, humanização no atendimento [...], cuidados na alimentação, conforto e na hora do banho [...] sua alimentação, ingesta hídrica [...], deambulação, suporte emocional, sono, sedentarismo... (E16)

Sei lá [...]. Se for hipertenso falar sobre hipertensão, se for diabético, sobre diabetes.

Dá uma olhada pra ver como tá o meio ambiente [...], na casa de um modo geral [...]. Ah, muita coisa [...]; pode tá falando de dengue [...] de influenza A [...], pode tá falando de um monte de coisa... (E08)

O aspecto mais enfatizado pelos enfermeiros está relacionado ao apoio psicológico e à influência da confecção da ileostomia em sua autoestima, o que é comprovado na literatura. A alteração na imagem corporal acarreta diminuição da autoestima, levando alguns estomizados a se retraírem e, até mesmo, se isolarem, como forma de defesa.²¹

Outros autores acreditam que os pacientes estomizados sentem-se em desvantagem, enfraquecidos ou até mesmo de distorção, por saírem do estereótipo criado pela sociedade. Isso pode acarretar uma série de alterações na vida do sujeito – por exemplo, incontinência, dependência, insegurança e desconforto.²²

Com o decorrer do tempo e as possibilidades de adaptação encontradas, o ileostomizado desenvolve estratégias de enfrentamento para lidar com os problemas ou modificações cotidianas ocorridas em razão da estomia. Esses pacientes necessitam, também, de apoio de pessoas próximas e de um tempo para refletir e adaptar-se a essa nova condição de vida.²³

Assim, é primordial e indispensável a atuação multiprofissional, com integração dos diferentes níveis de atenção à saúde, com o objetivo de estabelecer uma relação de confiança profissional-paciente, acompanhamento e resolutividade das dificuldades encontradas por esta clientela.²³

Além das categorias analisadas, surgiram falas isoladas que retratam déficit na formação do enfermeiro, somadas à falta de experiência em sua vivência profissional, evidenciadas pelas falas abaixo:

O acompanhamento é do Hospital-Escola [...], fazer, trocar, nada disso eu fiz [...]. Nem na época de faculdade eu troquei [...]. Meu conceito é zero [...]; isso é mais na área hospitalar... (E 07)

Só com o conhecimento mesmo que tenho com a faculdade... (E04)

A gente não tem muito contato com esse tipo de paciente... Contato, contato, nunca tive... (E05)

Além de ser um cuidador, o enfermeiro, antes de tudo, é um educador. É essencial que esse profissional esteja preparado e utilize a educação em saúde como instrumento para assistência eficaz, promovendo ações que incentivem o autocuidado e possibilitem aos pacientes e/ou familiares tornarem-se multiplicadores dos conhecimentos adquiridos.²⁴

O fato de não ter experiência na prática profissional não impede que o enfermeiro se capacite sobre o assunto. É fundamental que o processo de cuidar implique uma relação empática com aquele que é cuidado. Compreendê-lo em suas necessidades, respeitar suas limitações, favorecer-lhe as vontades, desejos e estimular suas potencialidades devem fazer parte de todo o processo de reabilitação.

Educação e cuidado devem caminhar juntos na prática da enfermagem, e isso retratará uma consciência crítica nas pessoas das causas dos seus problemas, para, assim, despertar uma motivação no intuito de obter a mudança desejada em busca do tratamento.²⁵

Em relação à formação, o enfermeiro deve ser um profissional único, fundamental, essencial e atuante na Atenção Básica, deve transcender o tradicional, ser mais do que um enfermeiro comum. Estar sempre disposto a expandir limites, buscar conhecimentos e preparado para eventuais dificuldades. Se um grupo de trabalho possuir essas características, certamente será mais forte, envolvido e preocupado com o processo de transformação objetivando a melhor qualidade possível na assistência prestada.²⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo a Declaração Internacional dos Direitos dos Estomizados, o paciente tem o direito de receber cuidados de enfermagem especializados no período pré-, trans- e pós-operatório, tanto no hospital como em suas próprias comunidades. O conhecimento, porém, sobre a ileostomia, sobre suas complicações e cuidados vai depender muito da compreensão do profissional enfermeiro acerca de tudo o que envolve as modificações na vida do ileostomizado após a cirurgia. É imprescindível acompanhar seu retorno às atividades sociais, laborais e de lazer, para melhor programar a assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Zampieri JC, Jatobá PP, Histórico. In: Crema E, Silva E. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba: Pinti; 1997. p. 13-8.
2. Cascais AFMV. Representações sociais da condiação de estar estomizado por câncer. [Tese de mestrado]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.
3. Cesaretti IUR, Santos VLCCG, Fillipin MJ, Lima SRS, Ribeiro AM. A enfermagem e o processo de cuidar de estomizados. In: Crema E, Silva R. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba: Pinti; 1997. p.125-44.

Neste estudo, os enfermeiros demonstraram conhecimento em relação à ileostomia, sendo que 8 apresentaram conhecimento adequado; 6, conhecimento insuficiente; e apenas 2 desconheciam a temática.

Quando indagados sobre as possíveis complicações da ileostomia, verificou-se que a maioria as desconhecia. Dos 16 enfermeiros, 5 apresentaram conhecimento adequado; 7, conhecimento insuficiente; e 3, desconhecimento. Deve-se considerar essa etapa fundamental no cuidado aos ileostomizados, pois destaca-se dentre as possíveis complicações a dermatite irritativa causada pelo efluente, o que compromete a adesividade do dispositivo coletor e, conseqüentemente, a reabilitação do paciente ileostomizado.

No que se refere aos cuidados com a ileostomia e com o paciente ileostomizado, 11 enfermeiros apresentaram conhecimentos adequados, seguidos de 5 com conhecimento insuficiente. Sobre esses questionamentos, os enfermeiros evidenciam a importância do autocuidado relativo à troca e higiene do dispositivo coletor e do estoma, à composição das fezes e à alimentação.

Na última pergunta relativa à abordagem enfermeiro-paciente, os enfermeiros foram indagados sobre os aspectos além da ileostomia, e 13 enfermeiros apresentaram conhecimento adequado; 1, conhecimento insuficiente; e 2, conhecimento ausente. Cabe ressaltar que a maioria não apontou aspectos importantes, como os cuidados com a pele, a reabilitação e a reinserção social.

Além das categorias analisadas, surgiram falas isoladas que retratam déficit na formação do enfermeiro, somado à falta de experiência em sua vivência profissional.

Deve-se considerar que o conhecimento recebido pelo enfermeiro no curso de graduação e/ou na prática profissional possibilita o desenvolvimento de ações com o objetivo de empreender esforços para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes, bem como capacita os profissionais envolvidos na assistência para o desempenho de ações baseadas no conhecimento científico, tendo como pano de fundo a assistência especializada e sistematizada.

A visita domiciliar, mediante acompanhamento regular, constitui importante ferramenta para os profissionais de saúde na Atenção Básica. Deve-se considerar a realidade social, econômica, cultural e ambiental, bem como as relações intra e extrafamiliares, para que seja possível traçar uma linha de cuidados que devem ser implementados de maneira eficaz, permitindo a continuidade da atenção nos diversos níveis, respeitando as singularidades de cada indivíduo.

4. Hollister Incorporated. Controlando a sua ostomia. Libertyville, Illinois: Hollister; 1996. Série Educativa para o Paciente. [Citado em 2012 set 17]. Disponível em: <http://www.hollister.com/us/files/pdfs/osted_mancolil_Portuguese.pdf>.
5. Guimarães AS, Aprilli F. Indicações dos estomas intestinais. In: Crema E, Silva R. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. Uberaba: Pinti; 1997. p. 35-40.
6. Martins Junior A, Rocha JJR. Tipos de estomas. In: Silva R, Crema E. Estomas: uma abordagem Interdisciplinar. Uberaba: Pinti; 1997. p. 41-64.
7. Bradshaw E, Collins B. Managin a colostomy or ileostomy in community nursing practice. Br J Community Nurs. 2008 Nov;13(11):514-8.
8. Cesaretti IUR. Ostomizado: reabilitação sem fronteira? Ponto de vista do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 1995; 28(1): 60-5.
9. Martins ML. Ensinando e aprendendo, em grupo, a enfrentar situações vivenciadas por pessoas ostomizadas [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.
10. Ximenes Neto FRG, Sampaio JJC. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2008; 61(1): 36-45.
11. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n° 648/GM de 28 de Março de 2006, Cap. 1 da atenção Básica. Brasília: MS; 2006.
12. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica, Portaria n° 648/GM de 28 de Março de 2006, Cap. 2 das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: MS; 2006.
13. Burch J. The pré-and postoperative nursing care for patients with a stoma. Br J Nurs. 2005; 14(6): 310-8.
14. Benjamin CH. Teaching the stoma care routine to a patient with low vision. Br J Nurs. 2002; 11(2): 1270-7.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 1985.
16. Stumm EMF, Oliveira ERA, Kirschner RM. Perfil de pacientes ostomizados. Sci Med. 2008; 18(1)26-30.
17. Noronha R, Silva MR, Goes JRN. Assistência de Enfermagem pós-operatória a pacientes submetidos à cirurgia para tratamento de megacolon chagásico. REME Rev Min Enferm. 1998; 2(2):62-7.
18. Aguiar ESS, Santos AAR, Soares MJGO, Anselmo MNS, Santos SR. Complicações do estoma e pele periestoma em pacientes com estomas intestinais. Rev Estima. 2011; 9(2):22-30.
19. Camila CEC, Santos RS, Sonobe HM. Assistência de enfermagem aos pacientes portadores de estomias intestinais [monografia]. Batatais: Centro Universitário Claretiano; 2006.
20. Farias DHR, Gomes GC, Zappas S. Convivendo com uma ostomia: conhecendo para melhor cuidar. Cogitare Enferm. 2004; 9(1): 25-32.
21. Sawaia BB, Santos VLCCG. A bolsa na mediação "estar ostomizado" – "estar profissional" análise de uma estratégia pedagógica. Rev Latinom Enferm. 2000; 8(3): 40-50.
22. Wanderbroocke ACNS. Aspectos emocionais do paciente ostomizado por câncer: uma opção pela vida. Cogitare Enferm. 1998; 3(1):66-70.
23. Sonobe HM, Barrichello E, Zago MMF. Visão do colostomizado sobre uso da bolsa de colostomia. Rev Bras Cancerol. 2002; 48(3):341-8.
24. Reveles AG, Takahashi RT. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(2):245-50.
25. Bellato R, Pereira WR, Maruyama SAT, Oliveira PC. A Convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):3334-42.
26. Paula MAB, Santos VLCCG. O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. Rev Latinoam Enferm. 2003; 11(4):474-82.

Data de submissão: 15/6/2012

Data de aprovação: 1º/8/2012

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DIABETES UTILIZANDO A MEDIDA ESPECÍFICA B-PAID

QUALITY OF LIFE EVALUATION IN PATIENTS WITH DIABETES USING THE PAID SCALE

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PORTADORES DE DIABETES UTILIZANDO LA MEDIDA ESPECÍFICA B-PAID

Elze Cecília Santos Souza¹
Sônia Alves de Souza¹
Thais Oliveira Santos Alves²
Cristiane Franca Lisboa Gois³
Alzira Maria Dávila Nery Guimarães⁴
Maria Cláudia Tavares de Mattos⁴
Maria Pontes de Aguiar Campos⁵

RESUMO

O diabetes é uma doença crônica que pode interferir na qualidade de vida (QV). Com este estudo, objetivou-se avaliar a QV dos diabéticos tipo 2 e sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Trata-se de estudo descritivo, transversal, no qual se utilizou o *Problem Areas in Diabetes* (B-PAID) e o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF-36) – para avaliar a QV. Observou-se que 37,6% dos participantes apresentaram escore do B-PAID total igual ou maior a 40. Houve correlação negativa entre B-PAID total e quatro dos oito componentes do SF-36: dor, saúde mental, aspectos sociais e estado geral de saúde. Os homens apresentaram melhor avaliação na subdimensão “Problemas relacionados com a alimentação do B-PAID”, enquanto as mulheres, na subdimensão “Problemas relacionados ao tratamento”, sendo estatisticamente significativa a diferença apenas em relação a esta última associação. A prática de atividade física se associou à melhor QV. Concluiu-se que poucos participantes apresentaram alto nível de sofrimento emocional e a atividade física sugere ser uma aliada na diminuição desse sofrimento.

Palavras chave: Qualidade de Vida; Diabetes *Mellitus* Tipo 2; Enfermagem.

ABSTRACT

Diabetes is a chronic disease which might interfere in people's quality of life (QOL). The present study aimed at evaluating the QOL of individuals with Type 2 diabetes (DM2) and its relation to socio-demographic and clinical variables. It is a descriptive and cross-sectional study which used the *Problem Areas in Diabetes Scale* (PAID scale) and the *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF-36) to evaluate QOL. The study demonstrated that 37.6% of the participants scored a PAID total equal or higher than 40. There was a negative correlation between total PAID score and four out of eight components of SF-36: pain, mental health, social aspects, and general state of health. Men presented a better evaluation in the domain “food-related problems”, whereas women in the domain “treatment problems”. Only the difference in relation to the latter association was statistically significant. Physical activity was associated with a better QOL. The study concluded that few participants showed a high level of emotional distress, and that physical activity seems to contribute to lessen such distress.

Key words: Quality of Life; Diabetes *Mellitus* Type 2; Nursing

RESUMEN

La diabetes es una enfermedad crónica que puede interferir en la calidad de vida (CV) de las personas. El presente estudio busca evaluar la CV de los diabéticos tipo 2 y su relación con las variables sociodemográficas y clínicas. Se trata de un estudio descriptivo, transversal que utilizó el *Problem Areas in Diabetes* (B-PAID) y el *Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey* (SF-36) para evaluar la CV. Fue observado que el 37,6% de los participantes presentó puntuación de B-PAID total igual o mayor a 40. Hubo correlación negativa entre el B-PAID total y cuatro de los ocho componentes de SF-36 dolor, salud mental, aspectos sociales y estado general de salud. Los varones presentaron mejor evaluación en la subdimensión “Problemas relacionados a la alimentación del B-PAID” y las mujeres en la subdimensión “Problemas relacionados al tratamiento”. La diferencia apenas en relación con esta última asociación es estadísticamente significativa. La práctica de actividad física está asociada a mejor CV. Se concluye que pocos participantes presentaron alto nivel de sufrimiento emocional y que la actividad física es una buena aliada en la disminución de este sufrimiento.

Palabras clave: Calidad de vida. Diabetes *Mellitus* Type 2. Enfermería.

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju-SE, Brasil.

² Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Sergipe, Aracaju-SE, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju-SE, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju-SE, Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora. Professora associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju-SE, Brasil.

Endereço para correspondência – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista S/N. CEP: 49060-100. Aracaju-SE.
E-mail: cristianeflg@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) é uma doença crônica que apresenta elevada prevalência, assim como altas taxas de morbimortalidade,¹ constituindo-se um problema de saúde pública a ser enfrentado.

Estimativas preveem que haverá 366 milhões de pessoas com DM em 2030, em todo mundo, com perspectiva de que no Brasil atinja aproximadamente 11,3 milhões de indivíduos, representando o sexto lugar no *ranking* de países que terão maior número de pessoas com a doença.²

Dentre os tipos de diabetes, o tipo 2 compreende 90% dos casos e se caracteriza por alteração na ação ou secreção da insulina.³

O diabetes é uma doença que apresenta reflexos globais, como o elevado número de mortes por ano; elevados custos, tanto com o tratamento da doença quanto com as complicações dela decorrentes; e o impacto da doença na vida dos portadores e na de suas famílias, amigos e comunidade.³ Ressalte-se que tanto a doença quanto seu tratamento exigem dos pacientes adaptações importantes no cotidiano, o que afeta diretamente a qualidade de vida (QV) e interfere na expectativa desta.⁴ Condições médicas crônicas frequentemente causam impacto nas dimensões múltiplas da qualidade de vida relacionada à saúde.⁵ No caso do diabetes, além das complicações relacionadas à doença, os episódios e o medo de hipoglicemia, a mudança no estilo de vida e o medo de consequências em longo prazo podem reduzir a qualidade de vida relacionada à saúde do portador de diabetes.⁶

A avaliação da QV de indivíduos com condições crônicas tem sido objeto de investigação na área da saúde, sendo considerada importante indicador dos resultados terapêuticos em diferentes situações clínicas. Mediante a avaliação dos mecanismos que incidem de forma negativa na qualidade de vida relacionada à saúde, é possível o planejamento de intervenções psicossociais que levem ao maior bem-estar.⁷

A literatura dispõe de vários instrumentos para a avaliação da QV, que podem ser aplicados em diferentes populações, sadias ou não, os quais são classificados em genéricos e específicos.⁸

Dentre os instrumentos genéricos, o *Medical Outcomes Study 36 – item Short – Form Health Survey* (SF-36)⁹ tem sido utilizado em amostras de portadores de DM, tanto internacional^{5,10} quanto nacionalmente.¹¹

Os instrumentos específicos são meios alternativos para proceder à avaliação, concentrando seu foco em determinada área de interesse, possibilitando identificar a melhora ou a piora de determinado aspecto pesquisado, uma vez que são sensíveis para detectar alterações resultantes de alguma intervenção.¹² Podem avaliar domínios específicos – por exemplo, a morbidade psicológica. Um exemplo de instrumento específico para avaliação da qualidade de vida de portadores de DM é a escala *Problem Areas in Diabetes Scale* (PAID), desenvolvida pelo Centro de Diabetes de Joslin, em Boston.¹³

Resultados de estudos recentes sugerem que a presença de diabetes interfere negativamente na QV dos pacientes.^{11,14}

Diante do exposto, ressalte-se a importância de se avaliar como o diabetes e o tratamento refletem na vida dos seus portadores, a fim de subsidiar o planejamento de intervenções mais sustentadas de promoção de saúde que visem melhorar a QV da população. Assim, com este estudo, objetivou-se avaliar a QV de portadores de diabetes tipo 2 e sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas.

MATERIAL E MÉTODO

Delineamento, local do estudo e sujeitos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, tipo transversal, realizado nas dependências do Ambulatório de Endocrinologia da Universidade Federal de Sergipe, em que foi utilizada uma abordagem quantitativa. Os pacientes atendidos nesse ambulatório são acompanhados por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro e nutricionista. Esse ambulatório possui, aproximadamente, 250 indivíduos portadores de DM tipo 2 cadastrados, os quais são atendidos a cada três meses.

Participaram do estudo 170 portadores de DM tipo 2 (aproximadamente 68% da população total de portadores de DM cadastrados no serviço) que atenderam aos critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, concordar em participar da investigação e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de apresentar condições clínicas (físicas e psicológicas) para responder às questões feitas pelas pesquisadoras.

A amostra foi considerada por conveniência, pois os participantes eram abordados na ordem em que chegavam para ser atendidos pela equipe multiprofissional, de acordo com os critérios anteriormente elencados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE nº 0170.0.107.000-10), seguindo as normas que regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados entre os meses de janeiro e agosto de 2011 pelas pesquisadoras, por meio de entrevistas individuais e consulta aos prontuários dos participantes. Foram utilizados três instrumentos: um para coleta dos dados sociodemográficos e clínico e dois para a avaliação da QV: B-PAID¹³ e SF-36.^{9,12}

O B-PAID tem sido utilizado na prática clínica como instrumento de mensuração do sofrimento que os pacientes normalmente sentem em viver com o diabetes. É formado de 20 questões por meio das quais se avalia a percepção do indivíduo sobre os problemas enfrentados no dia a dia com a doença. Apresenta quatro subdimensões: Problemas com alimentação, Problemas com apoio social, Problemas com o tratamento e Problemas emocionais. Utiliza um escore de 0 a 100,

no qual a pontuação máxima configura-se como maior sofrimento. O escore total é obtido pela soma das respostas nos 20 itens do PAID e multiplicado por 1,25. As possíveis opções de respostas são divididas em uma escala de Likert de 5 pontos, variando de: "Não é um problema=0", "Pequeno problema=1", "Problema moderado=2", "Problema quase sério= 3", "Problema sério=4"¹³. Para a análise dos resultados tem-se como ponto de corte o escore 40, com valores iguais ou maiores indicando alto grau de sofrimento emocional.¹⁵

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens englobados por oito componentes: Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais, Aspectos emocionais e Saúde mental. Por meio do instrumento são abordadas as últimas quatro semanas e avaliados tanto os aspectos negativos (doença/enfermidade) quanto os positivos (bem-estar) do sujeito. Para a avaliação dos resultados, as respostas aos itens são computadas em seus respectivos componentes e esses valores são normalizados em uma escala de 0 a 100. O valor 0 corresponde ao pior estado de saúde e o 100 ao melhor estado, sendo que cada dimensão é analisada separadamente.¹²

O SF-36 foi utilizado apenas para avaliar a associação do instrumento específico (B-PAID) com o genérico.

Análise dos dados

Para a análise descritiva das variáveis foram utilizadas medidas de posição (média, mediana) e variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas, e de frequência simples para as variáveis categóricas. As variáveis escalares foram avaliadas quanto à consistência interna por meio do alfa de Cronbach. Foi utilizado o teste de Mann Whitney para a avaliação da QV segundo o sexo, estado civil e atividade física, e o teste de correlação de Spearman para a avaliação das correlações entre as medidas de QV e a idade, renda e tempo de diabetes.

RESULTADOS

Dentre os participantes do estudo, a média de idade foi acima de 60 anos, a maioria era do sexo feminino, possuía baixa escolaridade, casada/união estável e aposentada. A renda familiar média foi pouco mais de um salário mínimo. Quanto à caracterização clínica, 39,4% eram obesos, a maior parte era sedentária (51,8%) e fazia uso de insulina, seja associada à medicação oral ou não. As comorbidades mais prevalentes foram hipertensão arterial, dislipidemia e nefropatia (TAB. 1). Ressalte-se que 6 (3,5%) eram tabagistas e 13 (7,6%) etilistas.

TABELA 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra – Aracaju, 2011.

Variável (n=170)	n (%)	Intervalo	Média (DP)
Idade		33 – 91	61,8 (11,3)
Sexo: Feminino	126 (74,1)		
Escolaridade			
Não alfabetizado	17 (10,0)		
Nível fundamental	124 (72,9)		
Nível médio	25 (14,7)		
Nível superior	04 (2,4)		
Estado civil: Casado/união estável	90 (52,9)		
Situação profissional: Sem atividade remunerada	133 (68,3)		
Renda familiar (em reais)		60 – 5000	633,4 (452,7)
Índice de massa corpórea*			
< 18	06 (3,5)		
Entre 18 e 24,9 (normal)	34 (20,0)		
Entre 25 e 27,9 (sobrepeso)	39 (22,9)	16,8 – 54,8	29,3 (6,2)
Entre 28-29,9 (pré-obeso)	22 (12,9)		
> 30 (obeso)	59 (34,7)		
>40 (obeso mórbido)	08 (4,7)		
Atividade física: Não	88 (51,8)		
Tempo de diabetes		1 – 40	15,9 (7,9)
Tratamento			
Dieta	02 (1,2)		
Dieta e hipoglicemiante oral	39 (22,9)		
Hipoglicemiante oral e insulina	72 (42,4)		
Insulina	57 (33,5)		
Comorbidades			
Hipertensão	138 (81,2)		
Dislipidemia	83 (48,8)		
Nefropatia	12 (7,1)		

* n=168 DP – Desvio-padrão.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Quanto à avaliação da QV por meio da medida específica B-PAID, a mediana das questões variou entre 0,0 – Problemas relacionados ao apoio social – e 23,7 – Problemas emocionais (TAB. 2). Foi observado que 64 (37,6%) apresentaram escore do B-PAID \geq 40, indicando que uma menor parte dos sujeitos apresentou alto nível de sofrimento emocional com relação ao diabetes.

Foi observada correlação negativa entre o B-PAID total e todos os componentes do SF-36, sendo moderadas em relação aos componentes Dor ($r=-0,337$, $p<0,01$), Saúde mental ($r=-0,368$, $p<0,01$), Aspectos sociais ($r=-0,368$, $p<0,01$), Estado geral de saúde ($r=-0,413$, $p<0,01$) e, diante dos demais componentes, as correlações foram menores do que 0,30, ou seja, sem importância clínica. Tais resultados indicam que quanto maior era a medida específica de QV, que mede o sofrimento emocional relacionado ao diabetes, B-PAID, menor se apresentava o SF-36.

No que se refere à consistência interna do B-PAID na amostra estudada, constatou-se que os valores do alfa de Cronbach, referentes às subdimensões, variaram de 0,40 – Problemas relacionados ao apoio social – a 0,85 – Problemas emocionais – e o valor referente ao B-PAID total foi 0,88, indicando consistência interna satisfatória na maioria das subdimensões e na medida total (TAB. 2).

Foi avaliada a associação da medida específica de QV, B-PAID, em relação às sociodemográficas, como sexo, estado civil e atividade física.

Os homens apresentaram maior mediana na subdimensão Problemas relacionados com a alimentação, enquanto nas subdimensões Problemas emocionais e Problemas relacionados ao apoio social não houve diferença entre os sexos. Na subdimensão Problemas relacionados ao tratamento, as mulheres obtiveram maior mediana, só sendo a diferença estatisticamente significativa nesta subdimensão ($p<0,05$).

Quanto ao estado civil, foram observados maiores valores medianos no B-PAID total e nas subdimensões Problemas emocionais e Problemas relacionados à alimentação, porém as diferenças não foram estatisticamente significantes. Nas demais subdimensões, não houve diferença.

Na avaliação da diferença entre medianas diante da prática ou não de atividade física, os menores valores foram observados entre os que praticavam, indicando menor tendência de apresentar problemas relacionados ao diabetes nesse grupo (TAB. 3).

Quanto à avaliação da correlação entre a medida específica de QV, B-PAID e as variáveis idade, renda e anos de diabetes, as correlações se mostram fracas ($r<0,30$), não apresentando assim importância clínica.

TABELA 2 – Estatística descritiva dos escores da medida específica de QV (B-PAID) – Aracaju, 2011.

B-PAID	Alfa de Cronbach	Média (DP)	Mediana	Intervalo
Problemas emocionais	0,85	24,4 (14,0)	23,7	0 – 57,5
Problemas relacionados ao tratamento	0,60	4,0 (3,8)	2,5	0 – 15,0
Problemas relacionados à alimentação	0,74	5,4 (4,6)	3,7	0 – 16,2
Problemas relacionados ao apoio social	0,40	1,5 (2,4)	0,0	0 – 10,0
B-PAID total	0,88	35,4 (20,7)	32,5	0 – 88,7

B-PAID – *Problem Areas in Diabetes*.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

TABELA 3 – Valores medianos do B-PAID total e suas subdimensões, segundo a prática de atividade física semanal dos participantes – Aracaju, 2011.

B-PAID	Atividade física		p
	Sim	Não	
Problemas emocionais	21,2	25,6	<0,05
Problemas relacionados ao tratamento	2,5	4,3	<0,05
Problemas relacionados à alimentação	3,7	4,3	0,05
Problemas relacionados ao apoio social	0,0	0,0	<0,05
B-PAID total	28,7	36,8	<0,05

B-PAID: *Problem Areas in Diabetes*

p - teste de Mann-Whitney

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

O grupo estudado caracterizou-se por um baixo nível educacional e econômico, comum à maioria dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atendida nos hospitais públicos do Brasil.

A medida de sofrimento emocional relacionado ao diabetes, B-PAID, apresentou valor médio na escala total próximo aos de estudos nacionais¹³ e internacionais.¹⁶ No estudo realizado por Gross¹³ para validação da versão brasileira do PAID, a amostra possuía algumas características sociodemográficas semelhantes às apresentadas pelos sujeitos deste estudo, como idade média próxima aos 60 anos, maioria do sexo feminino, baixa escolaridade.

Em outro estudo nacional, realizado com uma amostra composta por 100 portadores de diabetes tipo 2 com a idade média de 53,5 anos, a maioria do sexo masculino, média de anos de estudo de 12,4 anos, a média do B-PAID total foi 50,3. Nesse estudo, a escolaridade foi um diferencial na análise do B-PAID: o grupo que possuía mais de oito anos de estudo apresentou menor média (44,4) quando comparado ao grupo com menos de oito anos (57,6) e a diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,01$),¹⁷ enquanto neste estudo não foi observada correlação com escolaridade, analisando-se grupos com oito anos ou menos e oito anos ou mais de estudos. Os autores expõem que uma possível explicação para o valor médio do B-PAID total elevado pode ser o baixo controle metabólico do paciente diabético avaliado por níveis de hemoglobina glicosilada.¹⁷

A correlação negativa e moderada obtida entre o B-PAID total e quatro dos oito componentes do SF-36 indicou que quanto maior era a medida que avaliava o sofrimento emocional relacionado ao diabetes, menor se apresentava a medida genérica de QV referente aos quatro componentes, indicando tendência de mais dor no corpo (componente Dor); maior percepção de

nervosismo, depressão, desânimo (componente Saúde mental); menor participação em atividades sociais, como visitar amigos e parentes (Aspectos sociais); e pior percepção de saúde (Estado geral de saúde). Na literatura, não foram encontrados estudos em que se tivesse avaliado essa correlação utilizando o SF-36. Em estudo em que foi avaliada a correlação do B-PAID total e a medida de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref), os resultados apresentados revelaram correlações negativas entre essas duas medidas, indicando que, quanto maior o estresse emocional relacionado ao diabetes, menor qualidade de vida.¹³

Portadores de diabetes tipo 2 que praticavam atividade física semanal apresentaram medianas mais baixas no B-PAID, indicando menos sofrimento emocional com relação ao diabetes. Nesse sentido, um estudo realizado com 863 sujeitos, dentre os quais alunos, funcionários e professores da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), os resultados revelaram que quanto mais ativo o indivíduo é, mais qualidade de vida ele tem,¹⁸ corroborando com outro estudo realizado nos Estados Unidos com 119 diabéticos, o qual indicou que a incorporação de atividade física melhora a QV.¹⁰

CONCLUSÃO

Os participantes deste estudo apresentaram média de sofrimento emocional relacionado ao diabetes, avaliado pelo B-PAID, abaixo de 40, revelando baixo sofrimento nesse aspecto. A atividade física foi um diferencial, sugerindo que portadores de diabetes tipo 2 podem melhorar sua qualidade de vida se adotarem prática regular de atividade física.

Espera-se que este estudo contribua para direcionar intervenções de saúde com vista a melhorar a qualidade de vida do portador de diabetes tipo 2.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Enfermagem. Manual de enfermagem: cuidados de enfermagem em diabetes *mellitus*. São Paulo; 2009.
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimate for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004; 27(5):1047-53.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: diabetes *mellitus*. Brasília (DF); 2006a. 56 p.
4. Moreira RO, Amâncio APRL, Brum HR, Vasconcelos DL, Nascimento GF. Sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes diabéticos tipo 2 com polineuropatia distal diabética. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2009; 53(9):1103-11.
5. Jiang L, Beals J, Whistesell NR, Roubideaux Y, Manson SM. Health-related quality of life and help seeking among American Indians with diabetes and hypertension. *Qual Life Res*. 2009; 18(6):709-18.
6. Solli O, Stavem K, Kristiansen I. Health-related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores. *Health Qual Life Outcomes*. 2010; 8:18.
7. Novato TS, Grossi SAA, Kimura M. Instrumento de qualidade de vida para jovens com diabetes (IQVJD). *Rev Gaúcha Enferm*. 2007; 28(4):512-9.
8. Aguiar CCT, Vieira APGF, Carvalho AF, Montenegro-junior RM. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008; 52(6):931-9.
9. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30(6):473-83.
10. Bennett WL, Ouyang P, WWu A, Barone BB, Stewart KJ. Fitness and fitness: how do they influence health-related quality of life in type 2 diabetes mellitus? *Health Qual Life Outcomes*. 2008; 6:110.

11. Ferreira FS, Santos CS. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela Equipe de Saúde da Família. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(3):406-11.
12. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey - SF-36" [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 1997. 143f.
13. Gross CC. Versão brasileira da escala PAID (problem areas in diabetes): avaliação do impacto do diabetes na qualidade de vida [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004. 60f.
14. Kamarul IM, Ismail AA, Naing L, Wan MWB. Type 2 diabetes *mellitus* patients with poor glycaemic control have lower quality of life scores as measured by the Short Form-36. *Singapore Med J*. 2010; 51(2):157-62.
15. Gross CC, Gross JL, Goldim JR. Problemas emocionais e percepção de coerção em pacientes com diabetes tipo 2: um estudo observacional. *Rev HCPA*. 2010; 30(4): 431-5.
16. Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, Kubiak T, Haak T. How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetol*. 2006; 49(3): 469-77.
17. Papelbaum M, Lemos HM, Duchesne M, Kupfer R, Moreira RO, Coutinho WF. The association between quality of life, depressive symptoms and glycaemic control in a group of type 2 diabetes patients. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010, 89(3):227-30.
18. Silva RS. Atividade física e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):115-20.

Data de submissão: 17/1/2012

Data de aprovação: 16/4/2012

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: A PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS

NURSES' PERCEPTIONS ON THE PRIMARY CARE INFORMATION SYSTEM

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA BÁSICA: PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS

Geovana Brandão Santana Almeida¹

Mariana Ribeiro Freire²

Mariléia Leonel³

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, por meio da qual se buscou identificar a percepção de enfermeiros que atuam em Unidades de Atenção Primária à Saúde que contemplam a Estratégia Saúde da Família ou o Programa de Agente Comunitário de Saúde, quanto ao Sistema de Informação de Atenção Básica. O cenário constituiu-se de três Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município de Minas Gerais. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada. Com base nos depoimentos, foi realizada uma leitura exaustiva das transcrições e construídas as seguintes categorias de análise: Sistema de informação em saúde: da teoria à prática – uma construção deficiente; A não compreensão da funcionalidade do sistema gerando dificuldade na sua implementação; O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta que norteia a tomada de decisão em relação à assistência: a compreensão dos sujeitos em questão. Considerou-se que os enfermeiros participantes desta pesquisa apresentaram uma percepção deficiente em relação ao Sistema de Informação da Atenção Básica, o que pode refletir negativamente na sua utilização, ocasionando lacunas que precisam ser preenchidas para que as informações produzidas por eles reflitam a realidade da população.

Palavras-Chave: Sistema de Informação em Saúde; Enfermeiros; Sistema da Informação de Atenção Básica.

ABSTRACT

This study is a qualitative research aimed at identifying nurses' perception on the primary care information system. The research subjects were primary health care nurses, including the ones working in the family health and community health programs. The study setting consisted of three primary health care units in a municipality of the state of Minas Gerais. Data were collected through semi-structured interview. A thorough perusal of the transcriptions enabled the construction of the following categories of analysis: Health information system: from theory to practice - a faulty construction; Lack of understanding of the system functionality hampering its implementation; Primary care information system guiding decision making regarding health care: understanding the subject in question. The study demonstrated that the nurses participating in this study have insufficient perception of the primary care information systems. An inefficient use of such systems could result in gaps that need to be filled so that the information produced reflects the population context.

Keywords: Health Information System; Nurses; Primary Care Information System.

RESUMEN

Este estudio es una investigación cualitativa para identificar la percepción de las enfermeras en relación con el Sistema de Información de Atención Primaria. Los sujetos del estudio eran enfermeras que actuaban en Unidades de Atención Primaria de Salud, que incluyen la Estrategia de Salud de la Familia y el Programa de Agentes Comunitarios de la Salud. Como escenario se consideraron tres Unidades de Atención Primaria de Salud de un municipio de Minas Gerais. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semi-estructuradas. Después de las entrevistas se llevaron a cabo lecturas exhaustivas de las transcripciones y se construyeron las siguientes categorías: Sistemas de información en Salud: de la teoría a la práctica - una construcción deficiente, La falta de comprensión de la funcionalidad del sistema causa dificultades en su aplicación; Sistema de Información de Atención Primaria como una herramienta que guía la toma de decisiones en relación con la salud: La comprensión del tema en cuestión. Creemos que las enfermeras participantes en este estudio tienen una percepción deficiente en relación con el Sistema de Información de Atención Primaria, lo cual podría repercutir negativamente en su uso como resultado de las brechas que habría que cubrir para que la información producida refleje la realidad de la población.

Palabras clave: Sistema de Información en Salud; Enfermería; Sistema de Información de Atención Primaria.

¹ Docente do Departamento de Enfermagem Aplicada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

² Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

³ Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestre em Enfermagem.

Endereço para correspondência – Campus/Martelos, Juiz de Fora. E-mail: geovanabrandao@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A população de mais de 190 milhões de habitantes coloca o Brasil entre os países mais populosos do mundo e sua constituição o torna um dos poucos a oferecer um sistema de saúde gratuito. Estima-se que, apesar de todas as dificuldades, sejam elas de caráter financeiro, organizacional ou operacional, 75% das pessoas são atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ficando os outros 25% aos cuidados dos seguros e planos de saúde.¹

Para que os serviços oferecidos pelos SUS possam atender às necessidades da população brasileira, é fundamental que se baseie em informações precisas sobre o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da população. O conhecimento dessas informações é de extrema importância para o gerenciamento de todos os níveis de atenção do sistema de saúde, bem como para nortear as ações dos profissionais perante as mais diversas situações que surgem no dia a dia de um serviço de saúde. Tais informações são obtidas por meio dos Sistemas de Informação, que no âmbito da saúde são denominados Sistema de Informação em Saúde (SIS) e definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como mecanismo de coleta, processamento, análise de dados e transmissão da informação. No SUS, o SIS tem como objetivo fornecer informações para a análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal,² além de subsidiar a distribuição dos recursos humanos e material conforme a necessidade da população.

O SUS divide seu atendimento em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.³ A atenção primária à saúde é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e na escala hierárquica ela deve ser o primeiro serviço a ser procurado pelo usuário. Além disso, o papel da atenção primária é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como um sistema de atenção que oferece atendimento acessível e aceitável para os pacientes, integra e coordena serviços curativos, paliativos, preventivos e promotores de saúde, controla, de forma racional, a tecnologia da atenção secundária e os medicamentos, além de aumentar a relação custo-efetividade dos serviços.⁴ Esse nível de atenção passou a ser realizado, também, em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e, em 1994, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que ampliou o atendimento da atenção primária. Com a ESF, o número de equipes e famílias acompanhadas aumentou, gerando uma quantidade significativa de dados e demonstrando que o material registrado manualmente era insuficiente para o aproveitamento dos dados coletados. Assim, em resposta à crescente demanda, em 1998, foi criado o Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), que, por meio de instrumentos padronizados em todo o território, coleta dados que produzem informações sobre a realidade socioeconômica e sanitária da população acompanhada e permite avaliar a adequação dos

serviços de saúde oferecidos e melhorar a qualidade deles.⁵ A coleta de dados refere-se às populações definidas, permitindo a construção e indicadores populacionais referentes às áreas de abrangência. É um sistema de planejamento e gestão local e o principal instrumento de monitoramento das ações do Programa de Saúde da Família.³ Além disso, a alimentação do SIAB subsidia a transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao Piso de Atenção Básica Variável da Estratégia de Saúde da Família, dos agentes comunitários de saúde (ACSs) e Estratégia de Saúde Bucal.⁶

O manuseio dos instrumentos do sistema é realizado por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos e ACSs, que atuam na UAPS, sendo o ACS o profissional que manuseia o maior número de fichas.⁷ O SIAB produz informações sobre a atenção primária por meio de fichas nas quais são coletados e consolidados dados sobre as características das famílias pertencentes à área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), dos portadores de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, tuberculose ou hanseníase, das gestantes e do registro das atividades diárias e notificação de algumas doenças.⁷

As informações produzidas por meio dos dados coletados pelo SIAB são de suma importância para guiar as ações das equipes de saúde em nível primário, já que são elas que dirão o que deve ser priorizado em determinada população e quais são suas reais necessidades e que ações devem ser implementadas, aprimoradas, mantidas ou substituídas. Assim, para uma utilização adequada do sistema, é necessário que os profissionais de saúde que atuam no nível primário estejam cientes da importância de cada instrumento e os utilizem de maneira crítica, analisando cada dado coletado e o relatório produzido, a fim de que conheçam, de fato, a população a que atendem.

Nesse sentido, a necessidade de conhecer o sistema de informação acentuou-se em razão de algumas inquietações. Em pesquisas relativas ao assunto, percebeu-se que o sistema é fundamental para que os profissionais conheçam e compreendam os perfis socioeconômico, demográfico e epidemiológico da área de abrangência da unidade em que trabalham, bem como para o gerenciamento dessa área para nortear suas ações.

Embora os dados coletados por esse sistema estejam intimamente ligados aos problemas que ele busca registrar, estes parecem não ser suficientes para gerar informações que condizem com a realidade da população atendida na unidade. Um dos momentos em que se percebeu tal lacuna no sistema foi quando foram analisadas as fichas relacionadas ao portador de hipertensão arterial. Todas as publicações do Ministério da Saúde, como o *Caderno de Atenção Básica* ao portador de hipertensão arterial, trazem como um dos fatores que predispõem o indivíduo a desenvolver a patologia o uso de álcool em excesso, mas em nenhuma das fichas do SIAB relacionadas ao hipertenso esse dado está

coletado. Diante desse problema, passou-se a questionar se os enfermeiros que atuam no nível primário no SUS em unidades que contemplam a ESF e/ou PACS acreditam ou não que os dados coletados pelo SIAB são suficientes para produzir informações fiéis à realidade da população a que atendem e se podem, de fato nortear, suas ações.

Assim, propôs-se desenvolver um estudo em que se verificasse a percepção dos enfermeiros que atuam na atenção primária quanto aos instrumentos utilizados pelo SIAB, bem como se eles consideram ou não os dados coletados por esse sistema suficientes para produzir informações que condizem com a realidade da população atendida nas unidades de saúde.

MÉTODO

Considerando que o objetivo com este estudo foi identificar a percepção de enfermeiros quanto ao SIAB e que tal informação não pode ser quantificada, fez-se necessário uma pesquisa de natureza qualitativa, já que tal método está mais próximo das ciências humanas e permite descrever e aprofundar as representações que os enfermeiros têm sobre o SIAB. A pesquisa qualitativa favorece a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação, além de possibilitar desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos.⁸

Os instrumentos do SIAB são utilizados nas UAPs que desenvolvem o PACS e/ou a ESF.⁹ Assim, a definição do cenário de estudo partiu da exclusão de unidades que não contemplavam esses programas, levando à escolha de três UAPs que pertencem à ESF. Todas as unidades localizam-se no município de Juiz de Fora, pertencem à área de abrangência da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e possuem mais de uma equipe de saúde da família.

Com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, por meio do Protocolo nº 2115.175.2010, deu-se início à coleta de dados. Os enfermeiros das equipes atuantes nas unidades escolhidas como cenário de estudo foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo e convidados a participar da pesquisa. Mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os enfermeiros que aceitaram o convite foram entrevistados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, composto por 11 questões sobre a formação, a experiência profissional na atenção primária e a percepção quanto ao SIAB. Tais profissionais foram os sujeitos do estudo e possuíam de 33 a 57 anos de idade e, em sua maioria, mais de quinze anos de formação, tempo maior que o de existência do SIAB. Além disso, todos são especialistas em Saúde da Família e a maior parte tem mais de dez anos de atuação na atenção primária.

As conversas foram gravadas por meio de um MP4 e transcritas em sua íntegra, no intuito de utilizar todas as falas dos sujeitos como material de análise. Dois dos participantes recusaram-se a responder às questões

oralmente e se dispuseram a participar somente por meio da escrita. As entrevistas foram realizadas nas dependências da unidade onde o participante atua, em local tranquilo, onde não havia a interferência de barulho ou de outras pessoas. Não foi estipulado um prazo mínimo para resposta; a duração da entrevista foi de acordo com o tempo utilizado pelo entrevistado para responder às questões.

Realizadas e transcritas as entrevistas seguiu-se para a análise dos dados obtidos. Após a leitura e a releitura das transcrições em busca de pontos relevantes para o estudo em cada uma das falas, as unidades de significado foram agrupadas nas seguintes categorias de análise: Sistema de Informação em Saúde: da teoria à prática; O SIAB como ferramenta que norteia a tomada de decisão em relação à assistência: a compreensão dos sujeitos em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sistema de Informação em Saúde: da teoria à prática

A tomada de decisões requer fundamentação teórico-científica, obtida por meio de informações verdadeiras e seguras. No sistema de saúde, isso não poderia ser diferente. Mas para que as informações sejam obtidas e utilizadas de maneira eficiente e eficaz, levando a uma tomada de decisão adequada às situações a que se destinam, é fundamental que se entenda o que é um Sistema de Informação em Saúde. Além disso, se esse conceito geral não é bem definido pelos que atuam no funcionamento do SUS, os sistemas de informação em saúde específicos de determinado assunto não serão compreendidos e utilizados adequadamente.

Quando questionados a respeito do que entendiam sobre Sistema de Informação, as respostas dos entrevistados demonstraram que as concepções deles sobre o sistema de informação condizem apenas com parte dos conceitos encontrados na literatura, o que demonstra que um conhecimento insuficiente prejudica uma prática eficiente e eficaz:

São o sistema, coleta de dados informatizados que abrange todos os dados da atenção primária, desde o número de habitantes até incidência de doenças, saneamento básico. E com esses dados que somos direcionados à questão do atendimento, planejamento em saúde. (E1)

São coletas de dados através do agente comunitário de saúde que podemos fazer o plano assistencial em cima desses dados. (E2)

São todos os impressos que contribuem para gerar informações sobre a situação de saúde de um determinado município. (E3)

Sistema de Informação, para mim, é um conjunto de dados que abrange os principais itens de avaliação da saúde em geral, informatizados, sistematizados e em nível nacional, unificado. (E4)

Sistema de Informação em Saúde é o meio que você usa para ligar todos os setores e saber como que está funcionando. (E5)

O Sistema de Informação em Saúde nos direciona na avaliação do nosso trabalho, informado o que foi feito e o que necessita melhorar. (E6)

Diante das falas dos entrevistados e ao refletir sobre os conceitos apontados por órgãos competentes, percebeu-se que há ainda, nos dias atuais, uma grande dificuldade acerca da compreensão sobre a funcionalidade do sistema pelos profissionais que o utilizam no cotidiano para construir seu plano de ação. Mesmo havendo um conceito estabelecido, este parece não ser suficiente para a tomada de decisões, e a maneira como está colocado parece não retratar uma significativa contribuição no sentido prático.

Após serem questionados sobre o Sistema de Informação de maneira geral, os entrevistados responderam à questão sobre o que entendem sobre o SIAB e quais suas funcionalidades. As respostas demonstraram que o entendimento em relação ao sistema se restringe à unidade de atuação do sujeito, sendo um instrumento de suporte apenas para a assistência prestada. O conhecimento apresentado é condizente com parte dos objetivos do SIAB, mas é restrito e leva a crer que sua utilização possui falhas significativas que podem vir a comprometer, principalmente, o repasse dos dados coletados aos serviços responsáveis pelo seu processamento e análise antes da divulgação nacional e a veracidade das informações produzidas. Assim, se o profissional considera apenas a importância da utilização local, o envio dos dados a esses serviços pode não receber a importância que merece e não ser realizado de acordo com normas previstas. Essa afirmativa pode ser visualizada nas seguintes falas:

Olha, esse levantamento de dados com informatização de dados, se for bem trabalhado, bem coletado e se tiver retorno, tem como fazer um planejamento mais qualificado dentro dos objetivos que demandam a comunidade, mas nem sempre é assim. Às são coletados os dados e nem sempre se tem retorno favorável ou, se tem algum retorno de algum dado, aquele dado muitas vezes fica perdido. (E1)

Sistema de Informação da Atenção Básica é um sistema de informação [...]. E a função é justamente esta: coletar dados de indicadores de saúde e aplicar no plano assistencial. Sistema de informação à saúde são indicadores da saúde que podemos aplicar e fazer um plano de assistência em cima desses indicadores. (E2).

Impressos para alimentar dados de saúde. Contribuiu para o planejamento em saúde. Distribuição e investimento de verbas. (E3)

Um conjunto de dados que abrange faixas etárias mais importantes na população [...]. Assim abrange uma série de fatores que cerca as condições de saúde para você desenvolver algum trabalho ou para você avaliar também o trabalho que está sendo feito na área de saúde, principalmente. (E4)

Ele tem uma funcionalidade muito boa [...]. Se você usar, ele dá para você ver direitinho o que você está deixando de atuar, como você está atuando, o que você está realmente sendo efetivo. (E5)

Entendo que o SIAB contém os dados relevantes que vão nortear o planejamento das ações necessárias em sua área de abrangência. (E6)

Percebe-se, portanto que os profissionais demonstraram um conhecimento defasado quanto ao Sistema de Informação de maneira geral e, especificamente, em relação ao SIAB, daí a necessidade de as grades curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação serem avaliadas para que se identifique se os conteúdos transmitidos aos alunos durante sua formação são suficientes para que compreendam os sistemas de informação em saúde, em especial, do SIAB, bem como se os docentes responsáveis por ministrar as disciplinas que abordam assuntos referentes a esses sistemas são qualificados para tal função.

É necessário avaliar, também, a eficácia e a efetividade do Curso Introdutório, que, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2006, é realizado em até três meses após a implantação da Equipe de Saúde da Família para capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que a compõem. É preciso, também, verificar se os profissionais de saúde têm fácil acesso aos manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, se são de fácil entendimento e se abordam os conteúdos necessários para a capacitação desses indivíduos.

Analisando os instrumentos do SIAB, é possível perceber que existem muitos dados de grande importância que ainda não são coletados, como o consumo de álcool em excesso por portadores de hipertensão arterial. Diante disso, além de questões sobre a compreensão do sistema, questionou-se, também, aos participantes se eles acreditavam que os dados coletados pelo SIAB eram suficientes para produzir informações que condiziam com a realidade da unidade de saúde onde atuavam. As respostas obtidas ficaram divididas: metade dos entrevistados acredita que sim, e a outra metade afirma que existe necessidade de uma mudança. Essa divergência pode ser observada nas falas a seguir:

Eu acho que tem que ter uma modificação. (E1)

Sim. Eu acredito que sim. (E2)

Sim. (E3)

Acho que eles precisam ser atualizados, já estão defasados. Faltam algumas coisas importantes. (E4)

Eu acho que alguns dados poderiam ser colocados a mais [...]. Ele é um bom sistema, mas não é um sistema completo, isso no meu ponto de vista. (E5)

Sim, considero que o SIAB apresenta informações confiáveis e condizem com a realidade da UAPS. (E6)

Ao analisar essa questão e relacionando as respostas com as respostas das perguntas anteriores, percebe-se

que os entrevistados que responderam que os dados do SIAB eram suficientes para produzir informações condizentes com a realidade da unidade de saúde onde atuavam foram os que apresentaram maior deficiência no conhecimento em relação ao Sistema de Informação em Saúde de maneira geral e, especificamente, a respeito do SIAB. Isso reforça a ideia de que um conhecimento defasado sobre os sistemas de informação em saúde, de maneira geral, e sobre os que se dedicam a determinado assunto pode prejudicar sua utilização e comprometer o resultado a que se destina.

Os entrevistados que apontaram a insuficiência do SIAB foram questionados sobre os dados ausentes no sistema que julgavam importante o SIAB coletar e em quais fichas deveriam ser acrescentados. Os que responderam apresentaram as seguintes falas:

Ficha-A – a questão do tabagismo [...], PMA2 e SSA2, tem várias outras atividades que a equipe realiza e não contempla, [...] principalmente, PMA2 que é bem enxugada [...]. Assim, eu poderia falar um monte de coisas, que vão desde serviço burocrático, que às vezes o enfermeiro tem que estar fazendo ou outros funcionários da equipe técnica e que não contempla nessa atenção, mas assim algumas doenças específicas que não contemplam na Ficha-A, além do tabagismo. (E1)

Seria o da saúde mental [...]. Eu creio que na própria ficha, por exemplo, de acompanhamento dos ACSs deveria ter esse dado de saúde mental, uma parte específica de saúde mental. Tem a questão da internação, mas de saúde mental, de uso, por exemplo, de psicotrópicos; a gente não tem esse dado, como se não fosse importante e pra nós aqui é uma coisa endêmica, é muito comum o pessoa usar psicotrópicos; eu acho que deveria ter no acompanhamento dos ACSs, na SSA2, por exemplo, deveria ter. (E4)

A questão do idoso; quantos estão internados em instituições de longa permanência, quantos não [...] Ele poderia estar na Ficha-D ou ter uma ficha específica da idade. Alguma coisa de preventivo, da saúde da mulher, a gente não tem nada, quanto tempo já fez, quanto tempo não faz, não tem nenhum dado levantando sobre isso; a gente tem que fazer fora do SIAB. (E5)

A resposta que aponta atividades realizadas pela equipe e que não são contempladas pelos instrumentos do SIAB se confirma quando, ao serem analisadas as fichas em que se coletam dados referentes à produção da equipe, não se constatou a coleta do número de consultas de puerpério realizadas.

Um dos entrevistados, ao tocar na questão da saúde mental, apontou um grupo da população que requer da equipe de saúde da família ações específicas ao quadro de saúde apresentado e que se faz presente, cada vez mais, no dia a dia da Equipe de Saúde da Família. Tratando-se, então, de ESF e reforma psiquiátrica, conclui-se que a efetiva melhoria na qualidade de vida converge para a realização do cuidado em saúde no próprio núcleo familiar.¹⁰ Além disso, a necessidade de coletar dados referentes ao uso de psicotrópicos foi apontada e a utilização pelos usuários foi relatada como uma questão “endêmica”.

O atendimento aos portadores de transtornos mentais é uma realidade no cotidiano das UAPs, mas o sistema de informação mais utilizado por elas não lhes oferece informações para agir perante esses indivíduos. A inclusão de indicadores de saúde mental no SIAB, como o número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves e o percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede primária por faixa etária e sexo, seria um grande avanço para a área.¹⁰

Com base na análise dos instrumentos do SIAB, percebeu-se que são coletados alguns dados a respeito da saúde do idoso e à da mulher, mas, diante da importância da atenção prestada a esses grupos, os dados coletados são insuficientes para executar as ações de maneira adequada. Como foi apontado por um dos entrevistados, há necessidade de ampliar a coleta de dados referente a esses grupos de indivíduos no intuito de permitir a construção de indicadores populacionais fiéis à realidade da população e que possam direcionar as ações de todo o sistema de saúde, desde o nível assistencial até a criação de políticas públicas.

Ao longo das entrevistas, os participantes, em algumas indagações, mostraram-se insatisfeitos com a digitação dos dados enviados e com o retorno das informações à UBS, afirmando que, na maioria das vezes, não recebem as informações produzidas pelo processamento e pela análise dos dados enviados. Os depoimentos seguintes mostram essa insatisfação e pontuam as facilidades que poderiam advir de um trabalho bem elaborado:

Olha, esse levantamento de dados com informatização de dados, se for bem trabalhado, bem coletado e se tiver um retorno, tem como fazer um planejamento mais qualificado dentro dos objetivos que demanda a comunidade, mas nem sempre é assim. Às vezes são coletados os dados e nem sempre se tem o retorno favorável ou se tem algum retorno de algum dado aquele dado muitas vezes fica perdido. (E1)

Um grande problema que ocorre é que, às vezes, esses dados não são digitados em tempo hábil. (E2)

Diante dessas críticas, surge o questionamento em relação à efetividade do processamento e à análise dos dados e divulgações das informações produzidas. Ao apontar que, por vezes, as UAPs não recebem as informações geradas, pergunta-se: o Datasus possui recursos suficientes para cumprir suas obrigações em tempo hábil e os profissionais que atuam nesse serviço estão capacitados para executar as ações com eficiência e eficácia? Os profissionais das UAPs sabem onde buscar essas informações, como a consulta à base de dados do Datasus disponibilizada *online*? As respostas a tais questionamentos são importantes, uma vez que podem indicar falhas que comprometem o funcionamento dos sistemas e que tornam as informações produzidas e divulgadas contrárias à realidade que deveria representar.

O SIAB COMO FERRAMENTA QUE NORTEIA A TOMADA DE DECISÃO EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA: A COMPREENSÃO DOS SUJEITOS EM QUESTÃO

Embora os entrevistados tenham demonstrado conhecimento defasado em relação ao SIAB, ao serem questionados se o julgavam uma ferramenta que contribuía para nortear as ações tomadas em relação à atenção primária desde o nível federal até as UAPSs, boa parte deles considerou o sistema importante, como se pode perceber nas seguintes afirmações:

Com certeza, por mais que tenha as suas deficiências às vezes tem ganhos. A gente sempre recorre à Ficha-A até a questão do Sisvan e do Sinasc, a questão da epidemiologia. Isso é muito importante, os retornos que nos chegam são muito até para direcionar nosso trabalho, nossa demanda, então sempre a gente está recorrendo. (E1)

Sim. (E2)

Sim, contribui. (E3)

Com certeza, se você juntar dados fidedignos e juntar de todas as UBSs e passar o sistema de informação funcionar, com certeza dá para o nível federal levantar muita coisa que está sendo feita, que não está, que precisa ser mudada a maneira de fazer, dá pra você fazer muita coisa; é um sistema bastante útil. [...] Tem muita coisa, ele é bastante útil, se você souber utilizar ele, é bastante útil. (E5)

Sim, pois apresenta dados, informações que norteiam o planejamento de ações na UAPS. (E6)

Um dos participantes revela que o sistema é uma ferramenta que contribui para nortear as ações tomadas em relação à atenção primária, mas aponta falhas que impedem seu funcionamento adequado. Tal afirmação nos leva novamente à indagação quanto à disponibilidade as informações geradas pelo processamento dos dados e ao conhecimento dos meios de obtenção dessas informações por parte dos profissionais alocados nas UAPSs:

Acho que é uma ferramenta, sim, desde que a gente tivesse o sistema informatizado mais acessível a todos os profissionais. Acho que não adianta ter informatização só nessa parte e desde a porta de entrada do usuário até o usuário aqui dentro da UBS ser um sistema totalmente arcaico, de fichinha. Acho que deveria ser tudo sistematizado. [...] Pelo tempo que existe já podia ter sido, poderia estar abrangendo mais coisa. (E5)

O SIAB, de fato, é uma ferramenta de suma importância para atuação das três esferas de governo e dos profissionais de saúde na atenção primária, mas também é fato que falhas existem e precisam ser corrigidas. Uma das críticas mais apontadas pelos entrevistados foi a falta de acesso às informações produzidas pelo SIAB. Talvez essa seja uma grande lacuna do sistema que impede que seu funcionamento atinja os objetivos

idealizados. Diante das respostas, percebeu-se que todos os entrevistados reconhecem a importância do SIAB para sua atuação, mas consideram que algumas mudanças são necessárias. Capacitar os profissionais e tornar as informações mais acessíveis poderia despertar maior interesse por parte desses profissionais em compreender o sistema, uma vez que, ao conhecê-lo melhor e o utilizarem com maior frequência, dúvidas ao seu respeito surgiriam e, conseqüentemente, a busca por novos conhecimentos e aprimoramentos seria cada vez mais intensificada, provocando a formação de profissionais mais qualificados e capacitados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise dos dados obtidos nas entrevistas, percebeu-se que os enfermeiros que atuam nas UAPSs que contemplam a ESF ou PACS e que, conseqüentemente, utilizam o SIAB no seu dia a dia possuem um conhecimento defasado em relação a esse sistema, o que não os impede de perceber sua importância. E considerando que para que se utilize algo de forma eficaz e efetiva é necessário que se tenha uma compreensão clara de suas representações e funcionalidades, concluiu-se que a percepção deficiente desses profissionais sobre o SIAB compromete sua utilização e os objetivos a que se destina. Assim, surge a preocupação com a formação desses profissionais que já lidam com o sistema e daqueles que um dia lidarão com ele.

Com isso, propõe-se a avaliação dos cursos que se destinam à formação acadêmica, especialização, capacitação ou educação permanente daquele que se dispõe a atuar na atenção primária, com o objetivo de formar profissionais mais capacitados para as funções a que se destinam, bem como a utilização adequada do SIAB para que as informações produzidas reflitam a realidade da população e que sirvam, de fato, para nortear os rumos da atenção primária no Brasil.

Percebeu-se, também, que as dificuldades não se encontram apenas nos profissionais, mas, também, que o sistema possui lacunas que devem ser preenchidas para que receba a devida atenção que merece e desperte nos enfermeiros o interesse por se capacitarem para melhor entender ao SIAB e o utilizá-lo da maneira correta. Por isso, é necessário que as informações do SIAB sejam mais acessíveis aos profissionais para que deixem de ser somente alimentadores e passem a utilizar o sistema de maneira efetiva e eficaz, buscando sempre seu aprimoramento e o desenvolvimento de sua capacidade de pensamento crítico em relação às diversas situações que surgem no cotidiano de uma UAPS.

Além disso, diante das análises de dados deste trabalho, surge uma questão preocupante: se o enfermeiro é o responsável pela orientação e supervisão dos ACSs, que, por sua vez, são os profissionais de nível superior que mais manuseiam os instrumentos do SIAB e que obtêm os dados diretamente da fonte, bem como apresentam uma compreensão deficiente sobre o SIAB, como são

as orientações deles aos ACSs quanto ao sistema e, em posse dessas orientações, qual a posição do agente diante do SIAB?

O SIAB representa uma peça fundamental na mudança da atenção primária provocada pela implementação do SUS e pela criação da ESF. Mas esse sistema necessita ser reavaliado criteriosamente, já que se passaram doze anos

de sua criação e as fichas utilizadas e os dados coletados continuam praticamente os mesmos. É preciso formar profissionais qualificados para lidar com o SIAB, para que esse sistema atinja seus reais objetivos e que os que o utilizam possam contribuir cada vez mais para o progresso da atenção básica, refletindo em todo o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Nunes LA. SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2001.
2. Biblioteca Virtual em Saúde. Áreas Temáticas. Vigilância em Saúde. [Citado 2010 maio 15]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/svs/inf_sist_informacao.php>.
3. Ohara ECC, Saito RXS. Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. 2ª ed. São Paulo: Martinari; 2010.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
5. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005; 21(6):1821-8.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
8. Denzin NK, Lincoln YS, colaboradores. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagem. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
9. França T. Sistema de informação da atenção básica: um estudo exploratório [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
10. Reinaldo AMS. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12(1). [Citado em 2011 abr. 13]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100027&lng=en&nrm=iso>.

Data de submissão: 20/10/2011

Data de aprovação: 25/6/2012

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADAS POR ENFERMEIROS NA ESCOLA: PERCEPÇÃO DE PAIS

ACTIONS OF HEALTH EDUCATION CARRIED OUT BY NURSES AT SCHOOL: PERCEPTION OF PARENTS

ACCIONES DE EDUCACIÓN EN SALUD LLEVADAS A CABO POR ENFERMEROS EN LA ESCUELA: PERCEPCIÓN DE LOS PADRES

Willyane de Andrade Alvarenga¹
Maria Enoia Dantas da Costa e Silva²
Simone Santos e Silva³
Liana Dantas da Costa e Silva Barbosa⁴

RESUMO

O projeto de extensão "Sementes do Conhecimento", de uma Instituição de Ensino Superior, insere o enfermeiro no contexto escolar infantil desenvolvendo ações educativas nas quais são percebidas as fragilidades dos pais no cotidiano dessas práticas. Com esta pesquisa qualitativa, objetivou-se analisar a percepção de pais sobre ações educativas em saúde realizadas pelos docentes e discentes de enfermagem dessa instituição. Realizada em julho de 2011, com 12 pais numa escola pública de Teresina, as falas, categorizadas semanticamente e analisadas segundo referencial teórico, evidenciaram a valorização dessas atividades. Os pais são informados do estado de saúde dos filhos, aprendem ações promotoras de saúde e preventivas de agravos, desenvolvendo-as no lar, diminuindo, portanto, gastos financeiros com doença. Um cuidado diferenciado e criativo exercido pelo enfermeiro na escola resulta numa valorização profissional e em novas estratégias de trabalho, pois os escolares são preparados para o autocuidado e para a adoção de hábitos saudáveis.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem; Saúde da Criança; Educação em Saúde; Saúde Escolar.

ABSTRACT

The extension project "Seeds of Knowledge" of a Higher Education Institution inserts the nurse in the children school context, developing educational activities in which perceived the weaknesses of parents in relation to these practices in daily life. This qualitative research aimed to analyze the perception of parents on educational activities undertaken by nursing teachers and students of this institution. Held in July 2011, with twelve parents in a public school in Teresina, from whose speeches were semantically categorized and analyzed according to the theoretical framework, demonstrated the value of these activities, since they are informed of the health status of children, and learn about health-promoting actions and the prevention of diseases, developing them at home, thereby reducing financial expenditures with diseases. A creative and special care exercised by the nurse at school results in a professional development and new strategies in working, where the students are prepared for self-care and the adoption of healthy habits.

Key words: Nursing Care; Children Health; Health Education; School Health.

RESUMEN

El proyecto de extensión "Semillas del Conocimiento" de una Institución de Enseñanza Superior inserta a los enfermeros dentro del contexto escolar infantil, desarrollando acciones educativas en las cuales se observan las fragilidades de los padres en el día a día de las prácticas. La presente investigación cualitativa tuvo como objetivo analizar la percepción de los padres sobre las actividades educativas en salud realizadas por los docentes y discentes de enfermería de dicha institución. La investigación se efectuó en julio de 2011, con doce padres en una escuela pública de Teresina. Los discursos, categorizadas semánticamente y analizados según el referente teórico, evidenciaron la valoración de estas actividades. A los padres se les informa el estado de salud de los hijos, aprenden acciones promotoras de la salud y preventivas de cautela de agravios, desarrollándolas en el hogar y disminuyendo, por ende, gastos financieros con enfermedades. Los cuidados diferenciados y creativos ejercidos por los enfermeros en la escuela resultan en la valoración profesional y, asimismo, en nuevas estrategias de trabajo pues a los niños se los prepara para que sepan cuidarse y para que adopten costumbres saludables.

Palabras clave: Cuidados de Enfermería; Salud del Niño; Educación en Salud; Salud Escolar.

¹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar. São Carlos-SP. E-mail: willyalvarenga@hotmail.com.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade Santo Agostinho-FSA. Teresina-PI.

³ Enfermeira. Residente em Saúde da Mulher. IMIP. Recife-PE.

⁴ Psicóloga. Mestranda em Toxologia e Genética. Docente da Faculdade Santo Agostinho. Teresina-PI.

Endereço para correspondência – Rua 6, quadra 5, casa 29, São Francisco. CEP: 65636-760. Timon-MA, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, em 1998, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, instituiu o projeto “Promoção da Saúde” com o objetivo de promover a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades, bem como reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes sociais.¹

O tema “Promoção da Saúde na Escola” destacado nessa preocupação ministerial, deixa clara a visão de que a escola constitui espaço de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento, no qual se adquirem valores fundamentais. Assim, reforçam que esse espaço é o lugar ideal para desenvolver programas relacionados à Promoção e Educação em Saúde de amplo alcance e repercussão, considerando que exerce grande influência sobre as etapas formativas dos alunos, imprescindíveis à vida futura.²

A saúde, no espaço escolar, é concebida como um ambiente de vida da comunidade, cujo referencial para ação deve ser o desenvolvimento do educando, como expressão de saúde, com base em uma prática pedagógica participativa, tendo como abordagem metodológica a educação em saúde transformadora. O contexto familiar, comunitário, social e ambiental da criança deve ser considerado, bem como a análise dos seus valores, condutas, condições sociais e estilos de vida.³

Dessa forma, a escola, como um ambiente inserido em todas as dimensões do aprendizado, deve oferecer oportunidades de crescimento e desenvolvimento em um ambiente saudável e com a participação dos setores da saúde e educação, da família e da comunidade. A inserção da saúde no ambiente escolar guia a família e a sociedade para a assistência às crianças, além da manutenção e obtenção da saúde, baseando-se em orientações ao educando para escolhas seguras e saudáveis. Essa sensibilização às crianças pode repercutir tanto nos seus hábitos como no de seus pais no ambiente familiar.

De modo geral, na realidade brasileira, as programações de ensino contemplam assuntos relacionados à saúde, mas não fazem a articulação entre estes e a realidade dos escolares, surgindo, assim, as dificuldades de aprendizagem, que subsidiariam as práticas para o autocuidado. Essas dificuldades fomentam o aumento dos índices de adoecimento que poderiam ser evitados com medidas básicas de educação em saúde.

Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção a Saúde almeja a ampliação da autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos e da coletividade, no cuidado integral à saúde, focando, também, a preservação do meio ambiente e a promoção de espaços mais seguros e saudáveis. Além disso, amplia as cooperações do setor saúde com outros atores sociais para o fortalecimento de iniciativas que reduzam as situações de desigualdade.¹

Como atores, podem ser incluídas as Instituições de Ensino Superior (IESs), assumindo o compromisso de

responsabilidade social dos escolares, dos familiares e da coletividade. Nessas IESs, os profissionais da área de saúde, com destaque para os enfermeiros, como docentes do ensino superior, participam ativamente do processo de mudanças e redução das situações de desigualdade social.

Fomentados pelas políticas de assistência à saúde e pelo papel do enfermeiro no processo de educação em saúde, os docentes, no dia a dia das salas de aula, devem incentivar os discentes de enfermagem a desenvolver novas formas de cuidar, consolidando-as por meio de atividades extraclasse – por exemplo, o projeto de extensão “Sementes do Conhecimento” desenvolvido em parceria com uma unidade escolar de ensino infantil e fundamental desde 2007.

A extensão universitária, como processo educativo, cultural e científico que articula ensino e pesquisa viabilizando encontros e diálogos entre alunos, professores e com a sociedade, vem se ampliando e possui características potencializadoras de mudança. Essa articulação entre setores da sociedade indica a possibilidade de produção de novos conhecimentos com o movimento de troca e construção entre os saberes científico e popular.⁴

Corroborando essa concepção, os autores deste projeto (docentes e discentes de enfermagem de uma IES privada) puderam perceber várias fragilidades no cotidiano da prática de avaliação do estado de saúde dos escolares, dentre as quais a desvalorização das ações desenvolvidas pelos docentes e discentes de enfermagem pelos pais das crianças da Unidade Escolar.

Tais aspectos suscitaram inquietações e estimularam a realização desta pesquisa, cujo objeto de estudo foi a percepção dos pais sobre as ações de avaliação e promoção de saúde realizada aos escolares por docentes e discentes de enfermagem do projeto “Sementes do Conhecimento”. Diante desse objeto, foi definido como objetivo analisar a percepção de pais sobre as ações de avaliação e promoção de saúde do escolar realizada pelos docentes e discentes de enfermagem envolvidos no projeto.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, exploratório e descritivo, tendo como cenário da pesquisa uma escola da rede municipal de Teresina, onde é desenvolvido o projeto. Essa escola oferece educação do ensino infantil ao quinto ano do ensino fundamental, conta com 567 crianças em média, sendo 288 alunos no turno da manhã e 279 no turno tarde. Seu corpo docente é formado por 19 professores e uma diretora, que trabalham em tempo integral.

O espaço escolar dispõe de um laboratório de ensino para as práticas da disciplina Semiologia/Semiotécnica, onde os discentes da IES atendem, aproximadamente, 67% das crianças com idade entre 5 e 14 anos para a avaliação

das condições de saúde. Com base nos problemas prevalentes encontrados durante as avaliações, ações educativas são realizadas com as crianças e seus pais, como forma de promover saúde, prevenir as doenças e os riscos encontrados.

A coleta de dados foi realizada em julho de 2011, no ambiente escolar, quando os pais iam deixar ou buscar os seus filhos na escola. A entrevista foi semiestruturada, guiada por um roteiro que combinou perguntas fechadas (ou estruturadas) e questões abertas, possibilitando ao entrevistado condições de discorrer livremente sobre o tema proposto.

Os sujeitos constituíram-se de 12 pais de alunos da referida escola que foram avaliados pelos docentes e discentes de enfermagem no último período de funcionamento desse projeto. Os critérios de inclusão para o estudo foi ter filho que já tivesse sido avaliado quanto às condições de saúde, tivesse participado de atividades de educação em saúde e aceitado participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostra foi definida pelo critério de saturação das falas.

Baseando-se na caracterização dos pais, ressaltou-se que todas foram mulheres, com predominância de faixa etária entre 20 e 40 anos, casadas ou em união estável, 58,34% possuíam de um a dois filhos e 41,66%, de três a quatro filhos. A maioria com ensino fundamental e/ou médio incompletos, renda familiar de um a dois salários mínimos e não trabalhavam fora de casa; uma pequena parcela é secretária do lar (16,67%), auxiliar administrativa (8,33%) e professora (8,33%).

Os dados de interesse para a pesquisa foram agrupados e contextualizados em categorias semânticas, por meio da análise de conteúdo de Bardin e discutidas à luz do referencial sobre o tema.

Esta pesquisa seguiu os preceitos da Ética em pesquisa, segundo a Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Parecer nº 0138.0.043.000-11, do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Novafapi, Teresina-PI. Para garantir o caráter sigiloso das informações, todos os depoentes foram nomeados numericamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise da percepção dos pais entrevistados, na escola, sobre a avaliação da saúde do escolar pelos docentes e discentes de enfermagem surgiram duas categorias: Valorização das atividades de saúde do projeto e Sugestões para a avaliação de saúde do escolar.

Categoria 1 – Valorização das atividades de saúde do projeto

Esta categoria é formada por três subcategorias que retratam o motivo pelo qual os pais valorizam o projeto de avaliação do escolar, percebendo-o como uma ferramenta no auxílio à educação de seus filhos.

Subcategoria 1A – Informações sobre o estado de saúde do filho

Esta subcategoria evidencia a percepção dos pais em relação à importância da avaliação de saúde do escolar, pois eles recebem informações relevantes quanto ao estado de saúde das crianças por meio de uma conversa e de um bilhete, entregue pelos discentes aos pais (pai ou mãe que busca a criança na escola). Essas orientações são realizadas com supervisão do docente, podendo contribuir para melhorar a saúde da criança:

Vive acontecendo coisas com ela (filha) e a gente em casa, às vezes, não presta atenção e com esse pessoal da saúde eles localizam o que está acontecendo com as crianças [...] e passam pra mães. (D2)

Eu acho importante [...] tanto para mim como para meus filhos, porque a gente está sabendo o que acontece com eles. [...] Às vezes a gente não leva ao médico e quando leva e eles passam uma coisa, a gente não entende. [...] Aqui a gente pergunta e eles respondem. (D4)

Ajuda a gente também a ver, [...] porque a gente quase não tem muito tempo, não é? [...] Eles olham o cabelo da criança, olham a unha, alguma coisa que, às vezes, a mãe é displicente. (D11)

Nas falas, as mães valorizam a iniciativa do projeto na escola, pois, por meio das atividades, percebem e compreendem o problema dos filhos, muitas vezes nem visto por elas. Entendem claramente as orientações feitas pelos docentes e discentes do projeto, diferentemente do que acontece com outros profissionais, cujo objetivo dos esclarecimentos não foi atingido por falhas na comunicação.

Para que ocorra a transformação do sujeito em sua interação com o conhecimento, é preciso que ele se reconheça na mensagem para interagir com ela, de modo a absorver as informações para, então, praticá-las.⁵ É importante a participação da família na recuperação da saúde de qualquer indivíduo, e, quando se refere à criança, a família é um fator essencial e transformador, por isso ela também é focada nas atividades do projeto.

O escolar deve ser visto num contexto maior, na família, pois muitos problemas somente são sanados com a participação efetiva dos responsáveis por ele, para que agravos de saúde, como o baixo peso, obesidade, diarreia, pediculose, verminose, problemas visuais e outros sejam solucionados. As mães destacaram alguns desses problemas identificados e relataram a tentativa de saná-los conforme as orientações que recebem:

Outro dia, meu menino estava com problema de escoliose, aí eu não sabia, me deram um encaminhamento para levar ao médico; [...] com problema de dente, também, aí me deram [...] eles olham tudo direitinho, [...], ele tinha piolho, elas olharam; eu ajetei tudo isso. (D8)

Ela estava com um problema na mama, só uma mama desenvolveu [...], aí eles olharam ela e mandaram o bilhete dizendo que era para eu procurar um endocrinologista, e eu procurei. [...] O médico fez o exame e deu uma mama alterada. (D10)

Os problemas de saúde das crianças são identificados pelos docentes e discentes de enfermagem, que compartilham as informações com os pais e dão as devidas orientações à criança quanto ao autocuidado; mas em alguns casos, com base em observações empíricas da equipe que realizou o projeto, percebia-se que os problemas identificados permaneciam na criança mesmo após orientações feitas aos pais. Isso contradiz suas falas quanto à importância e ao entendimento das orientações recebidas.

A não participação dos pais identificada nessas observações empiricamente, refletindo na permanência dos problemas encontrados, pode estar relacionada à concepção que eles têm de doença. A ideia de doença está relacionada a fatores como sofrimento, dor e morte, fatores culturais e sociais presentes que interferem na percepção e caracterização de doença.⁶

Por outro lado, a limitação do ambiente social do escolar, o desemprego dos pais, a fome, as drogas, a falta de moradia, dentre outros, interferem na observação dos pais quanto aos agravos da criança, apesar de perceberem a avaliação de saúde da criança de forma positiva.

Diante disso, o profissional de saúde deve levar em consideração as limitações da realidade infantil para a resolução dos problemas e promoção da saúde, apesar de na sua formação profissional aprender que, com base no conhecimento técnico-científico, é possível resolver todos os problemas de saúde.⁷

Subcategoria 1B – Informações para a proteção/promoção da saúde

Esta subcategoria evidencia a percepção dos pais quanto à relevância do projeto, uma vez que este proporciona a troca de informações importantes para a manutenção da saúde de seus filhos. Segundo eles, as crianças passam a se preocupar com a saúde, e muitas adotam um estilo de vida mais saudável quanto aos hábitos alimentares e à higiene bucal, conforme os fragmentos de falas seguintes:

Aprendeu escovar os dentes melhor [...]. Ele passou a comer frutas e verduras [...]. Ele come mesmo sem gostar, ainda, mais ele está comendo, porque disseram que faz muito bem e eu estou gostando da mudança que teve com ele. (D3)

As mães acreditam que o projeto na escola causa modificação no comportamento dos filhos, dada a associação entre a educação e a saúde, que promove adesão ao autocuidado e à aprendizagem. Esse acontecimento só é possível porque o profissional de saúde que trabalha neste projeto assume a postura de educador, visando à promoção da saúde de forma integral e criativa, relacionando os agravos encontrados aos fatores determinantes em cada contexto.

As mães destacaram, também, as mudanças observadas no próprio comportamento da criança quanto à aquisição de conhecimentos relativos à alimentação,

a uma dieta rica em frutas e à realização das principais refeições pela criança após as palestras realizadas com os pais na escola:

As reuniões que sempre eles fazem [...]; participei de todas. [...] Eu tirava muitas dúvidas, [...] eu aprendia muita coisa sobre a alimentação também, café da manhã, que para mim tanto fazia ela tomar como não. (D1)

Participei de uma reunião [...], orientaram sobre alimentação que eu não conhecia, no caso da alimentação com frutas ser muito mais saudável [...], e outras coisas sobre alimentos [...]. (D9)

Estudos mostram que o conhecimento, quando colocado pelos profissionais de maneira compreensiva e numa linguagem coerente com cada cultura, poderá ser assimilado pelas famílias, especialmente quando se leva em consideração seus saberes, devendo ser aperfeiçoados e/ou adaptados ao saber científico.⁸

Educar crianças é uma tarefa árdua, porém possível, especialmente quando se envolve a família, sobretudo nas mudanças de hábitos. Estudos ressaltam que educar é modificar, por meio da educação, o que pode ser alterado. O ato pedagógico é direcionado “sobre sujeitos ou grupos de sujeitos visando provocar neles mudanças tão eficazes que os tornem elementos ativos desta própria ação exercida”.^{9:97}

A compreensão do autocuidado é estimulada no escolar por meio de estratégias de ensino, métodos interativos e tecnologias simplificadas, elaboradas pelos membros do projeto, para que a criança participe ativamente desse processo de ensino/aprendizagem, ocorrendo a absorção da informação e, conseqüentemente, a adoção de um estilo de vida saudável.

Atividades como cantar paródias de músicas sobre alimentação saudável, mostrar vídeos sobre higiene corporal e alimentar, realizar jogos para estimular às atividades físicas, culturais, gincanas abordando temas variados, como o cuidado ao meio ambiente, coleta seletiva do lixo e combate à dengue, dentre outras atividades realizadas em sala de aula, a exemplo das orientações sobre postura corporal, como a forma correta de sentar-se e levar a mochila, eram realizadas. Metodologias utilizadas para trabalhar os problemas mais prevalentes encontrados nas crianças, que eram identificados mediante a realização das avaliações de saúde.

Com isso, há a construção de uma Escola Promotora de Saúde, definida pela Carta de Ottawa “como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo”.^{10:5}

Subcategoria 1C – Evita gastos financeiros com doença

Esta subcategoria é constituída por uma única unidade de registro, porém é relevante porque nela é destacada a importância econômica de projetos de saúde em escolas

da rede pública. Os fragmentos das falas seguintes ilustram tal afirmação:

Os meninos não têm adoecido porque, se eles fossem doentinhos, aí estava ruim para eu comprar remédios, caminhar para médicos. Pegar ônibus e o dinheiro é o mais difícil porque eu não tenho trabalho e não posso trabalhar por causa deles. (D4)

É muito gratificante pra gente, que tem filho na prefeitura. Se todo colégio da prefeitura tivesse isso (projeto), era muito bom porque a gente não tem condição de ficar caminhando pra médico direto. (D5)

A mãe acredita que a avaliação de saúde na escola, juntamente com as atividades educativas, faz com que as crianças não adoçam e haja menor gasto financeiro. Estudos mostram que a promoção da saúde é, sem dúvida, mais econômica, porém a articulação entre educação e saúde é um processo difícil, principalmente em crianças em idade escolar com condições socioeconômicas precárias. A questão vai além da ideia de que a assistência em saúde, nas escolas, resolveria a problemática do adoecer nas crianças e do fracasso escolar resultante. Nesse contexto, surge a reflexão do significado do papel do setor saúde na educação e do processo saúde-doença.⁷

A educação deve estar articulada com os fatores sociais da criança, pois as condições de saúde dos escolares de classe social desfavorecida são diferentes das de outras classes sociais, porque a saúde está relacionada às condições de vida; é resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, acesso a bens e serviços essenciais, e não apenas de fatores biológicos.⁷⁻¹¹

Categoria 2 – Sugestões para a avaliação de saúde do escolar

Nesta categoria estão expostas as sugestões dos familiares para a melhoria do projeto, como a inclusão de mais profissionais de saúde, além de enfermeiros – por exemplo, médicos e odontólogos para viabilizar o acesso ao atendimento de saúde e uma avaliação mais precisa:

Só vai um aviso, devia ter um médico para tratar as crianças, [...] avaliar não é? [...], porque assim, às vezes é muito difícil conseguir uma consulta nos postos de saúde. [...] Se tivesse um médico no colégio, [...] consultassem logo a criança [...] e dessem logo o diagnóstico certo... (D6)

Só pra gente levar o papelzinho, fulano de tal está com o dente cariado, fulano de tal está com um problema de visão, problema de piolho, apesar de que esse é mais fácil de ser resolvido, mas os problemas dos dentes, de óculos são mais difíceis. (D7)

As mães reportam-se às dificuldades de acesso aos serviços de atenção primária, aos quais são

encaminhadas, e como solução gostariam de resolver os agravos da criança no cenário escolar. No entanto, as ações desenvolvidas no projeto não são de caráter biomédico; prioriza-se a educação em saúde, focando a prevenção da doença e a proteção da saúde.

Quanto à realidade dos serviços de atenção básica no Brasil, há ainda a dificuldade de acesso de uma parcela da população, resultado da inadequação do modelo de saúde existente, limitações de recursos e demandas crescentes pelo serviço, implicando a incapacidade de universalização do sistema de saúde e respostas das políticas públicas, o que restringe o benefício das ações e serviços de saúde para muitos.¹²

A inadequação do modelo de saúde existente para os pais que trabalham foi observada em pesquisas realizadas, cujo motivo justificado por eles para não levarem as crianças ao serviço de saúde foi a indisponibilidade de tempo, dado o fato de o horário de trabalho das famílias coincidirem com o atendimento das unidades de saúde. Diante disso, em estudos indaga-se se a inadequação dos horários de atendimento das unidades dificultaria a interação da comunidade com as equipes de saúde, além da não realização do diagnóstico precoce, o que agrava os problemas e aumenta a possibilidade de sequelas.¹³

Além da realidade dos serviços, existe, também, o pensamento crítico de profissionais para atuar com medida simples nos agravos da população. Em entrevista feita com médicos da atenção básica, eles retrataram a falta de discernimento da mãe para a real necessidade do filho de procurar o serviço de saúde,¹⁴ o que geraria dificuldades de assistência à criança.

CONCLUSÃO

Com esta pesquisa foi possível conhecer a percepção dos pais dos escolares sobre a avaliação de saúde e as atividades educativas realizadas pelos docentes e discentes de enfermagem, executores do projeto “Semente do Conhecimento”. Eles valorizam as atividades do projeto, citando as repercussões positivas na qualidade de vida e nos determinantes de saúde dos escolares. Recebem informações quanto ao estado de saúde dos filhos, aprendem ações promotoras de saúde e preventivas de doenças, além da diminuição dos gastos financeiros, dada a postura de proteção da saúde com a adoção e estímulo aos hábitos saudáveis no ambiente familiar.

A inserção do profissional de saúde, principalmente do enfermeiro, na Saúde do Escolar, delineando seu papel na escola, com atividades educativas e assistenciais, resulta numa valorização profissional, no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o autocuidado em saúde da criança e na prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas e no fortalecimento da referência em atenção à saúde entre unidade de saúde e a escola, estreitando tanto o vínculo entre eles, como mostrando a necessidade de atenção aos agravos no escolar.

Com as atividades do projeto, as crianças foram preparadas para lidar com a multiplicidade de questões que as envolvem com as novas formas de desenvolvimento do processo ensino/aprendizagem relacionadas às ações de promoção da saúde. Portanto, considera-se que o estudo é relevante pelas contribuições que poderá trazer para outros profissionais que lidam diretamente com esses tipos de atividade no atendimento às crianças no contexto escolar.

Com base neste estudo novas estratégias poderão ser implementadas, no sentido de inserir o enfermeiro no espaço escolar, estabelecendo o cuidado a esse grupo e a objetividade das ações com a participação da família, uma vez que ela representa fator primordial na promoção de saúde de escolares.

REFERÊNCIAS

1. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde: 2006. [Citado 2010 fev. 10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf>.
2. Goncalves FD, Catrib AMF, Vieira NFC, Vieira LJES. A promoção da saúde na educação infantil. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(24): 181-92.
3. Pelicioni C. A escola promotora de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999
4. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(1): 117-21.
5. Monteiro S, Vargas E, organizadores. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 252 p.
6. Figueiredo NMA, Tonini T. SUS e PSF para enfermagem: práticas em saúde coletiva. São Caetano do Sul-SP: Yendis Editora; 2007.
7. Ferriani MGC. A inserção do enfermeiro na saúde escolar: análise crítica de uma experiência. São Paulo: EDUSP; 1991.
8. Queiroz MV, Jorge MS. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. *Interface (Botucatu)*. 2006; 10 (19): 117-30.
9. Libâneo JC. Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Loyola; 1985.
10. Harada J. Introdução. In: Harada J, Mattos PCA, Pedroso GC, *et al.* Departamento Científico de Saúde Escolar. Sociedade Brasileira de Pediatria. Cadernos de Escola Promotora de Saúde. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.
11. Brasil. Ministérios da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
12. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7 (3): 401-12.
13. Maciel ELN, Oliveira CB, Frechiani JM, Sales CMM, Brotto LDA, Araújo MD. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15 (2): 389-96.
14. Olivi ML, Fonseca RMGS. A mãe sob suspeita: falando da saúde da criança em idade escolar. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41 (2): 213-21.

Data de submissão: 3/1/202012

Data de aprovação: 17/5/2012

PERCEPÇÃO DE MORADORES DE UMA CIDADE DE MINAS GERAIS SOBRE O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DO GÊNERO MASCULINO

PERCEPTION OF RESIDENTS OF A CITY IN THE STATE OF MINAS GERAIS ON MALE NURSES

PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES DE UNA CIUDAD DEL ESTADO DE MINAS GERAIS SOBRE LOS ENFERMEROS VARONES

Diego Fernando Paiva Vitorino¹
Valdinéia Luiz Hertel²
Ivandira Anselmo Ribeiro Simões³

RESUMO

Neste estudo, de abordagem qualitativa, exploratória, descritiva e transversal, objetivou-se conhecer a percepção dos moradores, representantes dos diversos segmentos da cidade de Itajubá-MG, sobre o profissional de enfermagem do gênero masculino; identificar a percepção deles em relação à visão da comunidade itajubense sobre esse profissional; e conhecer a experiência, entre as percepções e sentimentos deles, ao serem cuidados por esse profissional. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz. A amostra foi constituída de 40 participantes, membros dessa comunidade. A amostragem foi do tipo proposital. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada, gravada e transcrita literalmente, de fevereiro a agosto de 2011. O estudo teve como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais e seguiu as diretrizes do Discurso do Sujeito Coletivo para a seleção das ideias centrais e expressões-chave, por meio das quais foram extraídos os discursos dos sujeitos. As percepções, visões e experiências de moradores para com esse profissional foram diversificadas e permeadas pelas relações de diferenças entre gêneros, preconceito e conquista de espaço na enfermagem. Os dados refletem a importância de discutir sobre o tema pela sociedade e pelos profissionais de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem; Identidade de Gênero; Percepção.

ABSTRACT

This exploratory qualitative research aims at investigating the perception of Itajubá neighbours on male nurses; identifying the nurses' perception on that community view; identifying the population feelings and perceptions on being cared for by this nursing professional. The research was approved by the Wenceslau Braz Nursing School Research Ethics Committee. The sample consisted of 40 participants, selected through purposive sampling method, and representatives of different population segments. Data was collected through semi-structured interviews recorded and transcribed verbatim. Theoretical and methodological framework was the Social Representation Theory; Collective Subject Discourse was applied for the selection of central ideas and corresponding key expressions from which the subjects' discourse was extracted. The perceptions, views and experiences of the population were diverse and based on gender differences, prejudice, and the wish to succeed in the nursing career. Data reveals that a broad discussion on the subject, led to society as a whole and the nursing professional in particular, is needed.

Keywords: Enfermería; Identidad de Género, Percepción.

RESUMEN

Este estudio, de enfoque cualitativo, exploratorio, descriptivo y transversal, tiene como objetivo conocer la percepción de la comunidad, representantes de los diferentes sectores de la ciudad de Itajubá, Minas Gerais, sobre los enfermeros varones. Busca, además, identificar dicha percepción en cuanto a visión de la comunidad acerca de estos profesionales y conocer la experiencia, entre sus percepciones y sentimientos, al ser cuidados por los enfermeros. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la "Escola de Enfermagem Wenceslau Braz". La muestra consistió en 40 participantes, miembros de la comunidad. El muestreo fue tipo intencional. La recogida de datos se llevó a cabo a través de entrevistas semi-estructuradas, grabadas y transcritas textualmente, de febrero a agosto de 2011. El estudio tuvo como marco teórico y metodológico la Teoría de las Representaciones Sociales y siguió las directrices del Discurso del Sujeto Colectivo para seleccionar las ideas centrales y sus correspondientes expresiones clave, de las cuales fueron extraídas los discursos de los sujetos. Las percepciones, opiniones y experiencias de los habitantes sobre este profesional fueron distintas y estuvieron impregnadas de relaciones de diferencias entre géneros, prejuicios y conquista de espacio en enfermería. Los datos reflejan la importancia del tema y su necesidad de que sea debatido entre la sociedad y los profesionales de enfermería.

Palabras clave: Enfermería; Género Masculino, Percepción.

¹ Acadêmico de Enfermagem do 8º período da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), Itajubá-MG. E-mail: diego_vitorinos@hotmail.com. Tel.: (35) 3621-2181.

² Enfermeira. Mestre em Educação pela PUCCAMP. Professora titular da disciplina Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente pela EEWB, Itajubá-MG, e Fatea, Lorena-SP.

³ Enfermeira. Mestre em Bioética. Professora de Bioética e Metodologia do Cuidado de Enfermagem da EEWB, Itajubá-MG. Endereço para correspondência – Rua Joaquim Lopes Guimarães, nº 2, casa, Bairro Varginha; Itajubá-MG; CEP: 37.501-078.

INTRODUÇÃO

Ao ingressar em um curso de graduação em enfermagem, ouvi, diversas vezes, comentários de pessoas conhecidas a respeito de minha escolha de profissão. Tais comentários giravam em torno de uma desaprovação velada e ao mesmo tempo uma surpresa ou espanto, vista por mim como desnecessária, já que se tratava apenas da escolha de um curso de graduação, isso numa cidade com tradição na formação de profissionais enfermeiros há mais de 55 anos. A partir de então, pude fazer algumas observações da sociedade e das relações humanas que reforçam um grande conceito preconcebido. Dessa forma, passei a questionar o que haveria por trás de tudo isso e que culminou por gerar essa visão tão distorcida a respeito do homem na profissão de enfermagem como ser atuante e trabalhador.

Tratando-se inicialmente da profissão de enfermagem, há relativo desprestígio perante a medicina e outras profissões do mesmo nível, decorrente de toda sua história, revivida hoje. Nessa retrospectiva histórica da enfermagem, pode-se observar que, durante muito tempo, uma série de barreiras próprias da profissão vem interferindo na obtenção de melhor nível profissional. Há, portanto, uma grande identificação histórica atual da enfermagem como uma profissão feminina, o que poderia estar obstaculizando a entrada e a aceitação do enfermeiro-homem na profissão tanto pela sociedade quanto pela maioria feminina que a compõe.

O desenvolvimento histórico da prática de enfermagem mescla-se com o desenvolvimento das práticas de saúde, estando associado às estruturas sociais dos diferentes povos, nações e épocas diversas. Esses períodos históricos são determinados por formações sociais específicas, com caracterização própria, que engloba sua filosofia, sua política, sua economia, suas leis e ideologias, sendo que os períodos transitórios de desenvolvimento das nações, as relações de poder e a articulação da questão saúde, nessas perspectivas, são fatores que caracterizam a evolução e a trajetória das práticas de saúde, nas quais a enfermagem se insere.¹

Numa análise histórica do masculino e feminino na enfermagem, no século passado e com a criação das primeiras escolas de enfermagem no Brasil, optava-se pelo uso da palavra *enfermeira* para designar as mulheres na profissão e *enfermeiro* para os homens. Até 1932, ao se referir à enfermeira, o termo era sempre no feminino, continuando essa linguagem em alguns documentos, decretos e leis que regiam a profissão, até praticamente a década de 1960. Já a especificação do gênero masculino ocorria, especialmente, quando se tratava de atividades ligadas às Forças Armadas, quando, por exemplo, havia referência a cursos práticos da época, como o de *enfermeiros do exército* e da *polícia militar* (atividades ligadas às Forças Armadas), cursos direcionados a pessoas do sexo masculino, justificando o uso do termo.²

De acordo com a Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (regulamentada pelo Decreto Federal nº 94.906/87),

que “dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências”, em seu artigo 2º, parágrafo único, o exercício da enfermagem é privativo do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do auxiliar de enfermagem e da parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação, empregando o uso do masculino, levando-se em consideração a presença masculina na área, excetuando-se a “Parteira”³.

Quanto às relações de gênero e enfermagem, a utilização do termo “gênero” às/aos teóricas/os e estudiosas/os de mulheres e do movimento feminista no final da década de 1970 foi justamente para marcar que as diferenças entre homens e mulheres não são apenas de ordem física, biológica. Por não existir natureza humana fora da cultura, falar de relações de gênero é falar dos significados atribuídos a cada sexo pela sociedade e cultura, sendo a diferença biológica um ponto de partida para a construção social do que é ser homem ou ser mulher: sexo é atributo biológico, enquanto gênero é uma construção social e histórica.⁴

O termo “gênero” pode ser entendido filosoficamente, e as definições daí advindas, embora devam ser levadas em conta, representam apenas uma ideia geral do conceito, não aprofundando questões que tratam do gênero como construção histórica e relação social que passa pela cultura social de papéis estabelecidos pela sociedade. Isso deixa um firmamento de como devem ocorrer as relações homem-mulher, homem-homem, mulher-mulher, sendo que essa construção dos papéis sexuais direciona, inclusive, a escolha profissional, evidenciando um caráter fundamentalmente social das diferenças fundadas no sexo como o primeiro modo para dar significado às relações de poder, à construção social como sujeito masculino e feminino.³ Logo, evidencia-se o dito papel social embutido nos gêneros, bem como a relação direta da sociedade para com os papéis dos gêneros masculino e feminino. Essa visão foi extrema importância, pois deixam claras a opção e a predileção pela expressão “gênero masculino” para a consecução desta pesquisa, já que lidamos com pessoas imbuídas de e na história.

Quanto ao surgimento do homem na profissão de enfermagem, quando se analisar a história através dos séculos, é possível encontrar dados que contradizem o mito de que a categoria é “tipicamente feminina”, pois tem sido um campo (da saúde) dominado pelos homens a maior parte da história da humanidade. É evidente uma estreita relação do aparecimento do homem na enfermagem com as guerras, na Roma e Grécia antigas, e a vida religiosa, com os monges.^{5,6} Assim, o homem aparece na enfermagem em decorrência da grande influência das ordens religiosas e militares, pela necessidade da força física e sua dependência para os trabalhos, além da influência da vertente cultural, identificada pela separação de doentes por sexo, determinando o aparecimento desse profissional para tratar dos doentes do mesmo sexo (cuidados impossíveis “de serem prestados” por religiosas).⁵

Diante do exposto, objetivou-se com pesquisa:

- conhecer a percepção dos moradores, representantes de diversos segmentos, da cidade de Itajubá, Minas Gerais, sobre o profissional de enfermagem do gênero masculino;
- identificar a visão da comunidade itajubense em relação ao profissional de enfermagem do gênero masculino por meio da percepção desses moradores, representantes de diversos segmentos;
- conhecer a experiência desses moradores, entre percepções e sentimentos, ao serem cuidados por um profissional de enfermagem do gênero masculino.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório, descritivo e transversal, em que se adotou como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS) e teve apoio metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As representações sociais fazem referência ao sistema cognitivo e simbólico que perfazem o conjunto de conhecimentos, crenças, imagens, opiniões, significados relacionados a um objeto delimitado na realidade social. São resultados e processos de determinada atividade de construção mental do real por meio do psiquismo, sendo efetuada com base em informações que o sujeito recebe dos seus sentidos, portanto, do que reuniu ao longo de sua história e preservou na memória, além das relações com outrem ou grupos.⁷ Dessa forma, pode-se dizer que a TRS tem adesão aos objetos de estudos na área de enfermagem, abrangendo aspectos subjetivos que permeiam os problemas inerentes à área e sobrevêm a eles.

O DSC é definido como uma estratégia metodológica que se propõe a tornar mais clara determinada representação social e o conjunto das representações que formam a essência de um dado imaginário, sendo possível, na utilização desse método, a visualização da representação social à medida que ela surge não na forma de quadros, tabelas ou categorias, formas artificiais, mas sob uma forma mais viva e direta de um discurso, que é a maneira do pensamento dos indivíduos reais.⁸ O DSC consiste em um “discurso-síntese” de diversas opiniões com e em resposta a uma questão emitida por pessoas que fazem parte de uma mesma cultura ou grupo social; é uma maneira de ouvir a coletividade, ou seja, é a representação social direta de determinado indivíduo.⁹

Portanto, a TRS e o DSC ajustaram-se aos objetivos e à metodologia para esta pesquisa. O cenário de estudo foi cidade de Itajubá-MG, núcleo urbano mais importante da região, beneficiado por boa malha viária, permitindo a concentração e a distribuição de bens e serviços para as cidades circunvizinhas. É reconhecida nacionalmente, por possuir um dos melhores sistemas de ensino universitário do país, onde estão localizadas a Universidade Federal de Itajubá (Unifei); Faculdade de

Medicina de Itajubá (FMI) e a Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB).¹⁰

Os sujeitos desta pesquisa foram moradores da cidade de Itajubá-MG, que retrataram diversos segmentos sociais da cidade, sendo cada segmento representado por dois membros, um do gênero masculino e outro, do feminino, cujos segmentos sociais escolhidos para a coleta foram: engenharia, direito (advogado, promotor ou juiz), médico, operário, bancário, enfermagem, vendedores do comércio local, auxiliares de serviços gerais, professores de ensino fundamental, médio e superior, empresários, músicos, membros de grupo de relevância artístico-cultural, funcionários públicos, analfabetos, universitários, adolescentes, idosos e aposentados. Assim, a amostra foi constituída de 40 sujeitos e a amostragem, do tipo proposital.

Os critérios de elegibilidade foram concordar em participar da pesquisa; ter naturalidade itajubense; morar há pelo menos seis meses na cidade de Itajubá; trabalhar, ter trabalhado ou pertencer há pelo menos seis meses em determinada profissão ou segmento social e os de exclusão, os contrários.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a agosto de 2011, utilizando-se um roteiro de entrevista semiestruturado, composto de duas partes: uma referente à caracterização pessoal dos participantes do estudo (idade, escolaridade, tempo a que pertence ao segmento, tempo de residência na cidade de Itajubá); e a outra, contendo três perguntas, apresentadas nos resultados.

Foi realizado um pré-teste com quatro pessoas, sendo duas do gênero masculino e duas do feminino, que não fizeram parte da amostra, mas que respeitaram os critérios de elegibilidade, não sendo necessárias quaisquer modificações no instrumento semiestruturado.

As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente e analisadas segundo as diretrizes do Discurso do Sujeito Coletivo, no qual são adotadas três figuras metodológicas: Expressões-chave (ECH), que são transcrições literais de cada fala dos entrevistados; Ideia central (IC), que é uma expressão linguística que descreve de maneira sintética as ECHs; a Ancoragem (AC), na qual o respondente se mune de opiniões de outros autores, estudos; e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), constituído pelas ECHs e suas respectivas ICs, redigido na primeira pessoa do singular, em negrito e sem aspas. Foram selecionadas a(s) ideia(s) central(is) de cada uma das expressões-chave, com base nas quais foram extraídos os discursos dos sujeitos.⁸

Foram obedecidas, rigorosamente, as seguintes etapas para o tratamento e análise dos dados.

- 1ª etapa: antes de transcrever os dados, as respostas foram ouvidas diversas vezes com o propósito de obter uma ideia geral e melhor compreendê-las. Posteriormente, foi realizada a transcrição literal das respostas;

- 2ª etapa: efetuou-se a leitura minuciosa do material transcrito em dois momentos distintos: primeiramente, procedeu-se à leitura das respostas de cada um dos entrevistados na sua totalidade e, em seguida, cada resposta foi lida isoladamente;
- 3ª etapa: foram copiadas integralmente as respostas de cada entrevistado (ECH). Após a leitura de cada respondente, foi identificada a IC;
- 4ª etapa: as ICs similares foram agrupadas;
- 5ª etapa: foram extraídos das questões da entrevista semiestruturada seus temas, agrupando-se, ao mesmo tempo, suas respectivas ICs, bem como os sujeitos, representados pela profissão ou pelo segmento social em que se encontravam (por exemplo, engenheiro e engenheira). Por fim, foram construídos os DSCs separadamente com cada IC. O resultado foi apresentado em forma de tabelas contendo as ICs e a frequência delas, bem como, em seguida, os respectivos DSCs.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá-MG, recebendo parecer consubstanciado nº 584/2010, e considerada a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, para seu desenvolvimento, sendo respeitados todos os direitos e deveres éticos dos sujeitos. A participação no estudo esteve sujeita à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Detectou-se que 50% dos respondentes eram do gênero feminino e 50%, do masculino, como esperado; média de 15,59 anos (15 anos e 7 meses, aproximadamente) de tempo residência em Itajubá; média de 15,9 anos (15 anos e 11 meses, aproximadamente) de tempo no segmento social; média de idade de 42,72 anos (42 anos e 6 meses, aproximadamente); 22,5% dos respondentes tinham idade superior a 60 anos; 27,5% pertenciam ao segmento mais que 10 até 20 anos; 32,5% tinham nível superior de escolaridade.

Tema, Ideia central, o Discurso do Sujeito Coletivo e as respectivas discussões

De acordo com a metodologia, da 5ª tapa da análise de dados, emergiram três temas, um de cada questionamento do instrumento semiestruturado.

Quanto à primeira questão, "Qual a sua opinião a respeito do profissional de enfermagem do gênero masculino?", o tema emergido desta e suas ideias centrais são apresentados na TAB.1.

TABELA 1 – Ideias centrais e frequência de ideias centrais sobre o tema: Percepção dos moradores, representantes dos diversos segmentos, da cidade de Itajubá-MG, sobre o profissional de enfermagem do gênero masculino – Itajubá-MG – 2011 N=40

IDEIAS CENTRAIS	FREQUÊNCIA
Não tem diferença entre homem e mulher	14
É de grande importância	12
Existe preconceito	7
Normal	6
É mais atencioso	3
É um bom profissional	3
Tão importante quanto a profissional feminina	3
Tem crescido o número de homens na área	3
Está em grande falta	1

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

As ideias centrais mais frequentes deste tema, *Não tem diferença entre homem e mulher* e *É de grande importância*, têm seus discursos e discussões demonstrados em seguida:

Ideia central: *Não tem diferença entre homem e mulher*

Discurso de Sujeito Coletivo:

Primeiramente eu não vejo diferença entre ser feminino ou masculino já que, na minha opinião, os dois têm a mesma capacidade de exercer essa profissão. [...] Pelo tempo de vida que eu tenho, eu observava de primeiro que havia uma diferença entre o enfermeiro e a enfermeira pra cuidar do paciente. Então, como hoje em dia as coisas ficaram, até acho que mudou até pra melhor, até melhor. O enfermeiro e a enfermeira tratam a gente do mesmo modo; ali não tem diferença de sexo. Ele vai atender a mulher e vai atender o homem. Olha, não tenho obstáculo nenhum com questão de sexo. Encaro o profissional tanto do gênero masculino como do feminino como um profissional. [...] Desde que ele é uma pessoa que fez um curso profissional e é habilitado para exercer a profissão, considero estar em boas mãos, independente de ele ser homem ou mulher [...]. Não depende do seu gênero sexual. É essa minha opinião.

No cotidiano das relações humanas, observa-se esse comentário embutido na cultura e moral da sociedade. De Adão e Eva, a todo instante, deparamo-nos com o questionamento das diferenças ou igualdades de gêneros, o que esbarra novamente no que incitou esta pesquisa.

Dessa ideia central tem-se, de início, a não diferenciação encontrada na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei Federal nº 7.498/86, quando não diferencia o profissional de enfermagem quanto a gênero, excetuando-se a “parteira”, discorrendo sobre as atribuições legais que dão o direito do exercício da profissão.³ Assim, tem-se a reflexão, de certo modo, no DSC, da lei, de que a profissão de enfermagem não depende de gênero; são profissionais de enfermagem independentemente de gênero.

Desde o início do aprendizado escolar, as crianças se desenvolvem conforme o gênero, discutindo, analisando e problematizando as relações de poder que esse conceito traz, classificando e posicionando meninos e meninas em lugares diferenciados e hierarquizados no que se refere ao desempenho escolar, atribuindo-lhe diferentes significados. Questiona-se até onde as normas de conhecimento e de comportamento vigentes no espaço escolar estão implicadas com a produção das diferenças e desigualdades de gênero.¹¹

Fazendo referência a um ponto-chave, pode ser elencada a questão biológica cerebral, por meio dos fatores hormonais e diferenciação da formação do cérebro masculino e do feminino, durante o aprendizado na infância.⁸ Pode-se levar em conta, ainda, a formação da pessoa como ser integrante da comunidade, suas experiências de vida que influenciam na questão da habilidade. Isso pode determinar “habilidades diferentes” entre os sexos e gêneros, o que se opõe à opinião dos respondentes.

Aqui, tem-se que a criança é “ensinada” sobre como exercer seu papel social conforme o gênero e sua diversidade, gerando, ao mesmo tempo, disparidade entre estes, estendendo-se até a vida adulta. Observando-se esse fenômeno e aliando a ideia cultural de que a enfermagem é uma profissão feminina, além dos atuais discursos de igualdade de gêneros, fica fácil entender a opinião “Não tem diferença entre homem e mulher” e sua aparição quando os respondentes foram questionados. Essa ideia é bem demonstrada pelas frases *Não vejo diferença nenhuma entre um profissional do gênero masculino e um do feminino* e *Não depende do seu gênero sexual*, presentes no DSC. Entretanto, a literatura e a história demonstram existir e confirmam mais diferenças do que igualdades entre os gêneros na história da profissão de enfermagem e que se estendem até os dias atuais.

Outro ponto importante diz respeito à remuneração dos gêneros em questão de valores reais. Houve luta do movimento feminista pela igualdade de gêneros, porém há manutenção das diferenças de remuneração, dentre outras, baseadas nas diferenças de concepção da qualificação e valor de trabalho feminino e masculino.¹² Fica aqui evidente a nova diferenciação entre gêneros, que, aliado ao anterior, gera grande influência na enfermagem.

Ideia central: É de grande importância

Discurso de Sujeito Coletivo:

Eu acho imprescindível o profissional de Enfermagem do sexo masculino [...]. [...] Primeiro, que existem alguns atendimentos que exigem até força física. [...] Ainda há técnicas que necessitam de força física e que é facilitado por ser do sexo masculino [...], tipo trabalhador braçal mesmo. [...] Segundo, é até a questão às vezes do constrangimento num hospital, tá? [...] Certos procedimentos são constrangedores quando feitos por profissionais de sexo diferente. [...] É um profissional necessário até porque os pacientes são dos dois gêneros. Esse profissional, então, faz falta pra sociedade. [...] Hoje está sendo muito visado, muito bem quisto pelo profissional que é [...]. Então, eu acho de suma importância que tenha o gênero masculino no campo da enfermagem.

O profissional de enfermagem tem como objeto de profissão o cuidado e como sujeitos, a pessoa, a família e a comunidade. Para tanto, está inserido no contexto da sociedade em uma profissão que é responsável pela educação do paciente/cliente, sendo essa uma ação instrumental e de proteção, do enfermeiro para com o paciente, em que o fornecimento de informação (orientação) é sua essência, contribuindo para as alterações de comportamentos e atitudes de saúde.¹³ Assim, temos a importância da profissão e do profissional de enfermagem, bem como de sua produção para com o outro.

No DSC, porém, destacam-se a *força física* e o *constrangimento num hospital* elencados como ideias que compõem a importância desse profissional. A força física se destaca na literatura como característica inerente ao homem, ao sexo, ao gênero masculino. É um atributo “natural”, necessário em certos momentos para a profissão, sendo descrito como elo entre as profissões masculinas, junto com o *status* social, a fama, o poder, o prestígio e a riqueza.^{14,12} Isso mostra, na maioria das vezes, o estereótipo do profissional de enfermagem do gênero masculino ligado à força, que não leva em consideração a formação e/ou qualificação para o trabalho, mas, sim, a força física, atributo físico-biológico, fugindo do papel social do gênero.

A força masculina ainda é declarada como espécie de golpe, de dominação que cria uma programação corporal do ser masculino e uma programação mental para quem vê, e é isso que causa transformação no meio.¹⁵ Tal força, porém, parece não coabitar com o atributo sexual. Aqui se encontra a ideia inicial de força ligada ao papel social do gênero masculino.

Quanto ao constrangimento num hospital, este, exatamente por questões de formação de gênero e interacionais já abordadas, pode ser explicado. Constrangimento é “ato de constranger, coagir, tolher a liberdade; situação de quem foi violentado; timidez, embaraço”^{16:532} evidenciando a questão da exposição.

Constrangimento é ainda relacionado ao gênero, na maioria das vezes, transparecido nas mulheres e expresso por elas, sendo que os indivíduos caracterizados como mais suscetíveis aos demais, por experiências emocionais mais atentas e influenciados pelas interações sociais, apresentaram-se como mais prováveis a vivenciar o sentimento de constrangimento.¹⁷

Portanto, a importância do profissional de enfermagem do gênero masculino aqui se evidencia por questões biológicas arraigadas e também por questões novamente ligadas à cultura dos gêneros e formação da personalidade e de valores, sendo o constrangimento intrínseco a esta, quando do cuidar do mesmo gênero, ou do outro.

Quanto à questão 2, “Para você, como a comunidade itajubense vê o profissional de Enfermagem do gênero masculino?”, a ideia central mais frequente, *A população ainda tem preconceito*, tem seu discurso e discussão demonstrados logo após a (TAB. 2), que apresenta as ideias centrais e a frequência do segundo tema.

TABELA 2 – Ideias centrais e frequência de ideias centrais sobre o tema: Percepção dos moradores, representantes dos diversos segmentos, da cidade de Itajubá-MG, em relação à visão da comunidade itajubense sobre o profissional de enfermagem do gênero masculino – Itajubá-MG – 2011 N=40

IDEIAS CENTRAIS	FREQUÊNCIA
A população ainda tem preconceito	18
É bem aceito	11
Os homens estão conquistando o espaço deles	5
Normal	4
O homem tem a mesma capacidade que a mulher	4
É um profissional preparado	2
Não existe nenhuma discriminação	1
Deveria ter mais enfermeiros	1

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Ideia Central: A população ainda tem preconceito

Discurso do Sujeito Coletivo:

Eu acho que não só a comunidade itajubense, [...] mas a sociedade de uma maneira geral, ela ainda é muito preconceituosa, tá? A gente ainda vê aqui em Itajubá aquela coisa velada, aquele preconceito com o enfermeiro. O gênero masculino, para a comunidade, vejo que ainda sofre um pouco de preconceito, porque muitas vezes é acusado por ter um cuidado mais cauteloso com o paciente. Eu vejo o seguinte, quando se trata da parte de cuidar, do tratamento

do paciente feminino, a sociedade, num âmbito em geral, fica com um certo receio de colocar um profissional de enfermagem pra cuidar de uma pessoa do sexo feminino. Eu vejo certa rejeição, sim, e vice-versa. [...] Eu vejo uma certa barreira, mais das pessoas mais antigas. [...] Já logo assimila a questão de homossexualidade [...] A comunidade, a sociedade itajubense é bem mais medrosa, vamos dizer assim. Geralmente vê com medo, acha ruim e não vê com bons olhos essa situação. Acha que o enfermeiro sempre está ligado a estas questões, é o que mais a gente mais ouve falar. É aquela velha questão de ser uma cidade pequena, tradicional que ainda tem muito pra crescer. Assim, fica aquela coisa, aquele receio, tem pessoas que dão risadinhas e olham e comentam, né? [...] ‘Ah, ele tá fazendo enfermagem!?’ ‘é homossexual!’ e aquela ‘bobajada’ que o povo falava. [...] Muitas piadinhas, mesmo porque o predomínio da área, pelo menos aqui em Itajubá, é do profissional do gênero feminino. [...] Ah, ele escolheu essa profissão aí porque ele não serviu pra outra coisa, então ele vai fazer enfermagem. Eu acho que a comunidade vê dessa forma, ela ainda enxerga dessa forma, de uma maneira extremamente preconceituosa. [...] A gente vê mais mulher na questão de trabalho da enfermagem. [...] Vê o pessoal falando mal dos enfermeiros, sim. Que são ‘gays’ [...], é ‘boiola’ [...]. [...] Eu enxergo um preconceito, sim, tanto dos jovens quanto da comunidade mais velha. [...] Então, tem preconceito, sim.

A questão gênero ligada ao preconceito é despertada novamente nesta ideia central, porém de forma explícita, sendo o preconceito definido como “ideia preconcebida; suspeita, intolerância, aversão”^{16:1617}

Percebe-se, aqui, a grande influência do componente social fundamentada na evolução histórica da profissão de enfermagem. A literatura é permeada fortemente por essa concepção, determinando que o homem possa ser visto com preconceito no exercício da sua profissão. Quando o homem atua em profissões tidas como femininas, pode ser alvo de preconceitos, pois a expectativa de desempenho social não estaria se apresentando e, além disso, na profissão, passa a ser visto como um homem que não conseguiu estabelecer completamente sua masculinidade.¹⁴ Daí emergem as questões de homossexualidade, e são taxados de *gays*, colocando em suspenso e em dúvida a masculinidade deles, porque se desviam dos padrões e valores sociais e de gênero difundidos. Os termos “gayzinha”, “boiola”, bem como *piadinhas* presentes no discurso, ratificam essa visão no contexto da enfermagem.

Há, ainda, a questão das pessoas mais idosas, *Eu vejo uma certa barreira, mais das pessoas mais antigas*, evidenciando essa herança da visão do imaginário popular de a enfermagem sempre ter sido uma profissão para mulheres e/ou predominantemente feminina, em detrimento do gênero masculino.

Assim, questões de gênero, escolhas e suas diversidades e distinções trazem à tona o preconceito para com o profissional de enfermagem do gênero masculino:

O olhar mais atento às relações sociais no cotidiano, também revela uma forte tendência ao preconceito em relação aos homens que ousam não trilhar o caminho das escolhas consideradas ‘naturais’. [...] O preconceito existente nas estereotípias dos profissionais, quer femininos, quer masculinos, cada um de uma forma, se revela pela história do processo de cuidar, dotado de componentes sociais que foram assumidos pela categoria profissional ao longo de sua evolução.^{4,42}

Logo, este tema tabu histórico deve ser trabalho na sociedade em longo prazo.

O tema III – Experiência –, dentre as percepções e sentimentos, dos moradores, representantes dos diversos segmentos, da cidade de Itajubá-MG, ao serem cuidados por um profissional de enfermagem do gênero masculino proveniente do terceiro questionamento “Você já teve a experiência de ser cuidado(a) por um profissional de Enfermagem do gênero masculino? Se sim, qual foi sua percepção? Se não, qual seria seu sentimento se fosse cuidado(a) por um?”, subdivide-se em dois subtemas apresentados nas TAB. 3 e 4. Essa divisão em subtemas ocorreu exatamente assim, pois o primeiro subtema aborda a percepção, tendo a pessoa passado pela experiência e, por isso, tem capacidade para relatar suas percepções; já o segundo, aborda os sentimentos, pois não é possível a pessoa relatar percepções de alguma experiência que não viveu, sendo, portanto, escolhido os sentimentos que a pessoa teria ao experienciar o fato, levando em consideração, aqui, a gama de sentimentos das mais diversas situações já vividas pela pessoa que os projetou para uma situação passível de ocorrência, conforme a Teoria das Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo.⁷⁻⁹

Assim, na TAB. 3 estão representadas as ideias e frequências do primeiro subtema do tema III.

TABELA 3 – Ideias centrais e frequência de ideias centrais sobre o subtema: Percepção da experiência dos moradores, representantes dos diversos segmentos, da cidade de Itajubá-MG, ao serem cuidados por um profissional de enfermagem do gênero masculino para aqueles que responderam positivamente – Itajubá-MG – 2011 N=23

IDEIAS CENTRAIS	FREQUÊNCIA
Sim. Tive bastante atenção	9
Sim. Foi melhor	4
Sim. O atendimento do homem e da mulher é igual	4
Sim. Atendimento mais direcionado com mesmo gênero	3
Sim. Não tive preconceito	1
Sim. O homem se preocupa quando vai cuidar do mesmo sexo	1
Sim. Prefere ser atendido por mulher	1

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

A ideia central mais frequente do primeiro subtema do terceiro tema foi *Sim. Tive bastante atenção*, cujo discurso é exposto e comentado a seguir:

Ideia central: *Sim. Tive bastante atenção*

Discurso do Sujeito Coletivo:

Sim. Tive bastante atenção. Já. Já tive e fui bem atendido pelos rapaz lá, por várias vezes nunca tive problema nenhum. Ah, eu achei ótima, muito boa pelo desempenho do enfermeiro, porque ele me tratava com carinho, com respeito, com atenção e com muita paciência. [...] Foi uma experiência muito boa e eu gosto muito de conversar quando estou sendo atendida então a gente desenvolve uma conversa agradável sobre política, música, futebol. [...] e ele foi super cuidadoso [...]. [...] mesmo com outros pacientes, dava atenção pra cada um e eu fiquei mais calma. Me senti segura, tranquila e tive ótimo atendimento de um ótimo profissional que levou eu e minha preocupação em consideração. [...] O tratamento foi ‘VIP’, eles são sensíveis, prestativos, bons ouvintes, participantes e atuantes. [...] Foram atenciosos e é isso que eu observo, é um atendimento eficiente sem problemas e eu gosto muito.

Aqui são evidenciadas características na maioria das vezes atribuídas às mulheres, vinculadas à diferenciação quanto a gênero oriundas do ensinamento e aprendizado do papel social de “ser homem” e “de ser mulher”, não sendo “oferecidas” aos homens as características/qualidades de *atenção* e de cuidado ao outro, como afabilidade, amabilidade, cortesia, delicadeza, precaução, educação, gentileza, graciosidade, obséquio, ponderação e prudência fixados na sociedade e em grande parte das instituições de graduação, bem como a formação do profissional de enfermagem. Aflora, aqui, o papel da humanização tão presente, difundida e praticada no meio acadêmico da enfermagem itajubense. Assim, ao serem cuidados por profissionais do gênero masculino são neles, também, detectadas tais qualidades adquiridas e/ou originais, diferentemente do apregoado modelo social de gêneros.

O segundo subtema do terceiro tema tem a representação de suas ideias centrais e frequências demonstradas na TAB. 4.

TABELA 4 – Ideias centrais e frequência de ideias centrais sobre o subtema: Sentimentos da experiência dos moradores, representantes dos diversos segmentos, da cidade de Itajubá-MG, ao serem cuidados por um profissional de enfermagem do gênero masculino para aqueles que responderam negativamente – Itajubá-MG – 2011 N=17.

IDEIAS CENTRAIS	FREQUÊNCIA
Não. Indiferença.	6
Não. Aceitação	5
Não. Mais segurança por ser homem	3
Não. Vergonha	2
Não. Total confiança	1

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

As ideias centrais mais frequentes do segundo subtema do terceiro tema foram *Não. Indiferença* e *Não. Aceitação*, cujos discursos estão expostos e comentados a seguir:

Ideia Central: Não. Indiferença

Discurso do Sujeito Coletivo:

Não tive essa experiência ainda, mas acredito que não teria diferença, me sentiria da mesma maneira, até porque pra mim não tem diferença em ser um homem ou mulher me atendendo. Não existe essa coisa de o homem vai me tratar diferente de uma mulher. Os dois estão ali preparados pra desempenhar seu papel, os dois tiveram a mesma formação. [...] O que me interessa é um profissional que saiba o que está fazendo, que saiba fazer o que está fazendo e que faça isso bem feito. [...] Agora, realmente, se é masculino ou feminino pra mim não faz diferença nenhuma. [...] Eu não faria nenhuma distinção se fosse homem ou mulher [...]. Não teria nenhum problema não.

Indiferença é “ausência de interesse; desdém”.^{16:1.095} Então, essa ideia pode ser vista nas falas:

Me sentiria da mesma maneira, até porque pra mim não tem diferença em ser um homem ou mulher me atendendo.

Se é masculino ou feminino pra mim não faz diferença nenhuma.

Ou seja, pode aqui existir certo desinteresse em saber se quem cuidará será homem ou mulher, ou tabu. Por esse motivo, mesmo com a escassez de estudos sobre o sentimento de indiferença, talvez, por nunca experimentar o cuidado de um profissional de enfermagem do gênero masculino, essa despreocupação em relação a esse profissional se dê exatamente e se reflita pelo ideal de que este deve estar ali por obrigação, apenas para cuidar e servir, e para isso deve ter formação

para tal. Esse raciocínio é utilizado para fundamentação de possível indiferença existente, sendo que o discurso pode, ainda, apenas se referir novamente ao discurso de igualdade de gêneros. Assim, o possível sentimento de indiferença surge incluído e interposto às ideias de igualdade de gêneros e formação profissional já debatidas, já que se refere a experiência ainda não ocorrida, não se tratando de indiferença formal.

Ideia Central: Não. Aceitação

Discurso do Sujeito Coletivo:

Não, nunca tive. Eu não ia ligar, já que eu ia tá doente eu não ia tá nem pensando nisso. Depois que eu ia ver. Mas a maioria hoje ainda é tudo mulher. Se eu precisasse de um enfermeiro homem serve, naquele momento que a gente precisasse é bom, né? pra eles cuidar da gente e tudo. [...] Eu ficaria bem do mesmo jeito. Eu ficaria de boa, porque eu ia tá precisando, eles tão lá pra ajudar, no que precisasse fazer, sem medo e sem vergonha deles. [...] Do mesmo jeito que tem o médico, você tem o enfermeiro do gênero masculino. Sem problema nenhum. [...] Não gosto de homem mexendo na gente, né? Então, é isso aí, mas se precisar, sem problema, se tiver adoentado, acamado, sem problema nenhum. [...] Uma enfermeira não vai cuidar de um homem também? Vai, não vai? Então, a mesma coisa. A gente tem que aceitar, tem que aceitar. [...] Médico e enfermeiro não tem sexo (risos). Tem que aceitar, tem que aceitar.

A aceitação é definida como “consentimento de aceitar coisa oferecida ou dada; concordância”^{16:27}, ou seja, um concordar sem reflexão. Esse sentimento está presente na fala *Tem que aceitar, tem que aceitar* e consiste em uma maneira de explicar o que não pode ser explicado, de explicar o inexplicado, porque o é.

Essa idéia, de certa forma, era esperada. Aceitação é um processo catalisador dinâmico de construção de novos significados^{18,19}, transformando problemas em oportunidades de crescimento ou de compreensão²⁰ um contexto de mudança relacionado com o comportamento verbal que chamamos de “dar sentido”.²¹ Esta pode configurar-se, também, como uma forma de evitar o comentário sobre o assunto que constitui um provável tabu no inconsciente das pessoas, permitindo, com o tempo, a formação sólida de uma opinião, já que a aceitação ou a indiferença seria a primeira reação. Assim, a situação do estado de doença traz essa concepção do aceitar, abafando e, depois, até passando por cima do conceito de gênero e suas implicações dado o experimentado; um situacionismo de sentimentos, porém não transmitido como indiferença. Formar-se-á, então, uma verdadeira opinião quando da verdadeira experiência; um sentido verdadeiro para o vivido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo possibilitaram as seguintes conclusões:

- As percepções dos moradores, representantes dos diversos segmentos, da cidade de Itajubá-MG sobre o profissional de enfermagem do gênero masculino foram: *É de grande importância; Existe preconceito; Normal; É mais atencioso; É um bom profissional; Tão importante quanto a profissional feminina; Tem crescido o número de homens na área; Está em grande falta.*
- As visões da comunidade itajubense em relação ao profissional de enfermagem do gênero masculino por meio da percepção dos moradores, representantes dos diversos segmentos da cidade de Itajubá-MG, foram: *A população ainda tem preconceito; É bem aceito; Os homens estão conquistando o espaço deles; Normal; O homem tem a mesma capacidade que a mulher; É um profissional preparado; Não existe nenhuma discriminação; Deveria ter mais enfermeiros.*
- Quanto às experiências, entre as percepções e sentimentos, dos moradores, representantes dos diversos segmentos da cidade de Itajubá-MG, ao serem cuidados por um profissional de enfermagem do gênero masculino, as percepções para aqueles que responderam positivamente foram: *Sim. Tive bastante atenção; Sim. Foi melhor; Sim. O atendimento do homem e da mulher é igual; Sim. Atendimento mais direcionado com mesmo gênero; Sim. Não tive preconceito; Sim. O homem se preocupa quando vai cuidar do mesmo sexo; Sim. Prefere ser atendido por mulher.*
- Quanto às experiências, entre as percepções e sentimentos, dos moradores, representantes dos diversos segmentos da cidade de Itajubá-MG, ao serem cuidados por um profissional de enfermagem do gênero masculino, os sentimentos para aqueles que responderam negativamente foram: *Não. Indiferença; Não. Aceitação; Não. Mais segurança por ser homem; Não. Vergonha; Não. Total confiança.*

Deparar com a dificuldade de acesso às referências sobre o tema do gênero masculino na enfermagem e a narrativa da sociedade sobre o problema pesquisado levou-nos a encontrar diferentes opiniões nos três temas abordados.

Assim, de acordo com o primeiro objetivo, quanto à percepção dos entrevistados sobre o profissional de enfermagem do gênero masculino, apesar da oportuna referência feita ao pequeno número de profissionais que aos poucos vêm encontrando solo fértil na área, acredita-se que ele tem sua importância refletida perante a profissional do gênero feminino, bem como o profissionalismo e o preparo, sendo bem-visto e visado pela comunidade, apesar dos fortes preconceitos ainda presentes em nossa sociedade.

A comunidade itajubense vê o profissional como cada pessoa individualmente, o que já era esperado, já que a opinião da sociedade influencia a percepção dos entrevistados. Contudo, a visão da comunidade é bem realista e aponta, principalmente, o preconceito que ainda existe, deixando claro que essa visão é a predominante, pois, apesar de haver uma “aceitação”

e “conquista” da área também pelos homens, percebe-se que os preconceitos ainda são explícitos, apesar de existirem discursos de igualdade entre gêneros.

Quanto à experiência dos entrevistados de serem cuidados por um profissional de enfermagem do gênero masculino, esta trouxe diversas facetas, desde a total valorização e aceitação, visto de forma positiva ter sido cuidado por profissional do gênero masculino, com cuidado e atenção, passando pela ideia de que não existe diferença dos gêneros, porém encontramos ideias, como o repúdio, a indiferença e a vergonha, entremeadas pela aceitação e confiança. Ou seja, as percepções e sentimentos foram bem diversificados, conforme se vê nas respostas positivas e negativas para a experiência de ser cuidado.

Logo, os objetivos propostos para esta pesquisa foram alcançados com grande êxito, sendo uma pesquisa pioneira e em uma cidade essencialmente universitária e tradicional como Itajubá.

Os depoimentos dos entrevistados revelaram que a maioria das pessoas, ao se debruçarem sobre a questão do gênero e enfermagem, percebe ou deixa transparecer preconceitos. Isso é fruto da construção social de gêneros, bem como da não distinção e da mescla dos conceitos de gênero e sexo na maioria dos discursos dos respondentes, o que, de certa forma, influenciou a análise dos dados quanto à escolha da expressão “gênero masculino”.

Quando se fala em profissional de enfermagem do gênero masculino, esse tabu parece se distanciar daquilo que as pessoas aceitam como pertinente, levando em consideração suas visões de mundo relacionadas à cultura e ao gênero. Porém, há ainda a questão da busca da demarcação do campo e a inferioridade velada da enfermagem em relação à medicina.

Refletir sobre esse tema, perante sociedade, é muito difícil, até mesmo quando se trata de um profissional do gênero masculino da área ou um futuro profissional, visto que somos educados conforme as concepções de gênero de um estereótipo formado no decorrer da história.

A não aceitação social desse profissional faz com que a maioria deles adote uma postura de conformismo – ou o outro extremo, de defesa – perante a sociedade que o “autoriza” executar a prática da enfermagem. Essa visão, certamente, com a evolução da profissão e o aumento do número de homens na área, será aos poucos modificada, num processo em longo prazo, pois estamos lidando com a cultura, com o senso comum construído através dos tempos. Percebe-se que, por quase todas as falas dos respondentes, referentes à opinião, à percepção e aos sentimentos, o estigma do preconceito se faz presente e faz parte do cotidiano do profissional de enfermagem do gênero masculino e que está fortemente arraigado ao pensamento desse profissional inserido em uma profissão dita feminina, com maioria de mulheres. Assim, fica justificada a presença da relação de gêneros, preconceito e estigma

como uma semelhança encontrada nos três temas estudados. Portanto, apesar do aumento discreto da presença masculina na área, há aceitação (reiteramos o significado de explicar porque o é) pela população, mesmo com o preconceito histórico oriundo das diferenças de gênero e seus papéis sociais.

Reforce-se, ainda, que os achados desta pesquisa vão ao encontro da literatura disponível sobre o tema, ratificando a pequena presença quantitativa do homem, sua grande contribuição, o preconceito, a autorização social e o estigma para com o profissional de enfermagem do gênero masculino de uma profissão reputada como feminina.

Espera-se que outras pesquisas, futuramente, possam ser realizadas e que contemplem outras questões envolvendo o profissional de enfermagem do gênero

masculino sob outras óticas, visto que neste estudo limitou-se a identificar as percepções de moradores representados por segmentos sociais da cidade de Itajubá-MG sobre esse profissional. Espera-se, ainda, que esta pesquisa sirva como base para novos estudos que abordem este assunto.

Conclui-se que é de suma importância a conscientização da necessidade desse profissional, abordada inclusive pelos respondentes, bem como a preparação dos futuros profissionais da área, que já sentem o preconceito que lhes paira sob a cabeça desde a graduação ou capacitação para o mercado de trabalho, para que não sintam o baque e tenham a segurança necessária para o exercício profissional, sem arrependimentos futuros por causa das pressões sociais, gerando mudanças.

REFERÊNCIAS

1. Geovanini T, Moreira A, Dornelles S, Machado, WCA. História da enfermagem: versões e interpretações. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. 338 p.
2. Padilha MI, Helena HV, Gladys B. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 2(14): 292-300.
3. Brasil. Lei Federal N° 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 de julho de 1986. [Citado 2011 mar. 12] Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7498-25-junho-1986-368005-normaatuizada-pl.pdf>>.
4. Lanza LB. Enfermeiros-homens: uma nova identidade em construção [tese] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006. 184 f.
5. Pereira A. Reflexões sobre a evolução da enfermagem e o surgimento do homem na profissão. *Acta Paul Enferm*. 1991; 4(2/4): 49-54.
6. Osses-Paredes C, Suazo VS, Alvarado OS. Hombres en la enfermería profesional: enfermería global. 2010; (18):1-7.
7. Alloufa JN. Abordagem teórica metodológica de representação social aplicada à educação. In: Pires J, Alloufa JN, organizadores. Pesquisa em educação. Natal: Cooperativa Cultural da UFRN; 1991.
8. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo. São Paulo: EDUCS; 2000.
9. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O DSC: uma nova proposta de processamento de dados em pesquisa qualitativa. São Paulo: EDUCS; 2002.
10. Itajubá. Prefeitura Municipal. 2010 [Citado 2010 nov. 10]. Disponível em: <<http://www.itajuba.mg.gov.br>>.
11. Dal'Igna MC. Desempenho escolar de meninos e meninas: há diferença? *Educ Rev*. 2007; (46): 241-67.
12. Leal SMC, Lopes MJM. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad Pagu*. 2005; (24): 105-25.
13. Melles AM, Zago MMF. Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de Enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 1999; 7(5): 85-9.
14. Pereira PF. Homens na enfermagem: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008. 104f.
15. Bourdieu P. A dominação masculina. *Educ Real*. 1995; 20 (2): 133-84.
16. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3ª ed. Curitiba: Positivo; 2004.
17. Gouveia VV, Singelis T, Guerra VM, Riviera GA, Vasconcelos TC. O sentimento de constrangimento: evidências acerca do contágio emocional e do gênero. *Estud Psicol*. 2006; 23(4): 329-37.
18. Bland ED, Henning DD. Finding meaning in chronic pain: the dynamics of acceptance. *International Networking on Personal Meaning*. 2000. [Citado 2011 out. 23] Disponível em: <http://www.meaning.ca/pdf/2000proceedings/earl_bland.pdf>.
19. Luciano C, Visdómine J, Gutiérrez O, Montesinos F. ACT e dolor crônico. *Analisis y modificación de conduct*. 2001; 27(113): 473-512.
20. Vandenberghe L. Abordagens comportamentais para a dor crônica. *Psicol Reflex Crit*. 2005; 18(1): 52.
21. Hayes S. Content, context, and the types of psychological acceptance. In: Hayes S, Jacobson N, Follette V, Dougher M Orgs. *Acceptance and change: content and context in psychotherapy*. Reno, Nevada: Context Press; 1994. p. 13-32.

Data de submissão: 18/11/2011

Data de aprovação: 17/8/2012

UTILIZAÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA (PICC) EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

USE OF PERIPHERALLY INSERTED CENTRAL CATHETER (PICC) IN PEDIATRIC ONCOLOGY

USO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

Cristina Marinho Christ Bergami¹
Maria Adelaide Costalonga Monjardim²
Cristina Ribeiro Macedo³

RESUMO

Estudo descritivo e retrospectivo com o objetivo de descrever as práticas de inserção do cateter venoso central de inserção periférica (PICC), realizadas no serviço de Oncologia do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), entre 2006 e 2009. As variáveis utilizadas foram os dados clínico-epidemiológicos e da doença do paciente, detalhes da inserção do cateter, bem como o tempo de permanência e o motivo de retirada. Foram realizadas 160 inserções do cateter PICC, sendo a maioria no sexo masculino (57,5%), com idade média de 9,2 anos. O diagnóstico predominante foi o de leucemia linfóide aguda (36,9%). A veia basilíca (50,0%) foi a mais puncionada, com um total de 7.977 cateteres-dia e média de permanência de 49,9 dias (1-398 dias). A infecção (38,5%) foi a principal causa de retirada do cateter. A taxa de complicações relacionadas ao PICC foi de 76,3% (15,29/1.000 cateteres-dia), sendo a infecção (50,8%) a principal complicação, com uma taxa de ICS/PICC de 7,77/1.000 cateteres-dia, seguida da oclusão do cateter (30,3%; 4,63 por 1.000/cateteres-dia). Foram encontrados quatro casos de trombose (3,3%; 0,5/1000 cateteres-dia). Do total de pacientes, 48,8% receberam alta com o cateter, fazendo o acompanhamento do PICC também ambulatorialmente (sistema *home care*/hospital-dia). O PICC constitui uma opção confiável na terapia venosa para quimioterápicos, contribuindo significativamente para a qualidade de vida das crianças com câncer, pois permite uma assistência adequada, mesmo por períodos que não atendam a todo o tratamento.

Palavras-chave: Cateterismo Venoso Central; Cateterismo Periférico; Pediatria; Enfermagem; Serviço Hospitalar de Oncologia.

ABSTRACT

This is a retrospective descriptive study that aims to describe the insertion practices of Peripherally Inserted Central Venous Catheter (PICC) carried out at the Oncology Unit of the Nossa Senhora da Glória Children's Hospital between 2006 and 2009. Variables used were clinical and epidemiologic data, information on the patient's disease as well as details on catheter insertion, the period it stayed in place, and the reasons for its removal. A total of 160 PICC insertions were carried out; the majority of patients were male (57.5%), mean age was 9.2 years. The primary diagnosis was Acute Lymphoblastic Leukaemia (36.9%). The basilic vein (50.0%) was the most punctured, (7977 catheter-days); the catheter stayed in place for an average of 49.9 days (1-398days). Infection (38.5%) was the leading cause for catheter removal. The rate of PICC-related complications was 76.3% (15.29/1,000 catheter-days); infection (50.8%) was the major complication (BSI / PICC rate of 7.77/1,000 catheter-days), followed by catheter occlusion (30.3%, 4.63 for 1000/ catheter-days). Four cases of thrombosis (3.3%, 0.5/1,000 catheter-days) were identified. A 48.8% of the total number of patients was discharged with the catheter in situ. PICC was monitored at home or at day hospital. PICC is a reliable option for intravenous therapy for chemotherapy. It contributes significantly to the quality of life of children with cancer, for it helps to provide an adequate care, even when the patient does not follow the whole treatment.

Keywords: Central Venous Catheterization; Peripheral Catheterization; Paediatrics; Nursing; Hospital Oncology Services

RESUMEN

Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo realizado con el objeto de describir las prácticas de inserción del catéter venoso central de inserción periférica (PICC) realizado en el Servicio de Oncología del Hospital Infantil Nossa Senhora da Gloria (HINSG) entre 2006 y 2009. Las variables utilizadas fueron las características clínicas, epidemiológicas y de la enfermedad del paciente, pormenores de la inserción del catéter y, asimismo, tiempo de permanencia y motivo de la retirada. Fueron realizadas 160 inserciones del PICC, la mayoría en varones (57,5%), con edad promedio de 9,2 años. El diagnóstico predominante fue de leucemia linfóide aguda (36,9%). La vena basilíca (50,0%) fue la más utilizada, con un total de 7.977 catéteres/día y el promedio de permanencia de 49,9 días (1-398días). La infección (38,5%) fue la principal causa de retirada del catéter. La tasa de complicaciones relacionadas con el PICC

¹ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Pós-graduada na Faculdade São Camilo. Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.

² Enfermeira. Especialista em Enfermagem Oncológica. Serviço de Oncologia do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.

³ Enfermeira. Serviço de Infectologia do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória. Professora auxiliar da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam).

Endereço para correspondência – Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Alameda Mary Ubirajara, 205, Vitória-ES, 29.056-030, Brasil. Tel: 27-3369-4209 ou 27-9994-3476. E-mail labergami@uol.com.br.

fue de 76,3% (15,29/1.000 días de catéter) y la infección (50,8%) la complicación principal con una tasa de BSI/PICC de 7,77/1.000 catéteres/día, seguido por oclusión del catéter (30,3%, 4,63 para 1000 / catéteres/día). Hubo cuatro casos de trombosis (3,3%, 0,5 / 1.000 catéteres/día). Del total de pacientes, el 48,8% fue dado de alta con el catéter y el seguimiento del CCIP fue realizado en ambulatorio (sistema home care / hospital - día). Creemos que el PICC constituye una opción fiable en la terapia venosa, y que contribuye de manera significativa a la calidad de vida de los niños con cáncer pues permite atención adecuada, incluso durante períodos que no atiendan a todo el tratamiento.

Palabras claves: Cateterismo Venoso Central; Cateterismo Periférico; Pediatría; Enfermería; Servicios de Oncología Hospitalaria.

INTRODUÇÃO

A preservação da rede venosa é indispensável na assistência de enfermagem em pacientes oncológicos, pois o uso constante dessa via para aplicação dos mais variados medicamentos, soros, antibióticos, sangue e seus derivados, bem como para a coleta destinada à realização de exames laboratoriais, acarreta problemas cada vez mais sérios de visualização e acesso vascular. Associadas a isso, a fragilidade capilar, a desnutrição e a esclerose venosa decorrentes da própria doença ou do tratamento agravam esse problema e, mesmo no caso de pacientes com boa rede venosa periférica, pode haver prejuízo com o tratamento prolongado.¹

É evidente a importância do conhecimento, por parte do enfermeiro e da equipe, sobre os mecanismos que envolvem a instalação e a manutenção do acesso venoso que possibilitem segurança ao doente e a prevenção e detecção precoce de possíveis complicações e intercorrências. É de competência e responsabilidade do enfermeiro a administração de medicação via endovenosa, o que lhe confere autonomia profissional, exigindo dele a obtenção de conhecimento técnico-científico sobre os mecanismos de administração de drogas utilizando essa via; conhecer as vias mais adequadas para obter um bom acesso venoso adequado às necessidades da terapia prescrita pelo médico; utilizar fixações corretas para que haja uma vida mais longa do acesso venoso; identificar alterações locais decorrentes da infusão venosa e conhecer os efeitos adversos dos extravasamentos para garantir uma administração segura de medicamentos.²

A principal via de administração de quimioterápicos se dá por meio de um acesso vascular venoso. Inúmeros antineoplásicos são considerados vesicantes ou irritantes vasculares: apresentam hiperosmolaridade ou diferenças de potencial de hidrogênio (pH) em relação ao meio em que serão administrados, ou, ainda, toxicidade direta (produzindo radicais livres), causando agressão e reação inflamatória da parede do vaso e, em alguns casos, dos tecidos circunjacentes.³

Na oncologia, o cateter central de inserção periférica (CCIP), conhecido também como PICC (*peripherally inserted central catheter*), tem se mostrado uma alternativa bastante atraente em face dos outros tipos de cateteres centrais existentes. O principal motivo é a menor incidência de riscos e complicações, pois a implantação de dispositivos centrais tradicionalmente utilizados nesses pacientes necessita de intervenção cirúrgica, procedimento que se encontra associado,

frequentemente, à significativa morbidade.⁴

Dentre os cateteres venosos centrais, é o que apresenta melhor relação custo-benefício: menor custo; menores riscos relacionados ao cateter; dispensa a utilização de sala cirúrgica, podendo ser inserido em qualquer local, inclusive no leito de internação ou em residências; exige apenas um Raio X de tórax para confirmação de sua localização após ser inserido; apresenta eficiente resposta a tratamentos intravenosos com extremos de pH e osmolaridade.⁵ Dadas suas vantagens e a fim de diminuir a necessidade de acesso venoso central por meio de flebotomia, o PICC tem sido utilizado nos pacientes que necessitam de um acesso venoso central confiável e que possa permanecer durante toda a terapia venosa.

Vale ressaltar que o PICC se mostra adequado a ser utilizado nos pacientes oncológicos, pelo fato de ser produzido de material resistente aos quimioterápicos e haver um número significativo de pacientes que fazem tratamento por períodos prolongados e/ou utilizam drogas vesicantes que danificam o sistema vascular periférico, necessitando, muitas vezes, de um acesso venoso profundo, dada a fragilidade da rede venosa periférica.² Dessa forma, o PICC facilita que a terapia medicamentosa, em particular a quimioterapia, possa ser aplicada diretamente em um vaso de grande calibre, favorecendo a hemodiluição e preservando a rede venosa periférica.⁶

Assim, o objetivo com esta pesquisa foi descrever as práticas de inserção, manutenção e retirada do PICC no serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), em Vitória-ES.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo e retrospectivo sobre as práticas de inserção do PICC realizadas no serviço de Oncologia/Hematologia do HINSG, durante o período de janeiro de 2006 a dezembro de 2009. O HINSG é referência estadual no tratamento do câncer infantil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo crianças de todo o Estado do Espírito Santo e do sul da Bahia, com seguimento hospitalar e ambulatorial.

A decisão da inserção do cateter é feito em conjunto com a equipe médica, e o procedimento segue as normas e protocolo institucional para a inserção do PICC. Dos enfermeiros que estão habilitados na inserção do cateter no hospital, quatro estavam diretamente envolvidos no setor em estudo. Os cateteres foram inseridos, em quase

sua totalidade, durante a internação, excetuando-se alguns casos em que ele foi inserido no ambulatório (hospital-dia) de oncologia.

Todos os pacientes que mantiveram o cateter até a alta hospitalar eram aconselhados e instruídos quanto à manutenção dele em regime ambulatorial, sendo acompanhados no ambulatório de oncologia a cada sete dias, ou sempre que necessário, para troca de curativos, lavagem com solução fisiológica a 0,9%, heparinização ou ativação do mesmo para administração do quimioterápico. Os cateteres eram mantidos com heparina (5.000 u/ml) ou *cath safe*[®] (minociclina + EDTA), no volume do *primer* do cateter mais 0,2ml por meio da técnica de *flushing* com pressão positiva. O volume do *primer* variava conforme a marca do cateter, sendo estipulado, aproximadamente, 0,6 ml para os cateteres de 4 *french* e 0,5 ml para os de 3 *french*, porque muitas vezes não se sabia quais crianças iam continuar com o cateter em regime ambulatorial. Não foram utilizados os cateteres menores de 1,9 ou 2 *french* para uso ambulatorial dado o grande risco de obstrução.

A coleta de dados foi realizada por meio da análise de prontuário dos pacientes submetidos à inserção do PICC e de impresso próprio criado para documentar a inserção do PICC preenchido em todos os procedimentos. As variáveis utilizadas foram os dados clínico-epidemiológicos e da doença do paciente, bem como os detalhes da inserção do cateter (veia punccionada, tamanho e marca do cateter e complicações), o tempo de permanência e o motivo de retirada. Foram definidos como localização central todos os cateteres cuja extremidade estivesse em veia cava superior ou veia braquiocéfálica² após confirmação por Raios X. Quando constatado o cateter em câmara cardíaca, esse era tracionado até a veia cava superior, evitando complicações relacionadas a essa posição. Considerou-se como infecção todos os cateteres que foram removidos por suspeita de infecção local (edema, hiperemia) ou confirmada (hemocultura positiva, secreção no óstio da punção, flebite não mecânica). A febre persistente, sem outro motivo aparente que a justificasse, foi atribuída ao PICC, sendo motivo de sua retirada.

Para a análise estatística foi utilizado o Programa BioEstat 5.0. Os testes de correlação linear de Pearson avaliaram as relações entre tempo de permanência, diagnóstico, idade, sexo, motivo de retirada, veia e tamanho do cateter, sendo considerados significantes valores de $p < 0,05$ (IC 95%). A pesquisa foi realizada após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do HINSG e está em consonância com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.

RESULTADOS

Entre 2006 e 2009 foram realizadas 160 inserções do cateter PICC, sendo a maioria do sexo masculino (57,5%), com idade média de 9,2 anos (variação: 1 mês a 19 anos; mediana 10 anos). O diagnóstico predominante foi o de leucemia linfóide aguda (36,9%), seguido da leucemia mieloide aguda (13,8%), conforme mostrado na TAB. 1. O principal motivo para a inserção do cateter era para a administração de quimioterápicos, como também para

a administração de soluções de glicose, medicamentos, infusão de sangue em alguns casos, nutrição parenteral, dentre outros, não sendo computada aqui essa variável.

TABELA 1 – Características demográficas e da doença dos pacientes submetidos à inserção do PICC. Serviço de Oncologia/HINSG – 2006 a 2009.

VARIÁVEL	n= 160	%
Sexo		
Masculino	92	57,5
Feminino	68	42,5
Diagnóstico principal		
Leucemia linfóide aguda	59	36,9
Leucemia mieloide aguda	22	13,8
Tumor ósseo	10	6,3
Linfoma não Hodgkin	08	5,0
Leucemia não especificada	06	3,7
Rabdomiossarcoma	06	3,7
Linfoma de Burkitt	05	3,1
Aplasia medular	04	2,5
Tumor abdominal	04	2,5
Linfoma Hodgkin	04	2,5
Tumor de SNC	04	2,5
Neuroblastoma	04	2,5
Linfoma não especificado	04	2,5
Carcinoma de nasofaringe	03	1,9
Tumor de mediastino	03	1,9
Tumor pineal	02	1,2
Leucemia mieloide crônica	02	1,2
Outros	10	6,3
Idade na inserção (\bar{x} = 9,2 anos; Mi = 10 anos; DP 5,16513)		
Menor 1 ano	07	4,4
1 a 4 anos	31	19,4
5 a 9 anos	41	25,6
10 a 14 anos	54	33,8
≥ 15 anos	27	16,9

—
 \bar{x} = Média Mi = Mediana DP = Desvio-padrão

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

As veias da fossa antecubital foram as mais punccionadas, com preferência pela veia basilíca (50,0%), seguida das veias cefálica (20,0%) e cubital mediana (19,4%), com um total de 7.977 dias de cateter e média de permanência de 49,9 dias (mediana, 26 dias; DP, 62,10; variação 1 – 398 dias). Os cateteres, em sua maioria, tinham, em sua composição, poliuretano (64,4%), silicone ou uma mistura dos dois, sempre compatível com os medicamentos quimioterápicos. Todos os cateteres eram de apenas um único lúmen e não valvulados. O cateter de calibre 3 *french* foi o mais utilizado (51,9%), conforme descrito na TAB. 2.

TABELA 2 – Correlação entre o tempo de permanência do PICC e as características do paciente e da inserção. Serviço de Oncologia/HINSG – 2006 a 2009.

Variável	Tempo de permanência (em dias) (n = 160; \bar{x} = 49,9 dias; Mi = 26 dias; Variação 1 a 398 dias; Dias de Cateter = 7977; DP= 62,1)						N	%	p-valor*
	0 a 10	11 a 30	31 a 60	61 a 100	101 a 200	> 200			
Idade									0,0136
Menor 1 ano	3	0	1	1	2	0	07	4,4	
1 a 4 anos	10	10	7	4	0	0	31	19,4	
5 a 9 anos	7	20	8	5	1	0	41	25,6	
10 a 14 anos	7	17	10	7	8	5	54	33,7	
≥ 15 anos	9	5	5	5	1	2	27	16,9	
Sexo									0,5093
Masculino	25	28	15	12	9	3	92	57,5	
Feminino	11	24	16	10	3	4	68	42,5	
Veia									0,2110
Basílica	16	32	13	9	6	4	80	50,0	
Cefálica	6	8	6	7	3	2	32	20,0	
Veia cubital	9	8	8	5	1	0	31	19,4	
Outra	5	5	3	1	2	1	17	10,4	
Tamanho cateter									0,0047
2 French	5	0	0	0	0	0	05	3,1	
3 French	15	30	20	13	5	0	83	51,9	
4 French	16	23	10	9	7	7	72	45,0	

\bar{x} = Média Mi = Mediana DP = Desvio-padrão

*Correlação de Pearson (IC=95%)

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Não houve correlação entre o tempo de permanência e o sexo ($p=0,5093$) e a veia utilizada ($0,2110$). Houve, no entanto, forte correlação entre o tempo e a idade ($p=0,0136$) e tamanho do cateter ($p=0,0047$): quanto maior a idade e maior o calibre do cateter, maior foi o tempo de permanência.

A infecção (38,5%) foi a principal causa de retirada do cateter, seguida da oclusão deste (23,1%). A retirada eletiva só foi observada em 17 casos (10,6%; 2,13/1.000 dias de cateter) e 18 pacientes foram a óbito durante o uso do cateter, não sendo atribuído nenhum dos óbitos ao PICC, conforme mostrado na TAB. 3.

A taxa de complicações relacionadas ao PICC foi de 76,3% (15,29/1.000 cateteres-dia), sendo a infecção (50,8%) a principal complicação com uma taxa de ICS/PICC de 7,77/1.000 cateteres-dia, seguida da oclusão do cateter (30,3%; 4,63 por 1.000/ dias de cateter), conforme a TAB. 3. O tempo médio para desenvolvimento da infecção foi de 48,7 dias (4 a 284 dias; mediana 24 dias; DP 61,3). Como complicações, além das infecções e outras, foram encontradas quatro casos de trombose (3,3%; 0,5/1000 dias de cateter). Não houve relação entre

a trombose e o material e tamanho do cateter, tampouco com a idade e o diagnóstico do paciente ($p>0,05$). Desses pacientes, três casos tinham como diagnóstico a leucemia linfóide aguda e um, osteossarcoma. A distribuição das complicações de acordo com o tempo de inserção do PICC está demonstrado no GRÁF. 1.

Dos cateteres retirados com suspeita de infecção (62 cateteres) e em que foram realizadas cultura da ponta do cateter e hemocultura, foi comprovada infecção laboratorialmente em 23 casos, sendo 10 (43,5%) Gram-positivos, 10 (43,5%) Gram-negativos e 3 (13,0%) casos de fungos/levedura. Os microorganismos patógenos mais encontrados foram a *Klebsiella*, o *Staphylococcus aureus*, e o *Staphylococcus coagulase-negativa*.

Do total de 160 pacientes, 78 (48,8%) pacientes receberam alta com o cateter, fazendo o acompanhamento do PICC também ambulatorialmente (sistema *Home Care*/hospital-dia). Apesar de observarmos menor número de obstruções com a utilização do *cath safe*® em vez da heparina, não foi feita comparação entre as duas soluções quanto ao tempo de permanência e possibilidade de oclusão do cateter.

TABELA 3 – Causas da remoção do PICC no serviço de oncologia/hematologia. Serviço de Oncologia/HINSG – 2006 a 2009.

Motivo de Retirada	n= 160	%	Total/1000 cateteres-dia
Complicações relacionadas ao PICC	122	76,3	15,29
Oclusão	37	30,3	4,63
Infecção*	62	50,8	7,77
Infiltração	13	10,7	1,63
Tração do cateter	06	4,9	0,75
Trombose	04	3,3	0,50
Total		100,0	
Outras não relacionadas ao PICC	38	23,7	4,76
Retirada eletiva	17	44,7	2,13
Óbito	18	47,4	2,26
Colocação de Port Cath	01	2,6	0,13
Transferência	02	5,3	0,25
Total		100,0	
Microbiologia das infecções comprovadas n = 23			
Gram-positivo	10	43,5	
Gram-negativo	10	43,5	
Leveduras/fungos	03	13,0	

*Infecção comprovada e suspeita de infecção

Nota: Todos os resultados considerados como complicação resultaram na remoção do PICC.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

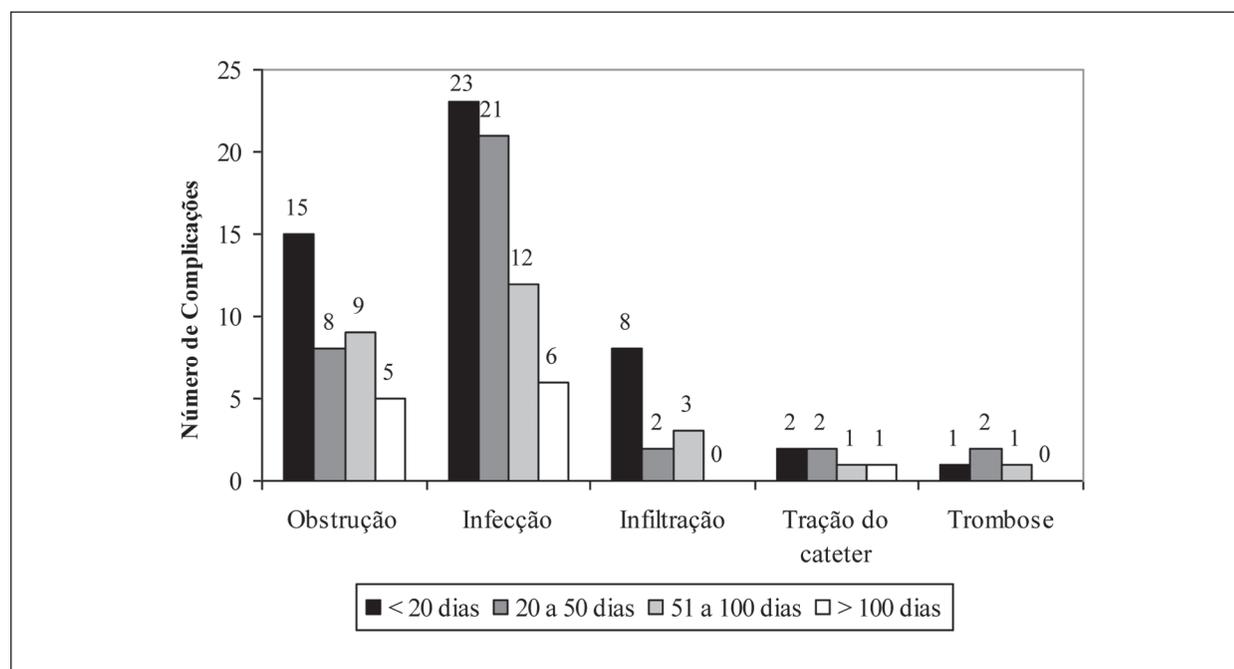


GRÁFICO 1 – Distribuição das complicações de acordo com o tempo de inserção do PICC. Serviço de Oncologia/HINSG – 2006 a 2009.

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

O uso do PICC na terapia venosa dos pacientes oncológicos no HINSG tem sido uma constante. Aliado a isso, foram observadas várias complicações relacionadas ao uso desse dispositivo, culminando na retirada dele, principalmente em razão de obstrução e infecção em grande parte dos casos.

A idade média de inserção do cateter (dez anos), com variação de 0 a 19 anos, é ainda pouco estudada, sendo maior do que a encontrada por Matsusaki e colaboradores⁷ com uma idade média de 5 anos. A maior parte dos estudos sobre o PICC está concentrada na população neonatal, dificultando a comparação dos resultados. Quanto ao gênero, o sexo masculino foi o mais encontrado, semelhantemente a alguns estudos e diferentemente do encontrado por Matsusaki e colaboradores⁷ para a mesma população, em que a proporção maior foi do sexo feminino (52,8%).

As neoplasias hematológicas, como as leucemias, foram os diagnósticos mais encontrados, diferentemente do encontrado na literatura onde houve predomínio dos tumores sólidos (57,4%).⁷

As veias mais utilizadas foram as da fossa antecubital com predomínio da veia basílica, considerada, nesta pesquisa e por muitos autores, como de menor dificuldade de posicionamento do cateter, dado o menor número de válvulas e maior calibre.² De fato, encontramos na literatura a veia basílica como a mais utilizada, com índices de até 70,3%.^{8,9}

A média de duração do cateter de 49,9 dias para 9.799 dias de cateter (mediana de 26 dias) foi inferior ao descrito em outros estudos com a mesma população (crianças com câncer), que reportaram média de 87 dias para 11.797 dias de cateter⁷ até 246 dias para 26.721 dias de cateter.¹⁰ O tempo de duração máximo encontrado nesta pesquisa foi de 398 dias, superior ao recomendado pela Infusion Nurses Society (INS), uma das mais respeitadas entidades de terapia infusional no mundo, que afirma que a indicação de permanência máxima do PICC deve ser de um ano.⁵

As altas taxas de complicações relacionadas ao cateter PICC em pacientes oncológicos são descritas na literatura, mas encontramos neste estudo (76,3% e 15,29/1.000 dias de cateter) uma taxa superior a esses relatos. Cheong e colaboradores¹¹ encontraram uma taxa de complicação de 14,4/1.000 dias de cateter, superior ao relatado por Matsusaki e colaboradores,⁷ que encontraram uma taxa de 50,5% mas apenas 4,66/1.000 dias de cateter. Shen e colaboradores¹⁰ descreveram um estudo em crianças acima de 3 anos com câncer com uma taxa de complicação de apenas 18,6% e 1,98/1.000 dias de cateter, bem inferior ao encontrado em nossa pesquisa.

Em estudo desenvolvido em um hospital para tratamento do câncer em crianças e adultos (de 9 a 91 anos), na cidade de Nova Iorque (EUA), encontrou-se uma taxa de complicações do cateter PICC de 32,8% (10,9 por 1.000

cateteres dia), também decorrente de infecções⁹, mas com um tempo médio de permanência do cateter bem menor do que neste estudo (15 dias e 21 dias).

A complicação mais comum encontrada foi a infecção, que resultou na remoção de PICC em 62 pacientes (50,8%), a uma taxa de 7,77/1.000 dias de cateter, superior ao resultado descrito por Walshe e colaboradores⁹, em que a taxa de infecção foi de 7,4% (2,5/1000 dias de cateter) e por Abedin e Kapoor¹², na Índia, com 1,27/1.000 dias de cateter. O tempo médio de desenvolvimento da infecção foi de 48,7 dias, significativamente maior do que nos pacientes encontrados por Raiy e colaboradores,¹³ de 23 dias.

A retirada do cateter por término da terapia (10,6%; 2,13 dias de cateter) foi inferior ao descrito na utilização do PICC (38,5%; 3,56/1.000 dias de cateter) para a mesma população⁷ e, se comparado com os estudos envolvendo neonatos, esse é de longe o principal motivo de retirada. Já a remoção por oclusão do cateter (30,3%; 4,63/1.000 dias de cateter), também esteve bem acima do descrito na literatura, com taxas de 0,06/1.000 dias de cateter.¹²

Muitas são as dificuldades em se manter um cateter PICC, especialmente em crianças, e com câncer. O cateter era mantido o maior tempo possível, esperando que durasse todo o período de tratamento, o que foi conseguido em poucos casos, já que complicações como a infecção e a oclusão do cateter ocorreram com maior frequência do que desejável, assim como descrito em muitos estudos envolvendo esses pacientes.^{9,14} Essa taxa de infecção foi esperada, mas não desejada, visto que mantínhamos o cateter o maior tempo possível, muitos em regime ambulatorial, ocorrendo, assim, as infecções do cateter em razão desse tempo prolongado. Dessa forma, a retirada do PICC por término de terapia encontrado em muitos estudos^{12,15,16} foi de longe o principal motivo de retirada do cateter. Um possível fator de confusão em pacientes oncológicos é sua predisposição à infecção dada a imunossupressão da quimioterapia e/ou seu processo de doença.¹⁷⁻²⁰

O estafilococo, os bacilos gram-negativos e, em menor número, os fungos, são descritos como micro-organismos causadores de infecção na utilização do PICC⁹, assim como encontrado em nesta pesquisa. Esse fato é explicado pelo maior tempo de permanência de utilização do cateter, associado ao uso em pacientes ambulatoriais e pela característica da população oncológica com maior predisposição a infecções.

Apesar de o risco de trombose estar mais associado a cateteres cuja ponta não está em nível central¹⁶, isso não foi observado, já que todos estavam bem localizados. Além disso, o risco de infecção associado à trombose também já foi descrito,¹⁶ o que se confirmou nesta pesquisa. Três casos de trombose foram encontrados, perfazendo 3,3% ou 0,5/1.000 dias de cateter, estando em consonância com o encontrado na literatura, que varia de 1% a 23,3%.^{17,18} Em estudo realizado por Parvez e Parmar,¹⁹ no Canadá, demonstrou-se que a maneira de reduzir o comprimento do cateter PICC antes da

inserção é um fator de risco para o surgimento de trombose e infecção, o que não se pôde comprovar nesta pesquisa, mas que pode ser uma das causas, já que na população pediátrica, normalmente, é preciso reduzir o comprimento do cateter antes de sua inserção.

Na inserção do cateter, muitos pacientes desta pesquisa estavam com neutropenia e/ou trombocitopenia. De acordo com Camargo e Lopes,²⁰ 70% dos episódios de febre em pacientes neutropênicos apresentam como etiologia da febre um foco infeccioso. Para os autores, indiscutivelmente, a granulocitopenia secundária ao uso de quimioterápicos tem sido claramente identificada como um dos mais importantes fatores de risco para a imunossupressão e para o desenvolvimento de infecção. Apesar dos avanços no tratamento do câncer, a infecção permanece como principal causa de morte.

A assistência domiciliar, também denominada *home care*, constitui modalidade de assistência curativa e preventiva, na qual o tratamento é iniciado ou continuado no âmbito domiciliar, podendo ser realizado por uma equipe uni ou multiprofissional²¹ Tratando-se de cateter PICC, a assistência ambulatorial e continuada no âmbito domiciliar, denominado aqui de *home care*, foi entendida como a manutenção do cateter durante os períodos de alta hospitalar para que ele pudesse ser utilizado nas terapias de curta permanência, mas de modo intermitente, evitando a punção venosa todas as vezes que o cliente retornasse para a sessão de quimioterapia, como no caso dos pacientes oncológicos.²²

Matsuzaki e colaboradores,⁷ em estudo realizado com crianças com câncer, descreveram a alta da criança com cateter, retornando para a terapia medicamentosa ou uma vez por semana para sua heparinização. Diferentemente do que se fez nesta pesquisa, os autores relataram a utilização de heparina em uma concentração de 10u/ml e ainda utilizavam uroquinase (6.000u/ml) todas as vezes em que ocorria oclusão do cateter, prática não utilizada na instituição pesquisada.

O PICC veio como alternativa aos outros cateteres venosos centrais, dada sua facilidade de inserção, baixo custo, longa permanência e menor risco de complicações; no entanto, seu uso em crianças com câncer ainda é pouco estudado, não sendo encontrados estudos, no Brasil, com poucas pesquisas na literatura internacional limitando a comparação com esta pesquisa. Além disso, as complicações encontradas foram maiores que muitos estudos cuja população não era de pacientes oncológicos.

Apesar dessas limitações, observou-se que o PICC trouxe uma grande satisfação aos pacientes, familiares, médicos e, principalmente, à equipe de enfermagem, que sofria a angústia junto com o paciente nas intermináveis

punções venosas, até que um cateter de longa permanência pudesse ser instalado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PICC constitui uma opção segura e confiável na terapia via endovenosa em pacientes com câncer, contribuindo significativamente para a qualidade de vida deles, especialmente na população pediátrica, porque resulta na diminuição da dor física e psicológica, permitindo uma assistência adequada, mesmo por períodos que não atendam a todo o tratamento.

Embora sejam notórias as complicações a que são submetidas essas crianças em uso prolongado desse cateter, como as infecções, sugere-se sua utilização, dados os benefícios que ele traz, em detrimento das possíveis complicações esperadas, porque assegura um tratamento com menor sofrimento até que este seja finalizado ou até que um cateter de longa duração possa ser implantado.

Neste estudo, confirmam-se os benefícios apresentados pelo PICC em pacientes oncológicos, servindo de base de dados para novas pesquisas. Espera-se que se reforce o uso desse tipo de cateter nessa população específica, o que representaria a minimização do sofrimento físico de um paciente que se encontra emocionalmente vulnerável.

Algumas limitações envolveram esta pesquisa, como o fato de ser retrospectiva e de os achados serem baseados nos registros de prontuário, o que limitou a confirmação de dados, principalmente quanto à retirada do cateter. Além disso, houve falta de literatura científica nacional que abordasse com abrangência e profundidade o uso desse cateter em pacientes oncológicos para as devidas comparações e, principalmente, que norteasse o trabalho na sua manutenção em regime ambulatorial. Tanto o tipo quanto a quantidade e o tempo de permanência do anticoagulante, além do tempo de uso do cateter, se deram de forma empírica, ou seja, não havia respaldo na literatura nacional que orientasse nesse aspecto. Sabe-se que lidar com crianças e adolescentes requer uma habilidade a mais no que tange à compreensão do paciente quanto ao uso do PICC, muitas vezes dificultando essa inserção. Além disso, houve reduzido número de pacientes estudados, considerando-se a incidência de doenças oncológicas na população pediátrica e, especificamente, no número de pacientes atendidos no serviço em questão, em que as solicitações para a inserção do PICC têm se ampliado paulatinamente. Dessa forma, seria interessante a realização de novos estudos para investigar se houve alteração no padrão dessas indicações.

REFERÊNCIAS

1. Bonassa EMA, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
2. Phillips LD. Manual de terapia intravenosa. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
3. Kurul S, Saip P, Aydin T. Totally implantable venous-access ports: local problems and extravazation injury. *Lancet Oncol.* 2002; 3: 684-93.

4. Secoli SR, Kishi HM, Carrara D. Inserção e manutenção do PICC: aspectos da prática clínica de enfermagem em oncologia. *Prática Hospitalar*. 2006; 7(47): 155-62.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Instituto Nacional do Câncer. 3ª ed. Rio de Janeiro: Inca; 2008.
6. Viale PH. Complications associated with implantable vascular access devices in the patient with cancer. *J Infus Nurs*. 2003; 26(2): 97-102.
7. Matsuzaki A, Suminoe A, Koga Y, Hatano M, Hattori S, Hara T. Long-term use of peripherally inserted central venous catheters for cancer chemotherapy in children. *Support Care Cancer*. 2006; 14:153-60.
8. Haider G, Kumar S, Salam B, Masood N, Jamal A, Rasheed YA. Determination of complication rate of PICC lines in oncological patients. *Pak J Med Assoc*. 2009; 59(10): 663-7.
9. Walshe LJ, Malak SF, Eagan J, Sepkowitz KA. Complication rates among cancer patients with peripherally inserted central catheters. *J Clin Oncol*. 2002; 20(15): 3276-81.
10. Shen G, Gao Y, Wang Y, Mao B, Wang X. Survey of the long-term use of peripherally inserted central venous catheters in children with cancer: experience in a developing country. *J Pediatr Oncol Hematol*. 2009; 31(7): 489-92.
11. Cheong K, Perry D, Karapetis C, Koczwara B. High rate of complications associated with peripherally inserted central venous catheters in patients with solid tumours. *Inter Med J*. 2004; 34(5), 234-8.
12. Abedin S, Kapoor G. Peripherally inserted central venous catheters are a good option for prolonged venous access in children with cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2008; 51(2):251-5.
13. Raiy BA. Infectious complications of peripherally inserted central catheters in the hospital setting. *AJIC*. 2008; 36(10): 176.
14. Craig TA, Eugene SW. Venous access in pediatric oncology patients. *Seminars in Surg Oncol*. 1993; 9(6): 467-77.
15. Tawil KA, Eldemerdash A, Hathlol KA, Laimoun BA. Peripherally inserted central venous catheters in newborn infants: malpositioning and spontaneous correction of catheter tips. *Am J Perinatol*. 2006; 23(1): 37-40.
16. Racadio JM, Doellman DA, Johnson ND, Bean JA, Jacobs BR. Pediatric peripherally inserted central catheters: complication rates related to catheter tip location. *Pediatrics*. 2001; 107(2): e28.
17. Allen AW, Megargell JL, Brown DB, Lynch FC, Singh H, Singh Y, *et al*. Venous thrombosis associated with the placement of peripherally inserted central catheters. *J Vasc Interv Radiol*. 2000; 11(10): 1309-14.
18. Chow LM, Friedman JN, Macarthur C, *et al*. Peripherally inserted central catheter (PICC) fracture and embolization in the pediatric population. *J Pediatr*. 2003; 142(2):141-4.
19. Parvez B, Parmar N. Trimming of peripherally inserted central venous catheters may increase the risk of thrombosis. *Thrombosis Research*. 2004; 113:175-7.
20. Camargo B, Lopes LF. *Pediatria oncológica: noções fundamentais para o pediatra*. São Paulo: Marina; 2000.
21. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Latinoam Enferm*. 2004; 12(5):721-6.
22. Gomes, Reis PED, Xavier TGM. Cateter venoso central para quimioterapia: problemas e frequência. *Rev Eletrônica Enferm*. 2008; 2(1):2-21.

Data de submissão: 2/4/2011

Data de aprovação: 23/5/2012

AUDITORIA COMO ESTRATÉGIA DE AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA

NURSING AUDIT AS AN EVALUATION STRATEGY OF NURSING RECORDS AT A PEDIATRIC INPATIENT UNIT

LA AUDITORÍA COMO ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE INTERNACIÓN PEDIÁTRICA

Liliane de Abreu Rosa¹
Luciana de Assis Caetano¹
Selme Silqueira de Matos²
Dener Carlos dos Reis²

RESUMO

Neste estudo, foram avaliados os registros realizados pelos técnicos de enfermagem em uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário de Belo Horizonte-MG, utilizando o método de auditoria em enfermagem. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, retrospectivo, cujas informações foram coletadas, por meio de um instrumento preestabelecido, em 163 prontuários. Os dados foram estratificados em dois domínios – “aspectos legais” e “assistência de enfermagem” – e avaliados em relação ao turno de trabalho e dia da semana em que os registros foram realizados. Para a análise dos dados quantitativos foram utilizadas as frequências absolutas e relativas por meio do teste do qui-quadrado, com nível de significância de $p \leq 0,05$, usando o software SPSS, versão 15.0. Os registros também foram analisados qualitativamente pelo índice de positividade para a avaliação da assistência de enfermagem proposto por Carter. Os resultados demonstraram que os indicadores de aspectos ético-legais, como o registro do *nome do profissional, letra legível, horário dos procedimentos de enfermagem, uso de siglas padronizadas e ausência de espaço em branco*, apresentaram alto percentual de anotação, assim como os indicadores de assistência de enfermagem relacionados à *coloração da pele e eliminações*. Concluiu-se que a auditoria em prontuários é um método simples e eficaz para avaliar sistematicamente a qualidade dos registros dos técnicos de enfermagem, permitindo um direcionamento das ações de capacitação da equipe de enfermagem mediante a educação permanente.

Palavras-chave: Auditoria de Enfermagem; Registros de Enfermagem; Pediatria.

ABSTRACT

The present study evaluated nursing technicians' records in a paediatric inpatient unit of a university hospital in Belo Horizonte, MG. A nursing audit method was used. This is a retrospective, quantitative, transversal study which data was collected from 163 medical charts by means of a predetermined tool. Data was stratified into two categories (“legal aspects” and “nursing care”) and evaluated according to work shift and the day of the week in which the records were compiled. Quantitative data was analysed through absolute and relative frequencies using a chi-square test with a significance level of $p \leq 0.05$. The SPSS software version 15.0 was used. Records were analysed qualitatively through Carter's positivity index for the evaluation of nursing care. Results demonstrated that ethical and legal indicators such as *professional's name, legible handwriting, nursing procedure scheduling, standardized acronyms, and no blank spaces*, presented a high percentage of documentation as well as indicators of nursing care related to *skin colour and eliminations of body waste*. In conclusion a medical record audit is a simple and effective method to evaluate, systematically, the quality of nursing technicians' records; actions can be then directed to nursing training through further education programs.

Keywords: Nursing Audit; Nursing Records; Paediatrics.

RESUMEN

El presente estudio evaluó los registros realizados por los técnicos de enfermería en la unidad de internación pediátrica de un hospital universitario de Belo Horizonte, MG, utilizando el método de auditoría en enfermería. Se trata de un estudio cuantitativo transversal retrospectivo que, por medio de un instrumento preestablecido, recogió información de 163 legajos de pacientes. Los datos fueron estratificados en dos dominios: “aspectos legales” y “atención de enfermería” y evaluados con relación al turno de trabajo y día de la semana en los cuales se realizaron los registros. Para el análisis de datos cuantitativos se emplearon las frecuencias absolutas y relativas por medio de la prueba chi-cuadrado, con nivel de significancia de $p \leq 0,05$, usando el software SPSS versión 15.0. Los registros también fueron analizados cualitativamente a través del índice de positividad para la evaluación de la atención de enfermería propuesto por Carter. Los resultados demostraron que los indicadores de aspectos éticolegales tales como el registro del *nombre del profesional, letra legible, horario de los procedimientos de enfermería, uso de siglas estandarizadas y ausencia de espacios en blanco*, presentaron alto porcentual de anotación, bien como los indicadores de atención de enfermería relacionados a *al color de la piel y eliminaciones*. Se concluye que la auditoría en legajos de pacientes es un método sencillo y eficaz para evaluar sistemáticamente la calidad de los registros de los técnicos de enfermería pues permite orientar acciones de capacitación para el equipo de enfermeros a través de la educación permanente.

Palabras clave: Auditoría de Enfermería; Registros de Enfermería; Pediatria.

¹ Discente. Graduada em Enfermagem pela UFMG.

² Doutor(a). Professor(a) adjunto(a) da Escola de Enfermagem da UFMG.

Endereço para correspondência – Rua Arthur Flávio, 49, Sinimbu. Belo Horizonte/MG. CEP: 31.530-620. Telefone: 8855-0867 / 3452-0867.
E-mail: lilianeufmg@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A auditoria de enfermagem é um processo de avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente que se fundamenta na análise dos registros dos prontuários, verificando a adequação entre os procedimentos realizados e os anotados, a legislação profissional de enfermagem, os protocolos institucionais e o custo do atendimento prestado.¹⁻⁴ Isso porque as inadequações no registro de enfermagem podem gerar implicações ético-legais e discrepâncias entre o valor pago pela operadora de saúde e o valor real dispensado na assistência de enfermagem.

Cabe ressaltar que as novas tendências de auditoria em enfermagem não procuram se nortear apenas pelo aspecto econômico, mas vêm sendo empreendidas como uma estratégia de avaliação da qualidade da assistência prestada aos clientes.^{3,5,6} De fato, podemos dizer que são dois os aspectos principais que fundamentam essa prática: um voltado para a melhoria da assistência e o outro, para a otimização dos gastos.^{4,7} Considerando esse escopo, pode-se dizer que a auditoria procura identificar possíveis necessidades de ajustes na prática de enfermagem para garantir a melhor assistência com um custo adequado ao cuidado prestado. Esse processo de auditoria pode ser realizado tanto em instituições hospitalares como em clínicas, ambulatórios, *home cares* e operadoras de planos de saúde.⁷

Para um bom desempenho do processo de auditoria, deve-se observar a forma como a equipe de enfermagem – especialmente os técnicos de enfermagem – vem realizando os registros dos procedimentos e da assistência prestada na unidade de saúde.³ Os técnicos de enfermagem desempenham, na rede hospitalar, a maioria dos cuidados prestados aos pacientes, orientados pelas prescrições do médico e do enfermeiro.⁸ Nesse contexto, as anotações dos técnicos de enfermagem representam uma importante fonte de investigação para a realização de uma auditoria sobre a assistência prestada aos indivíduos hospitalizados.³ Mas, quando esse procedimento de registrar a assistência de enfermagem se afasta do cumprimento das normalizações ético-legais e dos protocolos institucionais, pode-se gerar um cenário em que há maior probabilidade de informações incompletas, dispersas, descontextualizadas e inadequadas, não refletindo a real assistência prestada. Diante dessa possibilidade é que se argumenta a favor de implementar, de forma mais sistemática, a prática de auditoria de enfermagem não como uma atividade fiscalizadora e punitiva, mas visando qualificar o cuidado prestado e garantir adequada comunicação entre a equipe de saúde. Além disso, por meio dessa estratégia pode-se identificar os pontos em que os processos de capacitação permanente da equipe devem incidir.³

Outro argumento a favor do processo de auditoria dos registros de enfermagem refere-se à estratégia adotada no país, denominada “Acreditação das Instituições de Saúde”. A Acreditação Hospitalar é um instrumento específico para avaliar a qualidade assistencial das instituições de saúde de forma sistêmica e global. Trata-se

de um programa que visa à criação e à consensualização de padrões e níveis de qualidade, com sistematização de mecanismos que garantam a credibilidade de todo o processo relacionado à assistência em saúde. Entre as condições estabelecidas para a obtenção dessa titularidade estão os registros, em prontuário, dos procedimentos relativos à prescrição médica, de enfermagem, e aos controles pertinentes, que devem ser completos, legíveis e assinados.⁹

No que se refere aos registros dos técnicos de enfermagem, recomenda-se manter anotação adequada, nos prontuários, de tudo o que se relaciona com o cliente e com a prestação dos cuidados de enfermagem. Especificamente, sugere-se o registro da assistência prestada aos indivíduos hospitalizados, englobando todas as ações executadas, relacionadas a propiciar o bem-estar, manter um ambiente psicológico e físico que contribua para a recuperação da saúde das pessoas hospitalizadas.¹⁰ Além disso, os órgãos regulamentadores do exercício profissional de enfermagem determinam a obrigatoriedade de registrar as informações relativas ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa, com o número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (Coren) e a categoria profissional, seguidos do nome completo e assinatura.^{11,12}

Apesar de todos os argumentos e dos processos ético-legais que envolvem os registros de enfermagem, a falta de avaliação sistemática desses registros cria um ambiente no qual não se pode garantir que haja um padrão de excelência de tais registros.¹³ Esse problema assume grande importância nas instituições hospitalares, especialmente aquelas com maior complexidade, como as unidades de internação pediátricas, pois nelas há maior número de procedimentos de enfermagem, dado o alto grau de dependência de cuidados das crianças e adolescentes, bem como as várias situações em que esses cuidados são compartilhados com os pais e acompanhantes, dificultando o controle dos procedimentos realizados e da padronização dos processos internos.

Esse cenário confirma o argumento de que a auditoria dos registros de enfermagem deve ser uma prática intermitente, mas de caráter permanente nas instituições hospitalares.¹⁴ Além disso, a mensuração da qualidade da assistência de enfermagem realizada por meio da auditoria pode auxiliar o encaminhamento para uma enfermagem científica, a qual necessita de ações comprovadas que levem à construção de um saber científico.^{3,15}

Dessa forma, o objetivo com este estudo foi avaliar os registros dos técnicos de enfermagem relacionados à assistência prestada às crianças e aos adolescentes hospitalizados em uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário de Belo Horizonte-MG.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, no qual se utilizou um instrumento elaborado para coletar dados dos prontuários, referentes

aos registros dos técnicos de enfermagem, sobre a assistência prestada em uma unidade de internação pediátrica.^{16,17}

Utilizou-se a Auditoria em Saúde como forma de investigação, por se tratar de um método no qual a avaliação é realizada por meio de um processo investigativo, pontual ou sistemático, fundamentado em indicadores preestabelecidos que possibilitam avaliar o nível de concordância entre o dado encontrado e a normalização estabelecida.¹⁸⁻²⁰ Dessa forma, esse tipo de investigação permite identificar as áreas de deficiência no processo de enfermagem, fornecendo dados que direcionam os programas de capacitação permanente da equipe de enfermagem para a melhoria da qualidade do cuidado.^{18,21}

Local de estudo

O estudo foi conduzido em uma unidade de pediatria de um hospital universitário de Belo Horizonte-MG, que possui 60 leitos de internação conjunta, sendo uma referência para a região metropolitana e alguns municípios do interior do Estado no que se refere à internação nas especialidades de neurologia, cardiologia, nefrologia, pneumologia, hematologia e oncologia.

Coleta dos dados

Trata-se de um estudo de fonte secundária em que foram coletados dados dos registros dos técnicos de enfermagem realizados em prontuários específicos para esse fim. Foram avaliados os registros dos técnicos de enfermagem de três formulários institucionais: *observação de enfermagem*, *prescrição médica eletrônica* e *registro dos parâmetros vitais*. Havia outros formulários, como o impresso referente ao registro de balanço hídrico, anotação de presença de acompanhante, e os relacionados à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) – histórico, diagnósticos e prescrição de cuidados de enfermagem –, que não foram objetos desta investigação. Os impressos investigados foram escolhidos por serem padrão para todos os casos de hospitalização na unidade. Entretanto, o processo de sistematização da assistência de enfermagem ainda se encontra em fase de implementação na unidade, portanto os impressos da SAE ainda não são executados em todos os prontuários, impossibilitando a utilização deles neste estudo.

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores tendo como referência os registros realizados no mês de maio de 2011 e utilizando instrumento próprio, desenvolvido com base na normalização profissional, protocolos institucionais e literatura científica para o registro de enfermagem. Por meio do instrumento desenvolvido, foram avaliados dois domínios, subdivididos em 25 indicadores. No domínio denominado *aspectos ético-legais*, foram utilizados os indicadores: nome do paciente, unidade de internação, leito e registro, nome do profissional, número do Coren e assinatura, letra legível, registro dos horários dos procedimentos,

ausência de rasuras ou espaços em brancos e utilização de siglas padronizadas. No domínio denominado *assistência de enfermagem* os indicadores foram: nível de consciência, estado de hidratação, coloração da pele, eliminações, aceitação da dieta, higiene corporal, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura, oxigenioterapia, troca de curativo, troca de acesso venoso periférico (AVP), sondagens, registro de intercorrências, anotação de horário e volume de soluções infundidas, justificativa de medicação não realizada, horário e volume de dietas.

Inicialmente, pretendia-se avaliar os registros dos 60 leitos dessa unidade por turno de trabalho (manhã, tarde e noite), escolhidos aleatoriamente entre os dias da semana ou do final de semana, totalizando 180 registros no mês de maio de 2011, realizados pelos 73 técnicos de enfermagem. Entretanto, foram coletados 163 registros, sendo 51 (31,4%) referentes ao turno da manhã; 56 (34,3%), ao turno da tarde; e 56 (34,3%), ao turno da noite. Não foram analisados 17 registros, dada a alta ou a transferência hospitalar dos pacientes. Do total dos registros analisados, 131 (80,4%) foram realizados entre segunda e sexta-feira e 32 (19,6%), no final de semana.

Análise dos dados

Para a análise dos dados quantitativos foram utilizadas as frequências absolutas e relativas de acordo com o teste do qui-quadrado, com nível de significância de $p \leq 0,05$, para a identificação de diferenças no padrão de registros dos técnicos por turno de trabalho e dia da semana, por meio do software SPSS, versão 15.0.^{16,17}

Os registros também foram analisados pelo índice de positividade para a avaliação da assistência de enfermagem proposto por Carter,¹⁸ o qual, adaptado para este estudo, considerou-se 100% de “Sim” – registro desejável; 90 a 99% de “Sim” – registro adequado; 80% a 89% de “Sim” – registro seguro; 70% a 79% de “Sim” – registro limítrofe; menos de 70% de “Sim” – registro pobre ou sofrível. Chegou-se a tais percentagens (resultado final), somando-se, separadamente, o número de “Sim”, de “Não” e de “Não se aplica”. O subtotal “não se aplica” foi eliminado para cálculos e análises posteriores. A soma dos subtotais “Sim” mais “Não” passou a ser o total para os cálculos, ou seja, representou 100% do indicador. Por meio de uma regra de três obteve-se, então, o percentual de positividade.

Aspectos éticos

O estudo está de acordo com as determinações da Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde,²² que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Foi submetido à aprovação da Câmara Departamental da Escola de Enfermagem da UFMG (EE/UFMG), da Gerência da Unidade de Pediatria HC/UFMG, da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (Depe) do Hospital Universitário participante do estudo e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Coep/UFMG), nº ETIC 0273.0.230.000-11.

RESULTADOS

No que se refere ao domínio em que foram verificados os aspectos ético-legais do registro de enfermagem nessa unidade pediátrica, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nos indicadores concernentes ao registro do *nome do profissional*, da *avaliação da letra como legível* e do *registro do horário dos procedimentos* de enfermagem; quando realizados em dias da semana, comparados com os registros realizados no final de semana ($p \leq 0,05$), houve maior percentual de registro desses indicadores no período de segunda a sexta-feira. A identificação do *nome do profissional* e a *do número de registro no Conselho Regional de Enfermagem* (Coren) foram registradas em apenas 33,7% e 62,6%, respectivamente, do total de prontuários avaliados (TAB. 1). Da mesma forma, a *identificação do paciente* no cabeçalho dos formulários teve baixo percentual de preenchimento pelos técnicos de enfermagem (36,2%). Os indicadores *siglas padronizadas* e *ausência de espaço em branco* mostraram diferença estatisticamente significativa quanto ao turno de registro, sendo mais frequente o registro de siglas padronizadas no turno

da noite e a ausência de espaço em branco no turno da tarde.

Esses parâmetros são bastante observados pelos técnicos dessa unidade ao realizarem as anotações da assistência prestada, pois em 92% dos registros avaliados não havia espaços em brancos e em 94,3% foram utilizadas siglas padronizadas pela instituição. Da mesma forma, observou-se alto percentual de registro nos indicadores de *assinatura do profissional* (96,9%) e *ausência de rasuras* (92%), não havendo diferença significativa entre os turnos e dias da semana em que os registros foram realizados.

Quando avaliados pelo índice de positividade de Carter, os indicadores que se apresentaram entre desejável e limítrofe são apenas *assinatura profissional*, *letra legível*, *ausência de rasuras*, *siglas padronizadas* e *ausência de espaço em branco*. Os indicadores *identificação do profissional* e *identificação da criança e ou adolescente hospitalizados* foram classificados como registros pobres ou sofríveis, dado seu baixo percentual de preenchimento (TAB. 1).

TABELA 1 – Dados de identificação e de avaliação da qualidade dos registros dos técnicos de enfermagem, por turno de trabalho e dia da semana, em unidade de pediatria.

Domínios	Indicadores	Turno			Dia da semana		Índice de Carter	Total n (%)
		Manhã n (%)	Tarde n (%)	Noite n (%)	Segunda a Sexta n (%)	Sábado/ domingo n (%)		
Aspectos ético-legais	<i>Identificação do paciente:</i>							
	Sim	17 (10,4)	21 (12,9)	21 (12,9)	44 (27)	15 (9,2)	sofrível	59 (36,2)
	Não	34 (20,9)	35 (21,5)	35 (21,5)	87 (53,4)	17 (10,4)		104 (63,8)
	<i>Nome do profissional:^b</i>							
	Sim	15 (9,2)	18 (11)	22 (13,5)	49 (37,4)	6 (18,8)	sofrível	55 (33,7)
	Não	36 (22,1)	38 (23,3)	34 (20,9)	82 (50,3)	26 (16)		108 (66,3)
	<i>Número do Coren:</i>							
	Sim	29 (17,8)	40 (24,5)	33 (20,2)	83 (50,9)	19 (11,7)	sofrível	102 (62,6)
	Não	22 (13,5)	16 (9,8)	23 (14,1)	48 (29,4)	13 (8)		61 (37,4)
	<i>Assinatura do profissional:</i>							
	Sim	49 (30,1)	55 (33,7)	54 (33,1)	128 (78,5)	30 (18,4)	adequada	158 (96,9)
	Não	2 (1,2)	1 (0,6)	2 (1,2)	3 (1,8)	2 (1,2)		5 (3,1)
	<i>Letra legível:^b</i>							
	Sim	41 (25,2)	52 (31,9)	49 (30,1)	122 (74,8)	20 (12,3)	segura	142 (87,1)
	Não	10 (6,1)	4 (2,5)	7 (4,3)	9 (5,5)	12 (7,4)		21 (12,9)
	<i>Registro do horário:^b</i>							
	Sim	35 (21,5)	40 (24,5)	38 (23,5)	98 (60,1)	15 (9,2)	sofrível	113 (69,3)
	Não	16 (9,8)	16 (9,8)	18 (11)	33 (20,2)	17 (10,4)		50 (30,7)
	<i>Ausência de rasuras:</i>							
Sim	47 (28,8)	53 (32,5)	50 (30,7)	122 (74,8)	28 (17,2)	adequada	150 (92)	
Não	4 (2,5)	3 (1,8)	6 (3,7)	9 (5,5)	4 (2,5)		13 (8)	
<i>Siglas padronizadas^a</i>								
Sim	41 (29,3)	44 (31,4)	47 (33,6)	107 (76,4)	25 (17,9)	adequada	132 (94,3)	
Não	2 (1,4)	6 (4,3)	-	6 (4,3)	2 (1,4)		8 (5,7)	
<i>Ausência de espaços em branco^a</i>								
Sim	27 (16,6)	50 (30,7)	40 (24,5)	99 (60,7)	18 (11)	limítrofe	117 (71,8)	
Não	24 (14,7)	6 (3,7)	16 (9,8)	32 (19,6)	14 (8,6)		46 (28,2)	

^aValor de $p \leq 0,05$ para turno trabalho (manhã, tarde, noite); ^bValor de $p \leq 0,05$ para dia (semana ou final de semana).

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

No domínio referente à assistência prestada às crianças e aos adolescentes hospitalizados, observou-se que houve diferença estatisticamente significativa, em alguns indicadores, entre os registros realizados de segunda a sexta-feira, quando comparados com os registros realizados nos finais de semana e entre os turnos de trabalho. Houve maior percentual de registros de segunda a sexta-feira e no turno da manhã nos indicadores que avaliaram os registros referentes à *coloração da pele, eliminações e higiene corporal* ($p \leq 0,05$). Dados como a *aceitação da dieta pela criança ou adolescente* e o relato de *eliminações* (fezes, urina) tiveram baixo percentual de registro, ambos com 60%. Cabe destacar que nesse domínio apenas os indicadores do *nível de consciência* e *temperatura corporal* apresentaram índice de positividade de Carter entre desejável e limítrofe, indicando que há um padrão de registro frequentemente realizado pelos técnicos de enfermagem dessa unidade pediátrica em relação a esses indicadores. Por outro lado, as anotações da *frequência*

respiratória e frequência cardíaca tiveram percentuais de registros abaixo de 70%. O menor percentual de registro (4,9%) foi observado no dado referente à anotação do valor da pressão arterial sistêmica. (TAB. 2)

Outros indicadores relacionados ao domínio de assistência de enfermagem, como as anotações referentes aos parâmetros de *oxigenioterapia, troca de curativo, troca de acesso venoso periférico (AVP), sondagens* realizadas, registro de *intercorrências*, anotação de *horário e volume de soluções infundidas, justificativa de medicação não realizada, horário e volume de dietas administradas*, também foram avaliados, excluindo-se os casos em que esses indicadores não se aplicavam às ações de intervenção e de observação de enfermagem. Esses indicadores apresentaram percentuais de registros abaixo de 25%, indicando que esses dados são classificados como pobres ou sofríveis segundo a classificação de Carter. Apesar de avaliados, os indicadores referentes à *troca de curativo, à troca de*

TABELA 2 – Avaliação da anotação dos técnicos de enfermagem através dos indicadores referentes à assistência de enfermagem, por turno de trabalho e dia da semana, em unidade de pediatria.

Domínio	Indicadores	Turno			Dia da semana		Índice de Carter	Total n (%)
		Manhã n (%)	Tarde n (%)	Noite n (%)	Segunda a Sexta n (%)	Sábado/ domingo n (%)		
Assistência de enfermagem	<i>Nível de consciência:</i>							
	Sim	36(22,1)	39(23,9)	43(26,4)	95(58,3)	23(14,1)	limítrofe	118(72,4)
	Não	15(9,2)	17(10,4)	13(8,0)	36(22,1)	9(5,5)		45(27,6)
	<i>Estado de hidratação:</i>							
	Sim	20(12,3)	33(20,2)	28(17,2)	70(42,9)	11(6,7)	sofrível	82(50,3)
	Não	31(19)	23(14,1)	28(17,2)	61(37,4)	21(12,9)		81(49,7)
	<i>Coloração da pele:^b</i>							
	Sim	25(15,3)	34(20,9)	30(18,4)	77(47,2)	12(7,4)	sofrível	89(54,6)
	Não	26(16)	22(13,5)	26(16)	54(33,1)	20(12,3)		74(45,4)
	<i>Eliminações:^b</i>							
	Sim	29(17,8)	38(23,3)	31(19)	84(51,5)	14(8,6)	sofrível	98(60,1)
	Não	22(13,5)	18(11)	25(15,3)	47(28,8)	18(11)		65(39,9)
	<i>Aceitação da dieta:</i>							
	Sim	27(17,4)	36(23,2)	30(19,4)	74(47,7)	19(12,3)	sofrível	93(60)
	Não	23(14,8)	17(11)	22(14,2)	51(32,9)	11(7,1)		62(40)
	<i>Higiene corporal:^{a,b}</i>							
	Sim	20(12,3)	3(1,8)	3(1,8)	15(9,2)	11(6,7)	sofrível	26(16)
	Não	31(19)	53(32,5)	53(32,5)	116(71,2)	21(12,9)		137(84)
	<i>Frequência cardíaca:</i>							
	Sim	34(20,9)	42(25,8)	38(23,3)	95(58,3)	19(11,7)	sofrível	14(69,9)
Não	17(10,4)	14(8,6)	18(11)	36(22,1)	13(8)		49(30,1)	
<i>Frequência respiratória:</i>								
Sim	31(19)	39(23,9)	35(21,5)	86(52,8)	19(11,7)	sofrível	105(64,4)	
Não	20(12,3)	17(10,4)	21(12,9)	45(27,6)	13(8)		58(35,6)	
<i>Pressão arterial:</i>								
Sim	3(1,8)	1(0,6)	4(2,5)	8(4,9)	-(-)	sofrível	8(4,9)	
Não	48(29,4)	55(33,7)	52(31,9)	123(75,5)	32(19,6)		155(95,1)	
<i>Temperatura:</i>								
Sim	50(30,7)	53(32,5)	56(34,4)	127(77,9)	32(19,6)	adequado	159(97,5)	
Não	1(0,6)	3(1,8)	-(-)	4(2,5)	-(-)		4(2,5)	

^aValor de $p \leq 0,05$ para turno trabalho (manhã, tarde, noite); ^bValor de $p \leq 0,05$ para dia (semana ou final de semana)

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

AVP e a *sondagens* realizadas tiveram pouco registro durante o período de coleta de dados. Os indicadores *intercorrências* e *identificação do profissional* mostraram-se com alto índice de registro e índice de positividade adequado, sendo maior em dias da semana, porém não estatisticamente significativo.

DISCUSSÃO

A estratégia de auditoria tem sido utilizada rotineiramente nos serviços de saúde, principalmente com o objetivo de avaliar quantitativamente a assistência ao paciente por meio da relação de gastos demandados para o cuidado.^{7,20,23} Entretanto, a auditoria voltada para o serviço de enfermagem tem sido empregada cada vez mais como forma de avaliação da qualidade do serviço prestado.^{3,19} Com base na literatura, na legislação profissional e de posse do protocolo institucional sobre registro de enfermagem, que neste caso estiveram relacionados à assistência de enfermagem, à criança e ao adolescente hospitalizado, observou-se que dois domínios fundamentam esses registros: os “aspectos ético-legais” e a “assistência de enfermagem”.^{8,9,12} Os aspectos ético-legais, como anotações de dados que identificam o profissional (nome legível e número de registro no conselho de classe) e o paciente (nome legível, número de leito, unidade de internação, número de registro da internação) nos formulários institucionais, conferem respaldo legal ao profissional e à instituição, além de promoverem a segurança do paciente.³ A não observância da adequada forma de registrar esses dados pode implicar sanções do órgão fiscalizador da profissão tanto para a instituição como para o profissional de enfermagem.^{12,24}

Outro aspecto ético no que se refere a não observância de registrar os dados de identificação do paciente nos formulários institucionais refere-se às lacunas que poderão ser geradas na documentação sobre a internação hospitalar, caso esses documentos sejam extraviados. O estudo nessa unidade pediátrica demonstrou que essa prática afasta-se do índice adequado, que seria um percentual acima de 90% de preenchimento dessa informação. Com base nesses dados, argumenta-se a favor da atuação do enfermeiro da unidade como gerente do cuidado, promovendo um diálogo autêntico entre a equipe para que sejam implementadas estratégias de educação continuada, com o intuito de cumprir as exigências ético-legais descritas.¹

Da mesma forma, os indicadores relacionados ao domínio da assistência mostram que, muitas vezes, a anotação dos procedimentos de enfermagem na unidade de pediatria investigada não retratava os cuidados prestados. Indicadores importantes sobre o estado geral das crianças e adolescentes hospitalizados, como hidratação, coloração da pele, eliminações e aceitação de dieta, apresentaram um baixo percentual de registro. Esses dados, muitas vezes, são consultados por outros profissionais da equipe de

saúde para comporem um arcabouço mais completo de informações sobre o paciente e direcionar condutas terapêuticas multiprofissionais.²⁵⁻²⁸

Assim como em outras unidades, a adequada organização dos registros de enfermagem visando subsidiar o trabalho interdisciplinar é fundamental. Isso porque o profissional de enfermagem, em muitas situações, vivencia em maior proporção o contato com o paciente hospitalizado, fato que lhe confere um grande potencial de registro sobre as variações ou estabilização do estado geral e as intercorrências do paciente no período de internação. Além disso, na unidade de internação pediátrica, há situações em que a comunicação efetiva com a criança, seja por não haver domínio da linguagem, seja pela patologia, representa uma barreira para os profissionais na avaliação mais abrangente de seu estado de saúde. Tal fato torna imprescindível uma composição mais detalhada das informações colhidas pela equipe de enfermagem, com o intuito de ser utilizada como meio de comunicação com outros profissionais da equipe.³

Os resultados que apontaram deficiências nesses registros na unidade avaliada comprovam a necessidade de um programa de educação permanente que reforce para a equipe de enfermagem a importância das anotações sobre os dados de avaliação do estado geral e de intercorrências do paciente não apenas como um ato ético-legal, necessário para comprovar a assistência prestada, mas reconhecendo o potencial desse registro para a integralidade da informação no cuidado em saúde multidisciplinar.⁷

Outro resultado sobre a deficiência no registro da assistência prestada foi observado em relação ao dado de aferição da pressão arterial, apesar de essa informação ser de grande importância no que se refere ao estado geral do paciente e sua evolução clínica.²⁹ Infere-se que esse resultado pode ser uma característica das unidades de internação pediátrica pela dificuldade de adequação do tamanho do manguito do esfigmomanômetro, dada sua grande variabilidade, dependendo da idade e do desenvolvimento da criança e do adolescente.³⁰ Constata-se que, além de uma demanda maior por instrumentos de trabalho adequados, também é necessário realizar um treinamento e orientação da equipe para que esta possa realizar de maneira correta e rotineira a aferição de um parâmetro vital de suma importância como a pressão arterial sistêmica.

Outros parâmetros de registros da assistência de enfermagem avaliados, como os procedimentos de troca de curativo, acesso venoso periférico e sondagens, também apresentaram baixíssimo índice de registro durante o período de coleta de dados. Tal situação gera lacunas em relação ao cuidado prestado e, conseqüentemente, o sub-registro da produtividade da equipe de enfermagem. Além disso, os custos relativos à internação do paciente serão subestimados.

Em geral, os resultados evidenciaram baixo percentual de registro na maior parte dos itens avaliados, o que confirma outros estudos que apontam que a comunicação escrita

de enfermagem no prontuário do paciente ainda é um problema vivenciado nas unidades de internação.²³⁻²⁶ Em geral, observam-se lacunas e insuficiência de informações nos registros de enfermagem sobre os cuidados realizados, além da ausência de um padrão que configure uma sistematização para esses registros. Em outras palavras, parece prevalecer na assistência de enfermagem uma ênfase em relação ao “fazer” em detrimento do “registrar”, o que desafia a gerência de enfermagem a estabelecer medidas de monitoramento desse procedimento.²⁶

Acredita-se, também, que a utilização de linguagem padronizada pela enfermagem²⁷ contribui para uma comunicação adequada entre profissionais, além de ser utilizada como estratégia no processo de acreditação hospitalar,⁹ uma vez que sua utilização em registros de enfermagem torna-os mais confiáveis, permitindo uma avaliação adequada da qualidade do cuidado prestado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de auditoria se mostrou como uma metodologia que favorece a identificação de forma precisa e ágil sobre os registros de enfermagem fundamentados nas normas institucionais e nos aspectos

ético-legais da profissão.^{3,27} Ressalte-se que a auditoria, por ser pontual e sistemática, pode identificar lacunas a serem trabalhadas por meio de um processo educativo permanente, visando à excelência do cuidado de enfermagem. É fundamental o diálogo entre a gerência da unidade e a equipe de enfermagem na elaboração de estratégias de resolução das discrepâncias e problemas observados e de políticas institucionais de incentivos à capacitação profissional.

Neste estudo, demonstrou-se que o uso dos domínios “aspectos ético-legais” e “assistência de enfermagem”, com análise de suas respectivas categorias analíticas e do índice de Carter, são promissores para a avaliação dos registros de enfermagem em unidades de internação pediátrica. Espera-se que esta pesquisa suscite, entre os estudantes e enfermeiros do serviço e docentes, novos estudos e novas discussões sobre o processo de avaliação sistemática da assistência de enfermagem utilizando a estratégia de auditoria em prontuários para a capacitação profissional permanente. A incorporação da auditoria de enfermagem de forma mais sistemática nas unidades de saúde certamente contribui não somente para os processos internos de organização do cuidado e de análise das práticas assistências, mas na formulação de novas proposições para a ciência da enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Brito MJM, Melo MCOL. A identificação de enfermeiras – gerentes com a organização em que trabalham o caso de um hospital filantrópico de Belo Horizonte. *REME Rev Min Enferm.* 2001; 5(1):44-51.
2. Franco H, Marra E. Auditoria contábil. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2001.
3. Setz VG, D’Innocenzo M. Avaliação dos registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3): 313-7.
4. Motta ALC. Auditoria de enfermagem nos hospitais e seguradoras de saúde. São Paulo: Iatria; 2003.
5. Kurkgant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991.
6. Scarparo AF, Ferraz CA. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(3): 302-5.
7. Luz A, Martins AP, Dynewick AM. Características de anotação de enfermagem encontradas em auditoria. *Rev Eletrônica Enferm.* 2007; 9(2):344-61.
8. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 26 jun. 1986.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. Brasil. Decreto nº 50.387, de 28 de abril de 1961. Regulamenta o exercício da enfermagem. *Diário Oficial da União*; 28 mar 1961.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311 de s.m de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. *Bol COFEN*; 2007.
12. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 191 de s.m de 1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de enfermagem. *Bol COFEN*; 1996.
13. Bacelar S, Almeida WM, Andrade GM. Falhas e dúvidas comuns no uso do prontuário médico do paciente. *Brasília Méd.* 2002; 39(1):42-52.
14. Souza V, Moura FL, Flores ML. Fatores determinantes e conseqüências de falhas registradas na assistência de enfermagem – um processo educativo. *REME Rev Min Enferm.* 2002; 6(1):30-4.
15. Souza DA, Fonseca AS. Auditoria em enfermagem: visão das enfermeiras no município de São Paulo. *Nursing.* 2005; 84(8).
16. Filho NA, Rouquayrol MZ. Introdução à epidemiologia moderna. Bahia: COOPMED/ APCE/ ABRASCO; 1992.
17. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
18. Faraco MM, Albuquerque GL. Auditoria do método de assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2004; 57(4):421-4.
19. Camelo SHH, Pinheiro A, Campos D, Oliveira TL. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. *Rev Eletrônica Enferm.* 2009; 11(4):1018-25.
20. Pinto KA, Melo CMM. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(3):671-8.
21. Costa MS, Forte BP, Alves MDS, Viana JF, Oriá MOB. Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional. *Rev Bras Enferm.* 2004; 57(4):497-9.

- 22.** Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 191, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.
- 23.** Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. Rev Arq Ciênc Saúde. 2004; 11(4):210-4.
- 24.** Silveira CLS, Lima LS. Capacitação de técnicos/auxiliares de enfermagem: repercussão nos registros de enfermagem relacionados ao atendimento pré-hospitalar móvel. Acta Paul. Enferm. 2009, 22(5):679-85.
- 25.** Venturini DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. Rev Bras Enferm. 2008; 61(5): 570-7.
- 26.** Matos SS, Carvalho DV. A Comunicação escrita das ações de enfermagem: uma contribuição ao ensino da graduação. REME Rev Min Enferm. 2002; 6(1/2):7-15.
- 27.** Faureto DO, Carvalho EC, Canine SRMS, Garbin LM. Comunicação verbal prejudicada: atividades empregadas vs. atividades propostas na literatura. REME Rev Min Enferm. 2007; 11(3):227-32.
- 28.** Conselho Regional de Enfermagem-MG. Deliberação 135/00 de s.m 2000. Normatiza no Estado de Minas Gerais os princípios gerais para ações que constituem a documentação da enfermagem.
- 29.** Alvarce DC. A pressão arterial está sendo medida? Rev Esc Enferm USP. 2000; 34(1): 84-90.
- 30.** Salgado CM. Hipertensão arterial na infância. J Pediatr. 2003; 79(1).

Data de submissão: 14/9/2011

Data de aprovação: 6/2/2012

A CONCEPÇÃO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

THE CONCEPT OF ETHICS IN PROFESSIONAL NURSING

EL CONCEPTO DE ÉTICA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Dirlene Freitas Leal¹
Jaime José Rauber²

RESUMO

O objetivo com este estudo foi investigar se há diferença significativa na formação ética e humanística dos profissionais de enfermagem com formação apenas de nível técnico em relação aos profissionais com curso superior na mesma área. O curso técnico tem um enfoque bem específico, que é o de preparar profissionais com formação técnica para o mercado de trabalho. Em razão disso, a carga horária de formação exigida por lei é bem menor nos cursos técnicos do que nos cursos de graduação em enfermagem. Não obstante isso, os cursos de graduação têm o papel de propiciar uma formação mais holística e integral do que os cursos técnicos. Nesse sentido, a hipótese neste estudo é de que os cursos de graduação têm melhores condições de oferecer uma formação voltada para o aspecto ético e humanístico, uma vez que possuem uma carga horária bem maior para a integralização dos estudos. A pesquisa foi desenvolvida em uma cidade do interior do Paraná, com a participação de enfermeiros e técnicos que atuam em hospitais e Unidades Básicas de Saúde que prestam atendimento ao Sistema Único de Saúde. Concluiu-se que não existe diferença significativa no que diz respeito à ética e à prática profissional entre técnicos e enfermeiros.

Palavras-chave: Enfermagem; Associações Profissionais; Ética.

ABSTRACT

The present study aims to investigate whether there is a significant difference between ethical and humanistic training of a licensed practical nurse and a registered nurse in the same area. The licensed practical nurse program focuses on the professionals' technical training intended for the labour market. As a result, the number of credit hours required is much lower than in nursing degree courses that provide a more holistic and comprehensive education compared to technical courses. Therefore, the present study considers that undergraduate courses are better able to provide training that focus on nursing ethical and humanistic aspects. The research was developed in a city in the state of Paraná, with the participation of registered and practical nurses working in hospitals and basic health units of the Unified Health System. The study showed no significant differences related to ethics and professional practice among registered and licensed practical nurses.

Keywords: Nursing; Professional Associations; Ethical.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo investigar si existen diferencias significativas en la formación ética y humanística entre los profesionales con curso técnico de enfermería y aquellos con nivel superior. El curso técnico tiene un enfoque muy específico, que es preparar técnicos para el mercado laboral. La carga horaria de formación exigida por ley es mucho menor en los cursos técnicos que en los cursos de grado en enfermería. Además, los cursos de grado tienen la función de proporcionar una formación más holística e integral que los cursos técnicos. Por lo tanto, la hipótesis de este estudio es que los cursos de grado tienen mejores condiciones de ofrecer una formación enfocada en el aspecto ético y humanístico porque disponen de mayor carga horaria para integrar los estudios. Esta investigación se realizó en una ciudad del interior del Estado de Paraná, con la participación de enfermeros y técnicos de Hospitales y Unidades Básicas de Salud que prestan servicios al Sistema Único de Salud. Se concluye que, en lo que respecta a la ética y a la práctica profesional, no hay diferencias significativas entre técnicos y enfermeros.

Palabras clave: Enfermería; Asociaciones Profesionales; Ética.

¹ Enfermeira formada pelo Curso de Enfermagem da PUC/PR – Campus Toledo. E-mail: dir.freitas@hotmail.com.

² Professor da PUC/PR – Campus de Toledo. Mestre em Filosofia – Filosofia Política e Ética. E-mail: jaime.rauber@pucpr.br.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a palavra “ética” é amplamente aplicada nas diferentes áreas de atuação profissional. É empregada em diversas situações cotidianas – por exemplo, na política, nas relações interpessoais, na educação, no trabalho, etc. Na área de saúde, a todo o momento fala-se em ética. Mas há realmente um domínio teórico sobre a ética e suas especificidades por parte dos profissionais de saúde, em especial a enfermagem?

A prática da enfermagem compreende conhecimentos científicos e técnicos, acrescidos das práticas sociais, éticas e políticas vivenciadas no ensino, pesquisa e assistência. Presta serviços ao ser humano no contexto saúde-doença, atuando na promoção da saúde em atividades com grupos sociais ou com sujeitos específicos, respeitando-lhes a individualidade.¹ Por conseguinte, a prática da enfermagem está inserida num contexto com grande potencial para gerar conflitos éticos, pois todas as ações e decisões profissionais implicam consequências que afetam terceiros, positiva ou negativamente.

Nesse sentido, com este estudo objetiva-se avaliar o nível de conhecimento dos profissionais da enfermagem no que diz respeito à ética e se há um diferencial significativo na formação ética e humanística entre os profissionais graduados em relação aos profissionais com formação a nível técnico. O desenvolvimento desta pesquisa é fundamental, pois, se for constatado que não há diferença significativa na formação ética e humanística entre os profissionais de ambos os níveis de formação profissional em questão, caberá investigar, posteriormente, se os cursos de graduação em enfermagem estão explorando todo o potencial no que diz respeito à formação ética e humanística, dado que há um maior tempo para proporcionar essa formação na graduação do que em cursos técnicos.

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

O significado da palavra “ética” vem do grego *ethos* e refere-se ao modo de ser do indivíduo ou do caráter do ser humano. Na Grécia Antiga, no século IV a.C., os filósofos foram os primeiros a pensar sobre ética associando a ideia de moral e cidadania. Precisavam de honestidade, fidelidade e harmonia entre os cidadãos. Hoje, a ética tem sido um tema de discussão constante entre os diferentes espaços profissionais e, mais ainda, quando diz respeito à saúde humana. Espera-se que os profissionais da saúde conheçam profundamente o aspecto técnico da profissão, mas que também saibam lidar com os colegas, pacientes/clientes e sociedade em geral com uma postura de respeito e justiça – numa palavra, com uma postura ética.²

A formação para atuar como profissional na área da enfermagem pode se dar de duas formas: em nível técnico (segundo grau) ou em nível superior (graduação). O técnico em enfermagem é o profissional preparado para atuar na assistência de enfermagem integral ao paciente em ambiente hospitalar, domiciliar ou, ainda, em Unidades Básicas de Saúde. Ele participa dos cuidados ao paciente e é responsável pela medicação, sinais vitais, curativo, banho e orientações ao cliente e familiares. Os profissionais com graduação em enfermagem possuem um aprofundamento maior na sua formação científica além de serem preparados, também, para atuar como pesquisadores na área em questão. São profissionais aos quais, em razão da carga horária e do nível de exigência no que diz respeito à formação científica e humanística, é dada a possibilidade de maior conhecimento em relação aos técnicos em enfermagem.

Ética e humanização na enfermagem

A história da enfermagem tem vários momentos importantes, iniciando-se com as práticas de saúde instintivas, com os grupos nômades que viviam em busca de alimentos e de proteção. O homem tinha a função de trabalhar na agricultura, enquanto à mulher cabia a função de proteger os homens e os deuses. Os doentes eram colocados perto de santuários e ali ocorriam rituais de magia para purificar o doente. As práticas sacerdotais permaneceram por muito tempo até surgirem as escolas específicas para o ensino da arte de curar, no sul da Itália e na Sicília. Até esse momento, o ensino era voltado para o estudo da filosofia e das artes.³

No final do século V e início do século IV a. C., a ciência e a filosofia se destacaram. Sob o ponto de vista filosófico, o sofrimento causado pelas guerras sagradas coloca em dúvida o poder dos deuses. As práticas de saúde, que antes eram místicas e sacerdotais, passaram a ser baseadas no conhecimento da natureza, na experiência, no raciocínio lógico, desencadeando uma relação de causa e efeito para as doenças. A filosofia se baseava na investigação livre e na observação dos fenômenos e, por isso, era limitada no que diz respeito aos conhecimentos anatomofisiológicos.³

Esse período é considerado pela medicina grega como o período Hipocrático, em que a proposta para a saúde era por meio do método indutivo, da inspeção e da observação. Hipócrates, filósofo grego, foi a expressão máxima dessa fase.³ Pelo fato de o filósofo ter-se destacado nas investigações relacionadas à saúde humana, como forma de reconhecimento, os formandos do curso de medicina fazem o chamado *Juramento de Hipócrates*.*

No período monástico-medieval, a enfermagem aparece como uma prática leiga, sendo desenvolvida por religiosos. Esse período ficou marcado por uma

* O Juramento de Hipócrates que os estudantes de medicina fazem no dia da formatura diz: “Prometo que, ao exercer a arte de curar, mostrar-me-ei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência. Penetrando no interior dos lares, meus olhos serão cegos, minha língua calará os segredos que me forem revelados, o que terei como preceito de honra. Nunca me servirei da minha profissão para corromper os costumes ou favorecer o crime. Se eu cumprir este juramento com fidelidade, goze eu para sempre a minha vida e a minha arte com boa reputação entre os homens; se o infringir ou dele afastar-me, suceda-me o contrário (Hipócrates, 450 a.C)”⁴

série de valores, que aos poucos foram sendo aceitos pela sociedade como característica da enfermagem. Já no período pós-monástico, final do século XIII e início do século XVI d.C., houve uma evolução nas ações de saúde e também maior reconhecimento do exercício da enfermagem.

A retomada da ciência, o processo social e intelectual da Renascença e a evolução das universidades não é um período a ser lembrado com louvor pela enfermagem e pela área da saúde em geral. As condições de atendimento não eram adequadas, pois os hospitais encontravam-se precários, os doentes ficavam em depósitos, aglomerados em leitos coletivos.³

A reorganização hospitalar surgiu com o posicionamento médico a partir do século XIX. Nessa época, os ricos eram tratados em casa e os pobres eram atendidos por pessoas malpreparadas. Nesse período, a enfermagem passou a ser reconhecida por Florence Nightingale (1820-1910), que foi convidada pelo ministro da guerra da Inglaterra para trabalhar com os soldados feridos na guerra da Crimeia (1854-1856).³ Florence Nightingale desenvolveu um trabalho muito importante nessa guerra, pois conseguiu diminuir o índice de morte dos soldados de 40% para 2%, utilizando apenas medidas de higiene do ambiente e cuidados com os ferimentos dos soldados.

No Brasil, surgiram discussões sobre ética na enfermagem a partir de 1951, o que se intensificou a partir de 1955. Em 1958, foi aprovado o primeiro Código de Ética de enfermagem, elaborado por enfermeiras religiosas.⁵ Nesse período elas estavam preocupadas com os aspectos éticos e humanísticos da enfermagem, sendo que o primeiro Código de Ética era mais voltado para a cultura religiosa.

Portanto, desde Florence já havia uma preocupação com a qualidade do atendimento de enfermagem dispensada aos pacientes/clientes, o que, de certa maneira, além das formas de tratamento e higiene, também contemplava questões relacionadas ao seu bem-estar – por exemplo, conforto, atenção e ambientes tranquilos. Mais recentemente, no Brasil, Wanda Horta, baseando-se em suas experiências cotidianas com seres humanos, difundiu um modelo de atendimento de enfermagem que disponibilizou aos pacientes/clientes um tratamento que permite o autocuidado sem se desvincular do acompanhamento da enfermagem.⁶

Com o surgimento de escolas de enfermagem e a oferta de cursos superiores, o trabalho em humanização foi intensificado. Se até aí o trabalho da enfermagem estava focado nos cuidados fisiológicos, a partir de então o papel da enfermagem passou a ser com o cuidado integral do paciente/cliente. A constituição de uma equipe que vise ao cuidado integral depende amplamente da formação dos profissionais. A seleção de profissionais especializados e com intensa formação humanística facilita o desenvolvimento do trabalho humanizado, que será executado com prazer e dedicação, sem que eles se deixem influenciar pelo tecnicismo, que acaba interferindo negativamente na relação com os outros.

Na integração da equipe, são fundamentais a valorização e o respeito entre os profissionais, que trazem um reflexo positivo na relação entre eles. Quando essa integração acontece, o cliente/paciente sente-se mais confiante, seguro e mais tranquilo no que se refere a cuidados prestados por toda equipe, o que contribui para a diminuição da ansiedade e proporciona um ambiente hospitalar mais esperançoso.⁶

A humanização no âmbito da enfermagem é algo muito almejado. O tecnicismo faz deixar de lado a relação acolhedora no atendimento à saúde. Isso tem gerado a necessidade clara de mudança de postura e a busca de condições mais humanas na assistência. Quanto mais tecnicista o enfermeiro for, menos humano ele se torna. Daí a necessidade de um novo modo de agir que favoreça ao homem moderno o encontro de si mesmo, assumindo seus valores. A assistência deve ser prestada segundo uma visão holística, na qual a solidariedade e a benevolência para com o próximo são imprescindíveis para a valorização do ser humano, estabelecendo, dessa forma, uma relação de ajuda e empatia, fazendo com que a humanização seja a base da profissão de enfermagem.⁶

A humanização exige uma prática profissional baseada em princípios éticos. A ética, como ciência, isto é, como forma de conhecimento que se ocupa especificamente do agir humano, investiga o *dever ser* e mostra como se deve proceder para que as práticas nos mais variados espaços de atuação sejam as mais adequadas possíveis. Uma prática baseada em princípios éticos visa ao bem-estar de todos os possíveis afetados, independentemente da posição social, política, religiosa ou econômica, buscando aquilo que é bom (sem prejuízos, injustiças, danos e sofrimentos) para todos.

Para se ter maior segurança sobre o exercício profissional com uma postura ética e humanística, juntamente com a regulamentação das diferentes profissões, foram criados os códigos de ética profissional. Como os códigos de ética integram a legislação que regulamenta a profissão, os princípios nele expostos têm valor de lei e os infratores podem ser punidos pelos respectivos Conselhos Regionais e Federais. Embora não se deva entender que a prática profissional ética se limita ao cumprimento dos princípios e deveres expostos nos respectivos códigos de ética profissional, eles são extremamente importantes para o exercício profissional de maior qualidade.

A ética e a regulamentação da profissão

A lei que atualmente regulamenta o exercício profissional de enfermagem é a Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.⁷ Em seu artigo 1º, a lei prescreve que o exercício da enfermagem só é permitido aos profissionais que estiverem inscritos no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) tem como função fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados pelos participantes

da classe e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional.⁸ O Conselho Regional de Enfermagem (Coren), que por sua vez está ligado ao Conselho Federal, além de disciplinar e fiscalizar, é responsável pela emissão dos documentos de inscrição dos profissionais que executam serviços de enfermagem, habilitando-os legalmente para atuar no mercado de trabalho. Portanto, cabe aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem a garantia do bom exercício profissional e a aplicação de sanções disciplinares, caso haja o descumprimento da lei em questão.⁹

A profissão que é regulamentada em lei e dispõe de um Código de Ética deverá ser conduzida de acordo com os direitos e deveres prescritos no respectivo código. Com a existência e o cumprimento desse código, tanto os pacientes/clientes quanto os profissionais da enfermagem são beneficiados. O Código de Ética leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Além disso, pressupõe que esses profissionais prestem uma assistência sem riscos ou danos à população, visando a uma postura ética profissional adequada.¹⁰

A humanização e as diretrizes curriculares

Os cursos de graduação em enfermagem devem ser organizados levando em conta as *Diretrizes Curriculares Nacionais*, nas quais são apresentados os passos metodológicos que a instituição de ensino superior deve seguir para a implementação do curso e o perfil de profissional a ser formado. Já os cursos técnicos não possuem uma diretriz curricular específica para cada área técnica, e sim diretrizes para os cursos técnicos da área da saúde em geral – por exemplo, técnico em nutrição, técnico em dietética, técnico em saúde bucal, etc. A carga horária do curso técnico é menor do que a do curso de graduação em enfermagem. O curso de graduação tem uma carga horária de 3.500 a 4 mil horas/aulas, enquanto o técnico tem aproximadamente 1.200 horas/aulas. O curso técnico tem um enfoque mais prático e não exige que os estudantes se transformem, também, em pesquisadores, isto é, em sujeitos produtores ou construtores do conhecimento, o que é uma recomendação para os cursos de graduação.

As *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem* orientam que o enfermeiro deve ser um profissional com “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva”. Um pouco adiante, coloca que o profissional qualificado para o exercício de enfermagem deve “ter rigor científico e intelectual e ser pautado em princípios éticos”. Em outro momento, afirma que o profissional da enfermagem deve ser “capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”. Com base nisso, fica muito clara a preocupação das *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem* com a formação de um profissional que, além de promover a saúde humana, também esteja preocupado com uma

prática ética e humanista. A preocupação do enfermeiro não deve ser apenas com o bem-estar físico dos clientes/pacientes, mas com o bem-estar integral dos sujeitos com os quais atuará no exercício da sua profissão.

As *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Técnicos na Área da Saúde* determinam que, independentemente da área técnica específica (enfermagem, nutrição etc.), os profissionais devem ter um perfil de formação com habilidades cognitivas, técnicas e de relações humanas. Esse “novo trabalhador” requer uma qualificação que contemple múltiplos aspectos, como: habilidades cognitivas, comunicacionais e de inter-relação com clientes e demais trabalhadores, apresentando iniciativa e criatividade, desenvolvendo a capacidade de trabalhar em grupo com competência para avaliar o produto do seu trabalho e tomar medidas para melhorar sua qualidade.¹¹

Independentemente de ter graduação ou formação de nível técnico, o profissional da enfermagem, por exigência legal, só pode exercer sua profissão se tiver inscrição aprovada no Conselho Regional de Enfermagem. Nesse sentido, sendo graduado ou sendo técnico de enfermagem, os profissionais de ambos os níveis de formação ficam condicionados ao cumprimento do Código de Ética profissional da área em questão. Dessa forma, mesmo que as *Diretrizes Curriculares Nacionais* para os cursos técnicos na área da saúde não enfoquem tanto a questão da formação ética e humanista como as *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem*, os profissionais de ambos os níveis de formação ficam submetidos ao mesmo Código de Ética profissional.

Assim, mesmo que as *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos técnicos na Área da Saúde* não façam exigência semelhante às *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem*, o Código de Ética supre relativamente a exigência de uma postura ética, pois em diversos momentos o Código de Ética da Enfermagem é explícito no que diz respeito ao exercício profissional voltado para a promoção da ética, cidadania e humanização. O Código de Ética de Enfermagem consiste num conjunto de orientações que proporciona referência para o profissional de enfermagem se manter ciente de seus direitos e deveres. As diretrizes, tanto do curso de graduação em enfermagem quanto do técnico, propõem que o profissional de enfermagem tenha uma visão holística, ou seja, veja o paciente/cliente como um todo, que esse profissional esteja preparado para atuar em diversas situações cotidianas.

Nesse sentido, neste estudo objetivou-se avaliar se há diferença significativa entre a formação e concepção de ética dos profissionais graduados em enfermagem em relação aos profissionais com nível técnico na área da enfermagem, dado que há maior exigência quanto à formação ética e humanística dos profissionais graduados, explícita nas *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem*, em relação às exigências para os cursos de enfermagem de nível técnico. Cabe salientar que as diretrizes que orientam a oferta dos

cursos técnicos na área da enfermagem são as mesmas que orientam a oferta de todos os cursos técnicos na área da saúde, sem se referirem de modo específico à enfermagem.

MATERIAIS E MÉTODO

Esta pesquisa foi desenvolvida com profissionais da enfermagem que atuam em instituições que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) de uma cidade do interior do Paraná, contemplando as Unidades Básicas de Saúde e hospitais. No total, trabalham nessas instituições 48 enfermeiros e 250 técnicos de enfermagem. Não participaram deste estudo os profissionais que atuam como estagiários e auxiliares de enfermagem. Os auxiliares compreendem a classe dos profissionais que não possuem o nível técnico, mas atuam na assistência à saúde há muitos anos e passaram a integrar a equipe de enfermagem por falta de profissionais com formação específica para desempenhar a função.

A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de um questionário com questões fechadas e abertas. Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética (Protocolo CEP nº. 5.592), no período de julho a setembro de 2010, foram feitos os contatos com as instituições que prestam serviços ao SUS para o início das atividades relacionadas à coleta de dados. Cópias do questionário foram disponibilizadas às chefias de enfermagem de cada instituição, as quais, por sua vez, realizaram contatos diretos com seus colaboradores, convidando-os a participar da pesquisa em questão. Foram convidados 298 profissionais para participar da pesquisa, mas apenas 61 participaram (12 enfermeiros e 49 técnicos em enfermagem). Os questionários ficaram nas mãos dos colaboradores por uma semana para o respectivo preenchimento, retornando, após esse período, aos pesquisadores.

A coleta e a análise dos dados contemplaram o método qualiquantitativo. O estudo visou, por um lado, apresentar dados quantitativos em relação às concepções dos enfermeiros e técnicos de enfermagem no que diz respeito a questões éticas e, por outro, também abrangeu um aspecto qualitativo no que diz respeito aos principais conflitos (dilemas) éticos que surgem no âmbito da prática profissional. Os dados quantitativos foram tabulados para posterior análise, enquanto os dados oriundos das questões abertas foram reunidos por proximidade temática para posterior análise e considerações. Após a realização deste estudo, os resultados finais foram disponibilizados para as instituições participantes. Este estudo está de acordo com a Resolução nº 196/96, que dispõe sobre ética em pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na cidade do interior do Paraná, na qual foram coletados os dados, existem dois cursos técnicos e dois de graduação na área de enfermagem, ofertados por instituições diferentes. Um dos cursos técnicos já existe há nove anos e formaram-se 153 profissionais. O outro curso técnico existe há cinco anos e formou 350 profissionais. Em relação aos cursos de graduação em enfermagem, um deles já é ofertado há seis anos e formaram-se 160 profissionais. O outro curso está sendo ofertado há cinco anos e já formou 72 profissionais. Com base nisso, pode-se dizer que a cidade, que conta com menos de 120 mil habitantes, tem uma grande contribuição na preparação de mão de obra para a assistência em saúde, destacando-se, nesse trabalho, a área da enfermagem.

Em relação aos dados gerais, constatou-se que, dos 61 respondentes, 84% eram do sexo feminino e 16% do sexo masculino. Isso revela que a enfermagem é uma profissão na qual a mão de obra feminina predomina. A enfermagem tem sua origem no cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos idosos, associado à figura da mulher-mãe, que sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, o que era transmitido de mulher para mulher.¹² De acordo com Florence Nightingale, as mulheres são “naturalmente preparadas” para o cuidado, o que pode justificar o alto índice de mulheres no exercício profissional da enfermagem.

Do total de respondentes, 29% recebem até dois salários mínimos (R\$ 1.020,00), 53% recebem de dois a cinco salários mínimos (de R\$ 1.020,00 a R\$ 2.550,00) e 18% recebem mais de cinco salários mínimos (R\$ 2.550,00). Considerando que o enfermeiro não possui um piso salarial registrado no Coren ou Cofen,^{**} isso revela que a profissão da enfermagem ainda é pouco valorizada, pois, dos sujeitos pesquisados, apenas 18% recebem acima de cinco salários mínimos (R\$ 2.550,00). Isso confirma a ideia de que a profissão da enfermagem é pouco reconhecida pela sociedade e pelo próprio profissional. Um dos fatores que comprovam isso é o baixo salário desses profissionais, o que faz com que necessitem de dupla jornada de trabalho para complementar sua renda.¹³

Em relação às questões específicas relacionadas à ética, do total de respondentes, 72% disseram que tiveram uma disciplina específica sobre ética no seu curso. Isso revela que os cursos em análise preocupam-se com a formação ética dos profissionais e atendem à recomendação das *Diretrizes Curriculares Nacionais* da área da saúde, que recomenda que as instituições propiciem ao estudante e futuro profissional um perfil generalista e humanístico baseado em princípios éticos.

Dos enfermeiros que tiveram a disciplina de Ética durante sua formação, 73% responderam que a referida disciplina foi ministrada por um filósofo e 27%, que foi

^{**} A lei que regulamenta profissão da enfermagem não traz informações relativas ao piso e teto salarial da classe. Segundo informações verbais de representantes do Coren do Paraná, não existe piso nem teto salarial fixos para os enfermeiros, pois isso depende de cada região e cabe aos conselhos regionais determinarem esses valores.

ministrada por professor da área de enfermagem. Dos técnicos de enfermagem que cursaram a disciplina de Ética durante sua formação, 86% disseram que tal disciplina foi ministrada por professor da área de enfermagem; 5%, por filósofo; 2%, por psicólogo; e 7% não souberam informar a área de formação do professor que ministrou essa disciplina (GRÁF. 1).

Esses dados revelam que nos cursos de nível técnico a disciplina de Ética procura satisfazer um objetivo prioritariamente deontológico, enquanto nos cursos de graduação o enfoque dessa disciplina é de formação geral e não apenas o estudo das leis e do Código de Ética profissional. Quando um profissional da área da enfermagem ministra essa disciplina, certamente dará ênfase maior ao estudo das leis que regem a enfermagem e ao Código de Ética profissional. Contudo, quando se pensa a disciplina de Ética com um enfoque mais geral, voltado para a formação ética e humanística, então seria mais adequado que alguém da área de humanas ministrasse a disciplina, principalmente alguém formado em Filosofia, pois a Ética, como ciência, é objeto próprio de estudo da Filosofia. A disciplina de Ética ministrada por alguém da área de humanas revela que a instituição proponente tem maior interesse na formação integral dos estudantes; ou seja, que eles não sejam éticos e corretos apenas durante o exercício profissional, mas que também tenham essa postura fora do espaço profissional.

O curso de enfermagem – seja de graduação, seja técnico – que delega a responsabilidade pela disciplina de Ética a um enfermeiro, certamente, tem maior preocupação com a formação estritamente profissional. Dessa maneira, o enfermeiro vai aprender a não infringir o Código de Ética e

as leis vigentes, mas deixará de ter uma formação voltada para a ética geral, na qual o estudante é desafiado a refletir sobre questões éticas que vão além do exercício da profissão. Percebe-se que essa formação é mais específica das instituições que oferecem o curso superior (73% dos enfermeiros tiveram a disciplina de Ética ministrada por um filósofo). Isso talvez se justifica pelo fato de os cursos de graduação em enfermagem terem uma carga horária maior que os cursos técnicos e por ser uma exigência explícita nas *Diretrizes Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem*, o que não fica explícito nas *Diretrizes Nacionais para os Cursos Técnicos na Área da Saúde*.

Em relação à importância da disciplina de Ética, 100% dos que a cursaram consideram que ela foi muito importante para sua formação profissional. Isso revela que, independentemente da formação do professor que ministrou a disciplina, bem como o enfoque que lhe foi dado pela instituição proponente, todos os respondentes a consideram importante para sua formação e atuação profissional. Disso se pode concluir que não seria errôneo, por parte das instituições, dar maior ênfase à formação humanística, mais especificamente ética, pois os dados revelam que os profissionais, por unanimidade, a consideram importante na sua formação e para a sua atuação profissional (GRÁF. 2).

Do total dos respondentes (enfermeiros e técnicos de enfermagem), 80% consideram que a formação ética e humanística que tiveram ao longo do curso foi excelente (59%) ou boa (21%). Dessa forma, sob o ponto de vista dos profissionais em questão, a formação ética e humanística proporcionada pelos cursos nos quais estudaram é considerada amplamente satisfatória.

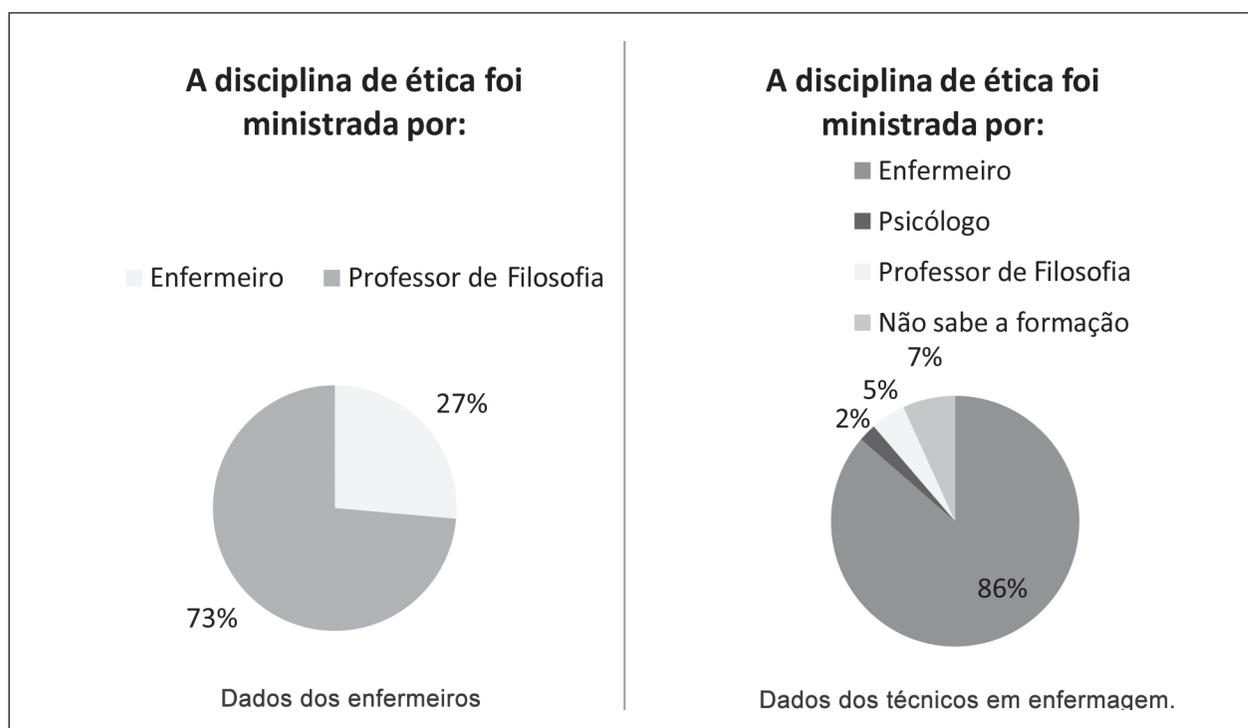


GRÁFICO 1 – Área de formação do ministrante da disciplina de ética

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

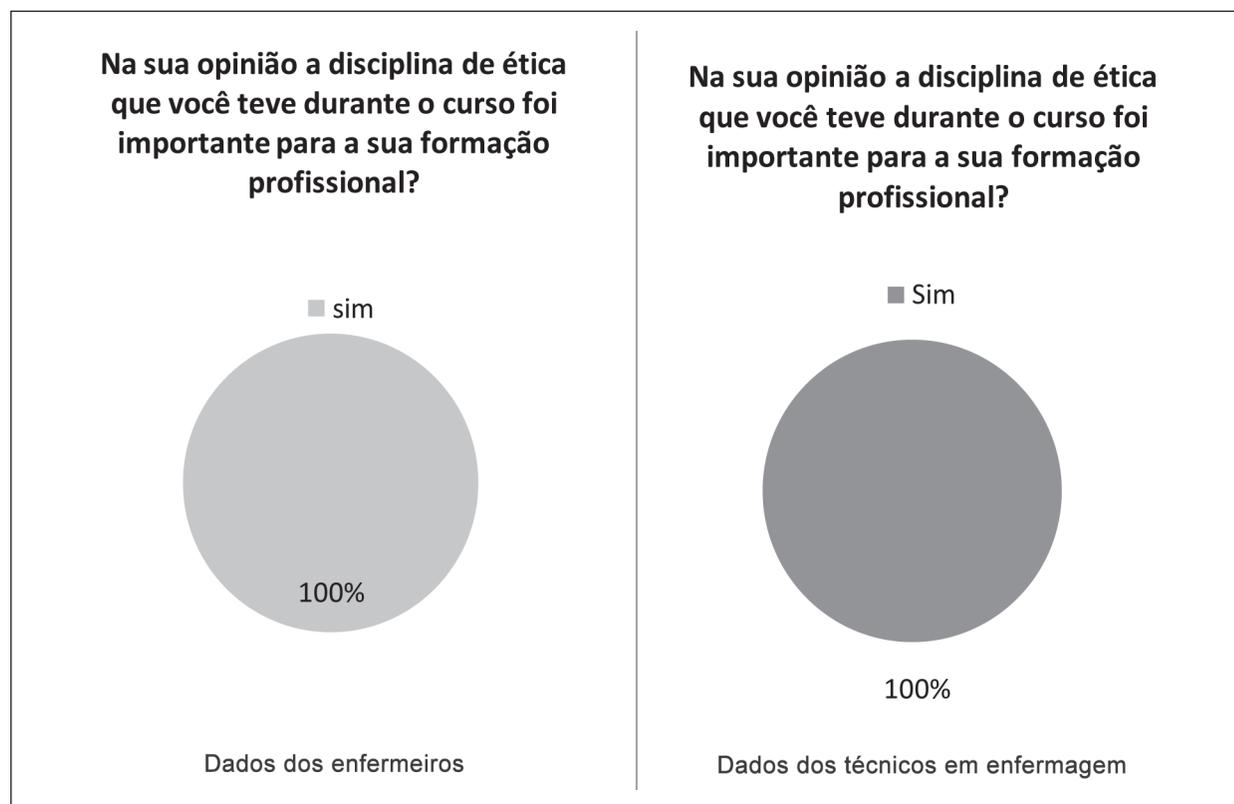


GRÁFICO 2 – Importância da disciplina de Ética

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Dos respondentes (enfermeiros e técnicos de enfermagem), 93% consideraram que o Código de Ética é essencial para o bom andamento da profissão e apenas 7% o consideraram parcialmente importante para o bom exercício profissional. Observa-se, portanto, que o Código de Ética é considerado significativo, uma vez que não houve respondente que o entendesse como desnecessário para o exercício da profissão. O Código de Ética serve para orientar a prática profissional segundo princípios éticos. Contudo, a existência de tal código não garante um exercício profissional ético, pois nem todas as práticas que estão em desacordo com o referido código são denunciadas ou identificadas pelos respectivos conselhos Regional e Federal. Não obstante isso, como ele tem valor de lei, certamente ajuda a inibir a prática de ações consideradas inadequadas. Isso porque o infrator pode ser julgado e punido pelos conselhos Regional e Federal.

Do total de respondentes (enfermeiros e técnicos de enfermagem), 44% consideraram que tinham domínio teórico suficiente para resolver conflitos morais que surgem no dia a dia, 47% consideraram que tinham parcialmente domínio teórico para resolver conflitos morais e 9% entenderam que não tinham domínio suficiente para tal. Além disso, 74% dos profissionais pesquisados consideram que tinham uma prática profissional eticamente adequada e 26%, que a tinham parcialmente. Com base nisso, pode-se concluir que, de forma geral, os profissionais da enfermagem estudados consideraram-se relativamente bem preparados para

tomadas de decisões éticas e revelaram domínio teórico significativo. Isso é confirmado pelo fato de que 85% dos respondentes consideraram que o condutor que, alcoolizado, atropela alguém deve se sentir moralmente responsável pela morte daquela pessoa.

Em relação ao questionamento sobre se o profissional da enfermagem deve prestar atendimento diferenciado em razão do grau de formação, *status* social ou profissão do paciente/cliente, 27% dos enfermeiros disseram que sim, enquanto apenas 4% dos técnicos de enfermagem responderam que é correto fazer esse tratamento diferenciado (GRÁF. 3).

Esses dados chamam atenção pelo fato de que os enfermeiros deveriam ter clareza suficiente de que não se deve proporcionar atendimento diferenciado em razão dos fatores levantados na questão, mas foram os técnicos de enfermagem que mostraram uma convicção eticamente mais adequada em relação à pergunta feita. Teoricamente, os profissionais com graduação em enfermagem deveriam ter um posicionamento mais adequado do que os técnicos em enfermagem, uma vez que possuem uma carga horária maior de curso e é exigência explícita das *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação Enfermagem* a formação voltada para a “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva”, pautado por princípios éticos, e que o enfermeiro seja capacitado para atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.¹⁴

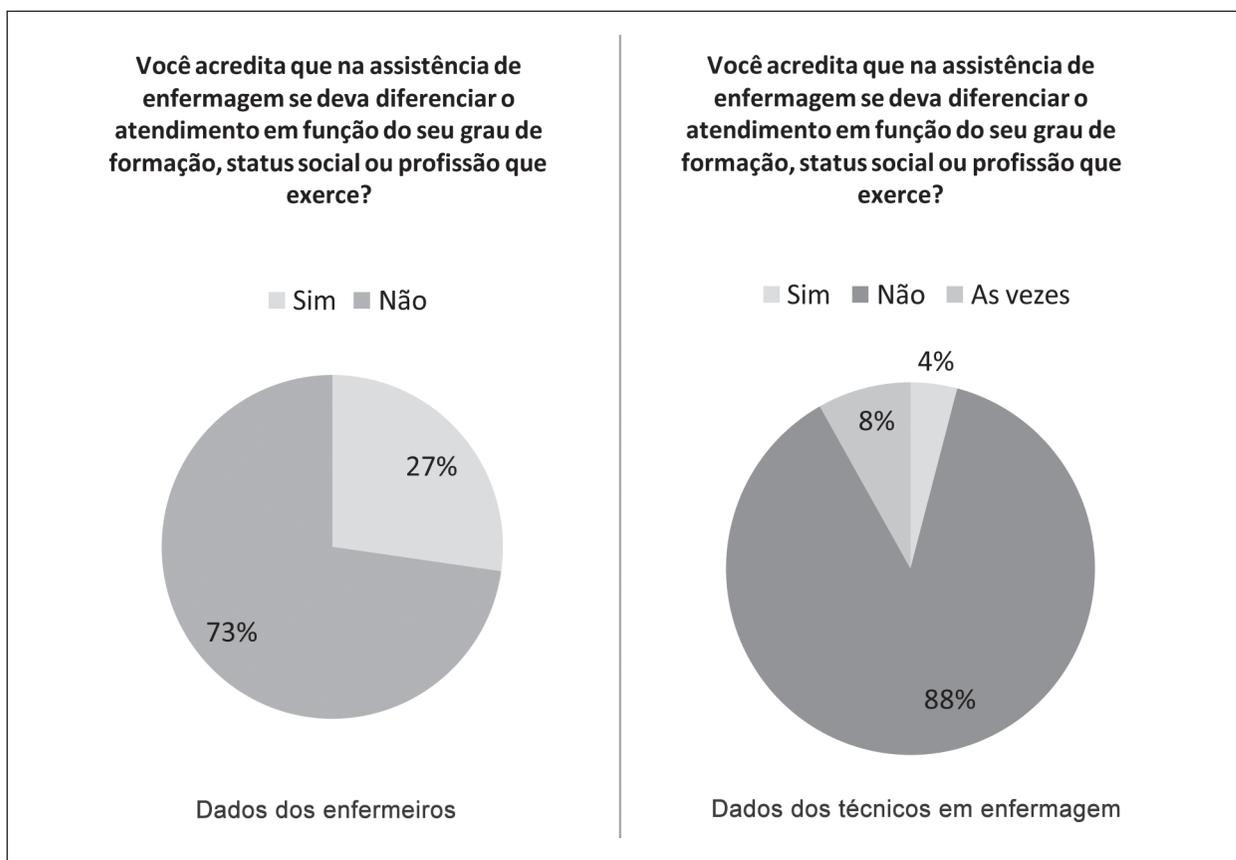


GRÁFICO 3 – Imparcialidade no atendimento de enfermagem

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Em relação a uma situação de assédio moral ou sexual sofrido por parte de um paciente/cliente, 69% (68,97% técnicos e 31,03% enfermeiros) conversariam abertamente com o paciente/cliente para que tal ação não se repetisse, mas continuariam prestando assistência de enfermagem normalmente; 19% (87,5% técnicos e 12,5% enfermeiros) contariam para a chefia de enfermagem e se negariam a continuar atendendo o paciente/cliente; e 12% (60% técnicos e 40% enfermeiros) se negariam a prestar atendimento ao paciente/cliente e fariam um boletim de ocorrência na empresa em que trabalha ou na delegacia em razão do ocorrido. A alternativa de conversar abertamente com o paciente/cliente para tentar resolver da melhor forma possível o caso, sem deixar de prestar assistência de enfermagem, é altamente desejável. Embora haja 31% (60% técnicos e 40% enfermeiros) dos respondentes que tomariam atitudes mais enérgicas, como registrar um boletim de ocorrência na empresa em que trabalha ou na delegacia em relação ao ocorrido, nenhum dos respondentes optou pela alternativa de deixar de prestar atendimento ao paciente/cliente como forma de vingança pelo assédio sofrido, o que revela um bom preparo por parte dos profissionais pesquisados.

Com o objetivo de identificar os espaços nos quais os conflitos morais são mais comuns, foram apresentadas várias opções para que o profissional assinalasse três alternativas que, segundo a percepção deles, representam os espaços de maior ocorrência de conflitos

morais por parte dos profissionais da enfermagem. Os resultados são apresentados no Quadro 1.

Os conflitos morais de maior ocorrência, tanto na opinião dos enfermeiros quanto dos técnicos de enfermagem, estão concentrados nas relações dos profissionais da enfermagem com os médicos (enfermeiros: 58,33%; técnicos de enfermagem: 48,97%) e, de forma mais acentuada ainda, na relação dos profissionais da enfermagem entre si (enfermeiros: 66,66%; técnicos de enfermagem: 81,63%). O momento da passagem de plantão também foi apontado como um espaço de recorrentes conflitos morais (enfermeiros: 33,33%; técnicos de enfermagem: 30,61%).

Com o objetivo de identificar outros espaços de conflitos éticos no âmbito de atuação dos profissionais da enfermagem, os respondentes foram desafiados a descrever brevemente até duas situações de conflitos morais. Fazendo-se um agrupamento dos problemas levantados de forma espontânea pelos respondentes, os conflitos morais apresentados dizem respeito à:

- intriga no ambiente de trabalho;
- falta de respeito entre os integrantes da equipe de enfermagem;
- falta de sigilo profissional;
- desunião da equipe;
- submissão dos enfermeiros aos médicos;
- falta de humanização da profissão;
- falta de respeito dos médicos com a enfermagem.

QUADRO 1 – Espaços mais comuns de conflitos morais

ESPAÇO NO QUAL SURGE O CONFLITO MORAL	RESPONDENTES ENFERMEIROS	RESPONDENTES TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
Na relação do profissional da enfermagem com o paciente/cliente	0%	15%
Na relação do profissional da enfermagem com a chefia de enfermagem	0%	10%
Na relação do profissional da enfermagem com o médico	7%	24%
Na relação dos médicos com os pacientes/clientes	4%	8%
Na relação dos profissionais da enfermagem com a Administração do hospital ou Secretaria de Saúde	4%	5%
Na relação dos profissionais de enfermagem entre si	8%	40%
No momento da passagem de plantão	4%	15%

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Com base nos dados apresentados no quadro anterior e nos coletados em relação a essa questão aberta, pode-se dizer que os espaços nos quais ocorrem o maior número de conflitos morais estão concentrados nas relações dos profissionais de enfermagem entre si e na relação dos profissionais com os médicos. A falta de união dos profissionais da mesma área também foi bastante apontada como elemento gerador de conflitos morais. Uma equipe de trabalho desunida, na qual cada profissional só pensa em si e não no grupo, está mais propensa a gerar problemas e conflitos éticos. Da mesma forma, se a classe dos profissionais da enfermagem não é unida, a submissão aos médicos e a impotência para resolver essa situação de não valorização dos profissionais enfermeiros por parte daqueles profissionais também continuará acontecendo. As relações no ambiente de trabalho entre médicos e profissionais da enfermagem têm de acontecer guiadas pelo princípio da colaboração, e não pelo da submissão. Embora em muitas ocasiões os enfermeiros devam seguir as orientações e prescrições dos médicos, o que é próprio da natureza da profissão, ambos os profissionais deveriam desenvolver suas atividades de forma colaborativa visando única e exclusivamente ao bem dos pacientes/clientes. Essa parceria harmoniosa da equipe multidisciplinar é fundamental para a “saúde” da organização e excelência dos serviços prestados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no estudo realizado, observou-se que, dos profissionais pesquisados, grande parte deles teve a disciplina de ética nos cursos de graduação ou de técnico em enfermagem. Os profissionais têm um entendimento considerável em relação à ética, independentemente de serem técnicos ou graduados. Todos os participantes consideraram a disciplina de Ética, ao longo do curso realizado, como importante para a formação profissional relatando até mesmo que o estudo da disciplina facilitou

a solução dos problemas éticos no dia a dia do ambiente de trabalho.

Os participantes do estudo destacaram, na parte descritiva, a falta de respeito que ocorre na equipe, tanto por parte dos profissionais da enfermagem entre si como por parte dos médicos em relação aos profissionais da enfermagem. Outro tema bastante destacado foi a questão da falta de humanização com o paciente/cliente e na própria equipe de enfermagem, além de intrigas que surgem no dia a dia de trabalho, como as fofocas e falta de união da equipe.

Pelos dilemas éticos descritos por parte dos sujeitos pesquisados, constatou-se que a falta de união da equipe leva a muitos conflitos morais no ambiente de trabalho. Conforme relatos coletados, percebeu-se que, de maneira geral, isso acontece dada a competitividade na área da enfermagem. Sabe-se que existem muitos profissionais disponíveis no mercado de trabalho e, em razão do aumento desses profissionais, surge a competição por um cargo, razão pela qual o profissional, para garantir seu lugar, muitas vezes esquece a ética e a prática de seus princípios. Percebeu-se que o profissional, quando está atuando na sua área, apresenta dificuldades para trabalhar em equipe por causa da competitividade do mercado de trabalho e, possivelmente, do estresse do dia a dia.

Em relação ao problema central da pesquisa concluiu-se que não há diferença significativa entre enfermeiros e técnicos de enfermagem no que diz respeito ao entendimento teórico sobre ética. Embora os profissionais de graduação tenham maior carga horária de formação, possibilitando maior aprofundamento no que diz respeito às questões éticas e humanísticas, essa carência de carga horária por parte dos cursos técnicos para maiores estudos sobre questões éticas parece ser compensada pelo estudo do Código de Ética Profissional, que é visto como o grande parâmetro para orientar o agir moral dos profissionais, tanto graduados

quanto técnicos, da enfermagem. Constatou-se que, na graduação em enfermagem, a disciplina de Ética é ministrada, de maneira geral, por um profissional da área de filosofia, enquanto no curso técnico tal disciplina é, em geral, ministrada por um enfermeiro e, conseqüentemente, com um enfoque mais direcionado para a deontologia.

Dessa forma, provavelmente, o enfermeiro está mais preparado para resolver problemas éticos que ultrapassem o âmbito profissional, enquanto o técnico em enfermagem tem domínio sobre questões éticas mais direcionadas ao âmbito profissional. Essa é também uma das características específicas dos cursos de graduação, pois, enquanto os cursos técnicos estão mais voltados para uma aprendizagem da técnica para atender mais rapidamente às demandas do mercado de trabalho, os cursos de graduação, com carga horária bem maior, formam profissionais que, além do domínio da técnica, desenvolvem mais amplamente um pensamento crítico e se iniciam no processo de produção do conhecimento científico.

Enquanto a especificidade do curso técnico consiste em formar profissionais com conhecimentos técnicos para se inserir rapidamente no mercado de trabalho, um curso de graduação, pela sua natureza e especificidade, tem mais condições de proporcionar um estudo mais aprofundado e mais holístico, não se ocupando apenas com os aspectos estritamente profissionais, mas também com questões de ética, cidadania, trabalho em equipe, humanização e produção do conhecimento. Pela pesquisa realizada, em relação às questões de ética, não se percebeu significativa diferença entre os profissionais com formação apenas de nível técnico e profissionais com curso de graduação em enfermagem. Contudo, como o foco da pesquisa relacionou-se aos aspectos éticos ligados ao exercício da profissão, possivelmente um resultado diferente poderia se obter sobre questões éticas que transcendem o âmbito profissional e que exijam um posicionamento crítico e científico em relação aos conceitos, princípios e dilemas éticos. A confirmação dessa hipótese, porém, exige outra pesquisa, pois ultrapassa os objetivos propostos neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. [Citado 2009 set. 4]. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71414114>>. pdf.
2. Egg RFR. História da ética. [Citado 2010 out. 24]. Disponível em: <<http://www2.videolivrraria.com.br/pdfs/11675.pdf>>.
3. Geovanini T, Moreira A, Scoeller SD, Machado WCA. História da enfermagem: versões e interpretações. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. 338 p.
4. Juramento de Hipócrates. [Citado 2010 out. 25]. Disponível em: <<http://www.imaginologia.com.br/dow/direitos-deveres/Juramento-de-Hipocrates.pdf>>.
5. Fontinele Junior K. Ética e bioética em enfermagem. 2ª ed. Goiânia: AB; 2002. 155 p.
6. Beltrame I, Leite RS, Nunes CV. Humanização hospitalar: análise da literatura sobre a Atuação da Enfermagem. [Citado 2010 out. 6]. Disponível em: <www.sobragen.org.br/publi/publi5>.
7. Brasil. Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86. Rio de Janeiro; 1986. [Citado 2010 set. 4]. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>.
8. Conselho Federal de Enfermagem. [Citado 2010 out. 4]. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br>.
9. Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. [Citado 2010 out. 18]. Disponível em: <www.corenpr.org.br>.
10. Brasil. Resolução Cofen nº 311/2007. Rio de Janeiro; 2007. [Citado 2010 out 10]. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>.
11. Brasil. Diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico área da saúde, 1999. [Citado 2010 set. 10]. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/admin/documentos/diretrizes_curriculares>.
12. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cad Pagu. 2005; (24):105-25.
13. Oliveira GN, Fuzaro MA. Valoração do profissional e pessoal do enfermeiro e o processo de mensuração econômica do intangível, algo além da base salarial. [Citado 2010 out. 19]. Disponível em: <<http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/conquer/article/viewFile/78/54>>.
14. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p.37. [Citado 2010 set. 30]. Disponível em: <<http://www.ufv.br/seg/diretrizes/efg.pdf>>.

Data de submissão: 28/1/2011

Data de aprovação: 25/6/2012

AÇÕES DE PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NO SETOR SUPLEMENTAR DE SAÚDE

ACTIONS OF RISK/DISEASE PREVENTION BY PRIVATE HEALTH INSURANCE COMPANIES

ACCIONES DE PREVENCIÓN DE RIESGO Y ENFERMEDADES EN EL SECTOR DE SALUD SUPLEMENTARIA

Adriano Marçal Pimenta¹
Carlos Henrique Campos Castanheira²
Francisco Carlos Félix Lana³
Deborah Carvalho Malta⁴

RESUMO

O objetivo com esta pesquisa foi descrever o perfil dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos por 29 operadoras de planos privados de saúde de Belo Horizonte-MG. Trata-se de um estudo transversal, descritivo-exploratório, no qual foram utilizados dados repassados ao grupo de pesquisa pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que, em maio de 2008, enviou um requerimento de informações solicitando às operadoras que respondessem a um questionário sobre o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. O perfil desses programas foi caracterizado por meio da apresentação de tabelas de distribuição de frequências absolutas e/ou relativas das variáveis de interesse. As ações de prevenção de riscos e doenças foram realizadas por 41,4% das operadoras. As doenças/situações de saúde mais enfatizadas para o adulto e o idoso foram diabetes *mellitus*, hipertensão, sobrepeso/obesidade e alimentação saudável. Com a implantação dos programas, houve redução do número de exames, consultas, atendimentos de urgência/emergência e custos assistenciais. Os resultados alcançados podem ser considerados positivos até o momento. Entretanto, fazem-se necessárias a ampliação do número de operadoras oferecendo os programas, a integração das ações desenvolvidas e a ênfase na promoção da saúde.

Palavras-chave: Prevenção e Controle; Fatores de Risco; Doença Crônica; Saúde Suplementar.

ABSTRACT

The present research aims to describe the profile of health promotion and risks/diseases prevention programs developed by 29 private healthcare providers in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. This is a cross-sectional, descriptive exploratory study that used data provided by the National Health Insurance Agency. In May 2008, private health insurance providers were sent a request for information on their health promotion and risks/diseases prevention programs. The programs profiles were characterized by distribution tables of absolute frequencies and / or by variables of interest. The risks/diseases prevention actions were performed by 41.4% of the providers. The diseases/health conditions more emphasized in adult and elderly clients were diabetes *mellitus*, hypertension, overweight/obesity, and healthy eating. Implementation of the programs decreased the number of examinations, consultations, emergency attendances, and healthcare costs. Up until now results can be considered positive. However the increase in the number of private health care providers offering such programs is needed as well as the integration of health actions plans, and the emphasis on health promotion.

Keywords: Prevention and Control; Risk Factors; Chronic Disease; Private Health Insurance.

RESUMEN

La presente investigación busca describir el perfil de los programas de prevención de riesgo y enfermedades desarrollados por 29 operadoras de planes privados de salud de la ciudad de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. Se trata de un estudio transversal, descriptivo exploratorio que utilizó datos enviados por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria que, en mayo de 2008, solicitó a las operadoras que contestasen un cuestionario referente al desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de riesgo y enfermedades. El perfil de dichos programas se caracterizó por la presentación de tablas de distribución de frecuencias absolutas y/o relativas de las variables de interés. Un 41,4% de las operadoras llevó a cabo acciones de prevención de riesgo y enfermedades. Las enfermedades/situaciones de salud más destacadas para el adulto y para las personas mayores fueron diabetes *mellitus*, hipertensión, sobrepeso/obesidad y alimentación saludable. Con la implantación de los programas hubo reducción de los números de exámenes, consultas, atención de urgencia/emergencia y costos asistenciales. Por ahora, los resultados logrados pueden ser considerados positivos. Sin embargo, es necesario ampliar el número de operadoras que ofrecen programas, integrar las acciones desarrolladas y realzar la promoción de la salud.

Palabras clave: Prevención y Control; Factores de Riesgo; Enfermedad Crónica; Salud Suplementaria.

¹ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor adjunto I do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

² Enfermeiro. Especialista em Enfermagem de Urgência, Emergência e Atendimento Pré-Hospitalar. Mestrando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Professor assistente do Centro Universitário UMA.

³ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor assistente II do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG.

⁴ Médica. Doutora em Saúde Coletiva. Professora adjunta I do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG. Coordenadora da Área de Doenças e Agravos não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Endereço para correspondência – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem da UFMG. Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais. CEP: 30130-100. 4º andar, sala 422. Tel.: +55 31 3409-9180. Fax: +55 31 3409-9860. E-mail: adrianomp@ufmg.br

INTRODUÇÃO

As doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) compõem um grupo de afecções que se caracterizam por apresentar, de forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito. Dentre elas se destacam as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, a obesidade, as dislipidemias, as doenças respiratórias e o diabetes.^{1,2}

Em decorrência do processo de transição epidemiológica, atualmente, as DANTs são as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo.¹ No Brasil, mais de 50% dos óbitos e das internações hospitalares decorrem desse grupo de enfermidades.^{3,4}

As DANTs geram, ainda, elevado ônus social e econômico ao sistema de saúde público brasileiro, visto que dos 7 bilhões de reais gastos para custear as hospitalizações realizadas pelo Sistema Único de Saúde em 2006, aproximadamente, 3 bilhões foram consumidos no pagamento das internações por essas causas.⁵ Ademais, a maioria dos auxílios-doença e aposentadorias precoces por invalidez concedidos pelo Ministério da Previdência e Assistência Social é decorrente desse grupo de enfermidades, especialmente, para um público jovem e de meia idade, entre 20 e 60 anos.⁶

Estima-se que o controle dos mais importantes fatores de risco das DANTs poderia evitar pelo menos 80% dos casos de adoecimento e morte por essas causas.¹ Nesse contexto, esforços para a modificação desse cenário têm sido empreendidos há vários anos pelo setor público de saúde e, mais recentemente, também, pela saúde suplementar.⁷

A saúde suplementar foi regulamentada, no Brasil, por meio das leis nº 9.656/1998⁸ e nº 9.961/2000⁹. Esta última criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pela regulação do setor.

As três ênfases principais na atuação da ANS no processo regulatório da saúde suplementar são: 1) regulação financeira das operadoras ou a capacidade de manter a prestação da assistência à saúde aos seus beneficiários; 2) fiscalização sob a perspectiva dos direitos dos consumidores; 3) regulação dos produtos ofertados quanto às coberturas e preços.¹⁰

Recentemente, outra linha de atuação no processo regulatório que tem sido priorizada é a preocupação com a assistência ofertada ou a regulação assistencial. Nesse sentido, um conjunto de ações foi realizado, visando induzir nova práxis, preocupada com o resultado assistencial e com a qualidade do cuidado instituído,¹¹ com destaque para o Programa Nacional de Qualificação, implantado em 2004, que tem buscado induzir o mercado na adoção de práticas de qualificação da assistência e monitoramento de indicadores de qualidade,¹² e para a publicação, em março de 2005, da Resolução Normativa (RN) nº 94, estimulando as operadoras a implantar ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.⁷

Apesar de serem usadas algumas vezes como sinônimas, a prevenção de doenças e a promoção da saúde são conceitos muito distintos. O primeiro diz respeito a intervenções sobre fatores de risco a fim de evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Já o segundo refere-se a medidas mais amplas e não direcionadas a determinada doença ou agravo, mas que almejam aumentar a saúde e o bem-estar gerais.¹³

Como resultado das iniciativas da ANS, 420 programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças foram criados pelas operadoras de planos de saúde. Entretanto, a maioria deles tinha baixa abrangência e cobertura, baixa consistência técnica, ausência de monitoramento e avaliação das ações implementadas, ausência de medidas que garantissem a sustentabilidade das ações e pouca ênfase na promoção da saúde.⁷ Em decorrência da baixa qualidade dos programas e na tentativa de aprimorá-los, a ANS realizou seminários nacionais de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar entre 2005 e 2007, além de publicar um manual técnico sobre o assunto.⁷

Assim, a fim de avaliar novamente os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos no setor de saúde suplementar, a ANS enviou, em maio de 2008, um requerimento de informações solicitando às operadoras que respondessem a um questionário sobre o desenvolvimento desses programas.⁷

Portanto, o objetivo com este estudo foi descrever o perfil dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos no setor de saúde suplementar em Belo Horizonte.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, descritivo e exploratório, cuja fonte de dados constituiu-se de questionários enviados pelas operadoras de planos de saúde de Belo Horizonte à ANS, como resposta ao requerimento de informação de maio de 2008, relatando o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Segundo os cadastros da ANS, existem 65 operadoras de planos privados de saúde com sede na cidade de Belo Horizonte, sendo 12 exclusivamente odontológicas. Para a análise dos dados deste estudo, foram excluídas as operadoras exclusivamente odontológicas e apenas 29 das restantes responderam ao questionário da ANS.

Com base em planilhas eletrônicas repassadas pela ANS ao nosso grupo de pesquisa, foi criado um banco de dados no formato SPSS (versão 15.0). O questionário continha 6 blocos de questões, entretanto, para este estudo, foram trabalhados os seguintes: Bloco 1: Informações gerais; Bloco 3: Programas de Promoção e Prevenção; Bloco 6: Área de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso.

O perfil dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças desenvolvidos pelas

operadoras de plano de saúde de Belo Horizonte foi caracterizado por meio da apresentação de tabelas de distribuição de frequências absolutas e/ou relativas das variáveis de interesse.

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado "A regulação em saúde produzida pela ANS e sua repercussão no mercado de saúde suplementar e visão dos usuários", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Protocolo nº 013/07), estando, portanto, em consonância com a Declaração de Helsinki e a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.¹⁴

RESULTADOS

Em Belo Horizonte, 29 operadoras de planos privados de saúde responderam ao questionário sobre o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Desse total, apenas 41,4% disseram que ofereciam aos seus beneficiários esse serviço (TAB. 1).

Com relação ao mapeamento periódico do perfil de morbimortalidade dos beneficiários de planos de saúde de Belo Horizonte, observa-se que a maioria das operadoras utilizou como fonte de dados seus cadastros de frequência de realização e/ou solicitação de consultas, exames e internações. Destacaram-se, também, o cálculo de estimativas baseado em prevalências populacionais e no inquérito telefônico. No que diz respeito à assistência domiciliar, a frequência de prestação desse serviço pelas prestadoras de planos de saúde foi inferior a 30%, tanto na modalidade de grupos específicos quanto para todos os beneficiários (TAB. 1).

No que se refere às áreas de atenção à saúde contempladas pelos programas, as mais privilegiadas foram a saúde do adulto e do idoso e a saúde da mulher. A maioria das operadoras de planos privados de saúde contava com equipe própria para a realização dos programas (91,7%), que eram oferecidos de maneira quase igualitária nas modalidades coletiva e individual/coletiva (TAB. 2).

TABELA 2 – Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: áreas de atenção à saúde, equipe responsável e modalidades dos planos de saúde – Belo Horizonte, 2008.

Variáveis	n	%
<i>Áreas de atenção à saúde</i>		
Criança	6	50,0
Adolescente	7	58,3
Adulto e idoso	9	75,0
Mulher	9	75,0
Mental	2	16,7
Bucal	4	33,3
<i>Equipe responsável</i>		
Própria operadora	11	91,7
Terceiros	7	58,3
<i>Modalidade dos planos</i>		
Planos individuais	1	8,3
Planos coletivos	6	50,0
Planos individuais e coletivos	5	41,7

Nota: O total ultrapassou 100%, pois era possível selecionar mais de uma opção de resposta por pergunta.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

TABELA 1 – Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: oferta, mapeamento periódico do perfil de morbimortalidade e inclusão em serviço de assistência domiciliar – Belo Horizonte, 2008.

Variáveis	n	%
Oferta dos programas	12	41,4
Mapeamento periódico do perfil de morbimortalidade	12	41,4
Questionário sobre perfil de saúde	4	13,8
Cálculo de estimativas a partir de prevalências populacionais	7	24,1
Inquérito telefônico	6	20,7
Inquérito domiciliar	3	10,3
Frequência de realização de consultas	9	31,0
Frequência de realização e/ou solicitação de exames	10	34,5
Frequência de realização e/ou solicitação de internações	11	37,9
Prontuário eletrônico	3	10,3
Assistência domiciliar		
Todos os beneficiários	8	27,6
Grupos específicos de beneficiários	7	24,1

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

As estratégias de sensibilização mais utilizadas pelas operadoras de planos de saúde para a realização de programas foram a distribuição de materiais de divulgação, a capacitação (protocolos) e a apresentação de seminários. Já para melhorar a adesão dos beneficiários aos programas, o envio de materiais de divulgação e as ligações telefônicas foram as estratégias mais frequentemente empregadas. Entretanto, a isenção de coparticipação (situação na qual a operadora

financia parte do tratamento e o beneficiário arca com o restante da despesa) foi uma ferramenta pouco utilizada. As formas encontradas pelas operadoras para inserir beneficiários nos programas são muito heterogêneas, porém, destaca-se a pouca frequência de encaminhamento médico (TAB. 3).

Com relação à satisfação dos beneficiários com os programas ofertados pelas operadoras, a maioria se manifestou de maneira positiva (91,7%).

TABELA 3 – Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: estratégias para sensibilização das prestadoras de saúde, adesão e captação dos beneficiários – Belo Horizonte, 2008.

Variáveis	n	%
<i>Estratégias de sensibilização das prestadoras</i>		
Seminários	7	58,3
Capacitação (protocolos)	6	50,0
Materiais de divulgação	10	83,3
Pagamento por desempenho	1	8,3
Nenhuma	1	8,3
<i>Estratégias de adesão dos beneficiários</i>		
Envio materiais de divulgação	12	100,0
Ligações telefônicas	10	83,3
Isenção de co-participação para realização de procedimentos preventivos	4	33,3
Encontros e atividades lúdicas	8	66,7
Propagandas	6	50,0
Acompanhamento por profissional de saúde gerenciador	8	66,7
Busca ativa de faltosos	8	66,7
Agendamento prioritário	7	58,3
<i>Estratégias de captação dos beneficiários*</i>		
Telefone	7	77,7
Demanda espontânea	7	77,8
Faixa etária	9	100,0
Presença fatores de risco	6	66,7
Prontuários	9	100,0
Guia de cobrança dos procedimentos	5	55,6
Encaminhamento médico	4	44,4
Frequência de utilização	7	77,8
Exames periódicos	7	77,8
Internações	4	44,4
Encaminhamento pelos prestadores	7	77,8
Sala de espera	5	55,6
Outros	1	11,1

Nota: O total ultrapassou 100%, pois era possível selecionar mais de uma opção de resposta por pergunta. *Para essa variável, três operadoras deixaram de responder a essa questão, por isso o percentual de 100,0% passou a ser referido ao n = 9.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

As principais doenças, os principais problemas ou as principais situações relacionadas à saúde do adulto e do idoso abordados pelos programas das operadoras de planos de saúde foram diabetes *mellitus*, alimentação saudável, sobrepeso/obesidade e hipertensão (TAB. 4).

No que se refere às atividades individuais realizadas nos programas, a maioria foi relativa ao atendimento de saúde pelos profissionais médicos, nutricionistas e

enfermeiros. Por conseguinte, as principais atividades coletivas desenvolvidas nos programas foram, também, orientações com esses profissionais (TAB. 5).

Como principais resultados obtidos após a implementação dos programas, destacaram-se: a redução do número de consultas (44,4%), exames complementares (55,6%), atendimentos de urgência e emergência (44,4%) e a diminuição dos custos assistenciais (55,6%).

TABELA 4 – Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: saúde do adulto e do idoso – Belo Horizonte, 2008.

Variáveis	n	%
<i>Programas de saúde do adulto e do idoso</i>		
Alcoolismo	3	33,3
Alimentação saudável	8	88,9
Cânceres	6	66,7
Diabetes mellitus	9	100,0
Dislipidemia	6	66,7
Doenças sexualmente transmissíveis	2	22,2
Doenças cardiovasculares	6	66,7
Doenças ocupacionais	3	33,3
Gestão de crônicos	6	66,7
Hipertensão	7	77,8
Imunização	4	44,4
Inatividade física	5	55,6
Insuficiência cardíaca	6	66,7
Insuficiência respiratória/Reabilitação pulmonar	5	55,6
Osteoporose	2	22,2
Saúde bucal	2	22,2
Sobrepeso / Obesidade	7	77,8
Tabagismo	4	44,4
Terceira Idade	6	66,7

Nota: O total ultrapassou 100%, pois era possível selecionar mais de uma opção de resposta por pergunta. Para essa variável, três operadoras deixaram de responder a essas questões, por isso o percentual de 100,0% passou a ser referido ao n = 9.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

TABELA 5 – Programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar: atividades individuais e coletivas – Belo Horizonte, 2008.

Variáveis	n	%
<i>Atividades individuais</i>		
Atendimento com médico	9	100,0
Atendimento com enfermeiro	7	77,8
Atendimento com nutricionista	8	88,9
Atendimento com profissional de educação física	2	22,2
Atendimento com assistente social	6	66,7
Atendimento com fisioterapeuta	6	66,7
Atendimento com fonoaudiólogo	6	66,7
Atendimento com psicólogo	7	77,8
Atendimento odontológico	2	22,2
Atendimento com terapeuta ocupacional	5	55,6
Exames para rastreamento e/ou acompanhamento	6	66,7
Assistência farmacêutica	4	44,4
<i>Atividades coletivas</i>		
Palestras	8	88,9
Atividade física	4	44,4
Atividade lúdica	5	55,6
Atividade preventiva em odontologia	2	22,2
Orientação com médico	7	77,8
Orientação com enfermeiro	7	77,8
Orientação com nutricionista	7	77,8
Orientação com profissional de educação física	3	33,3
Orientação com assistente social	4	44,4
Orientação com fisioterapeuta	4	44,4
Orientação com fonoaudiólogo	2	22,2
Orientação com psicólogo	4	44,4
Orientação com cirurgião dentista	2	22,2
Orientação com terapeuta ocupacional	2	22,2

Nota: O total ultrapassou 100%, pois era possível selecionar mais de uma opção de resposta por pergunta. Para esse grupo de variáveis, três operadoras deixaram de responder a essas questões, por isso o percentual de 100,0% passou a ser referido ao n = 9.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Neste estudo, buscou-se descrever o perfil dos programas de prevenção de riscos e doenças desenvolvidos no setor de saúde suplementar em Belo Horizonte. Das 29 operadoras que responderam ao requerimento de informações da ANS, 41,4% referiram oferecer aos seus beneficiários serviços de promoção e prevenção. Mesmo com todas as evidências acumuladas sobre o benefício de tais práticas^{1,15} e com a indução ofertada pela ANS, inclusive com os estímulos de redução de necessidade de reservas,¹⁶ essa ação ainda não foi incorporada como um serviço essencial para a maioria das operadoras. Entretanto, aquelas com maior número de beneficiários aderiram à prática. Por outro lado, pelas características dos programas implementados, evidenciou-se que se tratava, na maioria das vezes, de estratégias de prevenção de riscos e doenças, com pouca ênfase em ações de promoção da saúde. Esse fato pode ser comprovado nos resultados sobre as principais doenças, problemas ou situações relacionadas à saúde do adulto e do idoso abordados pelos programas, dos quais apenas a alimentação saudável se destacou como uma estratégia de promoção da saúde, sendo que as demais abordavam a prevenção de doenças (diabetes *mellitus*, sobrepeso/obesidade e hipertensão).

Com relação ao mapeamento do perfil de morbimortalidade dos beneficiários, observou-se que 41,4% das operadoras o realizavam, porém, usando como estratégia principal a realização e/ou solicitação de consultas, exames e internações. Esses itens de despesas foram descritos no processo de regulação assistencial em estudos realizados em operadoras.^{10,17} Algumas operadoras realizam a avaliação dos gastos por paciente e por prestador monitorando os usuários de maior dispêndio: envia-os para programas específicos de prevenção de doenças ou disponibiliza cuidadores de idosos.^{10,18}

Foi baixa a frequência da assistência domiciliar (30%), modalidade que tem crescido na oferta das operadoras, motivada por melhores cuidados e pelo custo menor em comparação com a assistência hospitalar.^{10,18}

No que diz respeito ao oferecimento dos programas, observou-se a tendência de eles serem realizados pela própria operadora. Se antes apenas as operadoras de planos de saúde caracterizadas como "Medicina de Grupo" investiam em serviços próprios, recentemente, essa situação tem sido incorporada, também, pelas "Cooperativas Médicas". A justificativa para essa mudança se dá em razão de aprimorar o controle do acesso do usuário aos serviços, a qualidade e os preços praticados.^{10,18}

Quanto à disponibilidade de programas em maior proporção em planos coletivos e planos individuais/coletivos em relação àqueles estritamente individuais, esse resultado está em consonância com achados de pesquisas anteriores, pois a oferta era maior em planos coletivos, ficando os serviços disponibilizados pelos planos individuais mais restritos às consultas, exames e internações.^{10,18}

Com relação às estratégias de sensibilização das operadoras de planos de saúde para a realização dos programas, podemos considerar que são pouco efetivas, sendo baseadas na distribuição de materiais de divulgação, não mobilizando os prestadores, especialmente os médicos. A ação que resultaria em maior efetividade, o pagamento por desempenho foi adotado por apenas uma operadora. Procedimentos semelhantes foram descritos em pesquisa realizada em 2004, na qual essa mesma operadora já apresentava estratégia de pagamento diferenciado por resultados alcançados em cuidados adotados em idosos e crianças.¹⁸

Da mesma forma, as estratégias utilizadas para melhorar a adesão dos beneficiários também é insuficiente, como o envio de materiais de divulgação e ligações telefônicas. A isenção de coparticipação, que seria uma ferramenta bastante motivadora, foi pouco utilizada.

As formas encontradas pelas operadoras para buscar participantes foram interessantes, destacando-se a identificação de pacientes de maior risco, seja por faixa etária, seja por utilização, busca em prontuários e acúmulo de fatores de risco. Todas são estratégias de busca corretas e já descritas em estudos prévios.¹⁹ Chama a atenção a baixa frequência de encaminhamento médico, talvez por não acreditarem nas evidências da promoção e prevenção. Esse aspecto é muito negativo pelo fato de o médico ser o maior indutor de procedimentos. Caso ele não indique os programas de promoção e prevenção, estes terão baixa implementação, devendo as operadoras desencadear ação no sentido de reversão dessa tendência. O fato de não serem ainda consideradas práticas de responsabilidade do prestador médico, e sim das operadoras em serviços específicos, tem sido um grande motivo de os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças não terem ganhado grande centralidade no setor suplementar.¹⁹ Ademais, as operadoras de planos privados de saúde, em geral, têm um controle muito acirrado dos exames e procedimentos solicitados pelos médicos e, portanto, a proposta de investimento em programas de prevenção de riscos e doenças requer mudanças estruturais e culturais.

Os programas disponibilizados eram centrados, ainda, nas doenças apresentadas pela população adulta e idosa entre os beneficiários, tais como a hipertensão, o diabetes *mellitus* e a obesidade. Foram, ainda, lembradas inúmeras outras opções de grupos de doenças (DPOC, câncer, cardiovasculares, gestão de crônicos), o que caracteriza muito mais programas de prevenção do que de promoção da saúde. Outros programas foram oferecidos em menor frequência, destacando-se a alimentação saudável e a atividade física.

As atividades realizadas nos programas caracterizaram-se por atendimentos individuais e orientações coletivas, realizados pelos profissionais (médicos, nutricionistas e enfermeiros), o que corrobora a tese de que a ênfase maior é na prevenção e orientação para pacientes com fatores de risco e enfermidades específicas. Ademais,

pelas características do questionário aplicado em resposta ao requerimento de informação da ANS, não é possível fazer um aprofundamento sobre em que consiste e caracteriza o atendimento individual e a orientação coletiva dos profissionais de saúde. Entende-se que essa última atividade diz respeito aos grupos de educação em saúde com pacientes portadores de doenças e agravos específicos à saúde.

Os principais resultados obtidos após a implementação dos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças relatados pelas operadoras foram a redução do número de consultas, exames complementares, atendimentos de urgência e emergência, além da diminuição dos custos assistenciais. Estudos mostram que investir na promoção da saúde e na prevenção de riscos e doenças é custo efetivo.¹

Em relação aos limites da pesquisa, seus achados devem ser avaliados com cautela no que diz respeito à validade externa, visto que as operadoras que atuam em Belo Horizonte com sede em outro município não foram incluídas no estudo. As informações constam de uma base secundária, não sendo analisadas informações mais precisas – por exemplo, a descrição sobre os resultados alcançados deverá ser relativizada, devendo essa conclusão ser objeto de outra metodologia de investigação.

Esse tipo de estudo é importante para a compreensão dos novos mecanismos regulatórios e de indução que têm sido adotados pela ANS e para mostrar que eles estão ganhando capilaridade. Observa-se que as práticas de prevenção de riscos e doenças têm se difundido, pois 41,4% já eram realizadas, mas ainda não se alcançou o universo das operadoras e prestadores em Belo Horizonte, fato que pode ser explicado dada

a persistência do modelo assistencial baseado em procedimentos. Entretanto, estudos têm mostrado que em algumas operadoras esse cenário tem sido diverso, com a implantação de práticas inovadoras, gestão de risco, práticas de captação, acompanhamento e monitoramento de usuários, com êxito nas respostas, programas de promoção e prevenção bem estruturados e implantados, tanto no Brasil quanto em outros países.¹⁵ Essas medidas já inovaram e mudaram a forma de operar e a prática discursiva das operadoras,¹⁶ especialmente em razão das inúmeras evidências dos benefícios da promoção da saúde na redução das DCNT.¹

CONCLUSÃO

Em virtude do pouco tempo de implantação de medidas de incentivo ao desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos privados de saúde, os resultados alcançados em Belo Horizonte podem ser considerados positivos até o momento. Entretanto, é fundamental a ampliação do número de operadoras oferecendo os programas, a integração das ações desenvolvidas, a melhoria no registro de participação dos beneficiários e o aumento da ênfase na promoção da saúde, e não simplesmente na prevenção das doenças.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos parceiros que viabilizaram a realização deste estudo: à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pelo fornecimento dos dados, e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo suporte financeiro.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005.
2. Xavier FA, Barboza LF, Monteiro AMP, Santos LC, Oliveira DR. Fatores de risco cardiovascular entre docentes de uma universidade pública de Minas Gerais. *REME Rev Min Enferm.* 2010; 14(4): 465-72.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde.* Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações epidemiológicas e de morbidade. [Citado 2009 nov. 24]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Distribuição do gasto com internação hospitalar no SUS por grupos de causa, na UF, Região a que pertence a UF e no Brasil. 2009. [Citado 2009 nov. 24]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>.
6. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussões das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007; 12 (6): 1661-72.
7. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar.* Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2008.
8. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Regulamenta a Saúde Suplementar no Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União;* 4 jun. 1998. Seção 1.
9. Brasil. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União;* 8 jan. 2000. Seção 1.
10. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saude Coletiva.* 2004; 9(2): 433-44.
11. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface (Botucatu).* 2006; 10 (19): 25-41.
12. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informações.* Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2009. [Citado 2009 mar. 25]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/>>.

- 13.** Czeresnia D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(4): 701-9.
- 14.** Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- 15.** Malta DC, Jorge AO. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(5): 1535-42.
- 16.** Santos FP, Malta DC, Merhy EE. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(5): 1463-75.
- 17.** Ribeiro JM, Lobato LVC, Vaitsman J, *et al.* Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(5): 1477-87.
- 18.** Malta DC, Jorge AO. O mercado de saúde suplementar e análise dos dados das operadoras selecionadas. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2005.
- 19.** Cecílio LC, Aciole GG, Menezes CS, Iriart C. A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2005.

Data de submissão: 17/6/2011

Data de aprovação: 1º/8/2012

CULTURA MASCULINA E RELIGIOSIDADE NA PREVENÇÃO DAS DST/HIV/AIDS EM ADOLESCENTES

MALE CULTURE AND RELIGIOSITY IN THE PREVENTION OF STI/HIV/AIDS IN ADOLESCENTS

CULTURA MASCULINA Y RELIGIOSIDAD EN LA PREVENCIÓN DE ETS/VIH/ SIDA EN ADOLESCENTES

Adriana Gomes Nogueira Ferreira¹
Kelanne Lima da Silva²
Pedro Ricardo Mesquita de Sousa³
Fabiane do Amaral Gubert⁴
Neiva Francenely Cunha Vieira⁵
Patrícia Neyva da Costa Pinheiro⁶

RESUMO

Com o objetivo de construir conhecimento sobre a prevenção das DSTs/HIV/aids baseada em aspectos culturais e religiosos, utilizando a metodologia de Paulo Freire, foram promovidos Círculos de Cultura com adolescentes masculinos do 7º ao 9º ano de escola pública de Fortaleza-CE. Percebeu-se que a utilização do método possibilitou a inserção e o conhecimento no universo dos adolescentes, favorecendo, assim, a (re)construção do conhecimento acerca das DSTs/HIV/aids; reflexão e problematização das vivências com a adoção de posturas livres para a realização de escolhas, assumindo responsabilidade por suas atitudes. Conforme evidenciado nas falas, a cultura machista é forte, e para a religiosidade existe timidez. É preciso reconstruir esses valores. O método freiriano possibilita a reconstrução do conhecimento com liberdade, ética, descontração e amor pela educação em saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Adolescente; Prevenção; DSTs e aids.

ABSTRACT

Cultural Circles with the participation of elementary school male adolescents (years 7 and 9) aimed to build knowledge on STI/HIV/AIDS prevention considering cultural and religious aspects and using Paulo Freire's methodology. The Circles took place in public schools of Fortaleza-CE. The methodology favoured the (re)construction of the participants' knowledge on STI/AIDS, the reflection on and the problematization of experiences through the adoption of a free but responsible attitude. The study evidenced a strong male chauvinist culture as well as shyness regarding religiosity. It is necessary to reconstruct such values. Freire's method enables that reconstruction with freedom, ethics, casualness, commitment, and love for emancipatory practices in health education.

Descriptors: Nursing; Adolescent; Culture; Prevention; STI/aids.

RESUMEN

Con el objetivo de construir conocimiento sobre la prevención de EST/HIV/SIDA se realizaron Círculos Culturales con adolescentes masculinos del 1º. al 3er. año de escuelas públicas de Fortaleza-CE. Se consideraron aspectos culturales y religiosos y se empleó la metodología de Paulo Freire. Este método favoreció la (re)construcción de conocimientos sobre las EST/SIDA, la reflexión y problemática de las experiencias a través de la adopción de posturas libres más responsables. El estudio reveló que hay fuerte cultura machista y timidez para la religiosidad. Es necesario reconstruir dichos valores. El método de Freire posibilita la reconstrucción del conocimiento con libertad, ética, informalidad y amor por la educación en salud.

Palabras clave: Enfermería; Adolescente; Prevención; EST/sida.

¹ Enfermeira. Especialista em Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde. Enfermagem Obstétrica e Educação Profissional na área de Saúde. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista Funcap.

² Aluna do curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará. Bolsista CNPq/Funcap/Pibic.

³ Aluno do curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará. Bolsista Pibic.

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Bolsista Funcap.

⁵ Enfermeira. PhD in Health Promotion. Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará. Endereço para correspondência – Rua Presidente Dutra, 2, 888, bairro Planalto CEP: 62.320-000, Tianguá-CE. E-mail: adrianagn2@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Na compreensão de Igreja como um grupo de cristãos unidos não somente pelas afinidades naturais, mas pelos sentimentos de amor e fé, manifestados em si mesmos como antecipação e sacramento da unidade que Deus estabeleceu com Cristo, podemos identificar nos participantes de uma igreja aspectos comportamentais semelhantes possíveis de influenciar as atitudes de Promoção da Saúde individual e coletiva.¹

Ao falarmos de igreja, optamos pelo conceito de religiosidade, ou seja, a adesão à crença e prática relativa a uma igreja ou instituição, já que esta pode interferir em comportamentos e respostas individuais. Por serem esses aspectos importantes para a saúde e como sua subjetividade permeia a temática, podemos identificar nesse espaço institucional os vários cenários de Promoção da Saúde.

Em pesquisa bibliográfica, autores destacaram o papel da religião na facilitação do acesso a redes de suporte e de integração social.² Essas participações fortalecem as redes comunitárias porquanto, na atual conjuntura, as políticas de solidariedade e o apoio mútuo, ou seja, de apoio social, representarão as únicas soluções para muitos dos "excluídos" e soluções alternativas para profissionais. Por apoio social entende-se toda informação falada, ou não, oferecida por grupos e/ou pessoas que se conhecem com ou sem auxílio de material, resultando em efeitos emocionais e/ou comportamentais positivos, os quais podem gerar efeitos positivos diretos sobre o corpo do indivíduo e também trazer uma contribuição geral para a sensação de coerência da vida e o controle desta.³

A Promoção da Saúde é o processo de capacitação e fortalecimento da comunidade. Envolve ações dirigidas à melhoria da qualidade de vida da população, permitindo a participação no controle desse processo.⁴ Nos últimos anos, é entendida como uma estratégia promissora para enfrentar múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Para tal, parte da concepção ampla de saúde-doença, seus determinantes para a articulação de saberes técnicos e populares, como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, com vista ao seu enfrentamento e resolução.⁵

A ideia de Promoção da Saúde envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde. Portanto, vai além de uma aplicação técnica e normativa e ultrapassa o conhecimento da doença e seu controle para a construção da capacidade de escolha, como a utilização de conhecimento com discernimento para atentar às singularidades dos acontecimentos.⁶

Uma das ferramentas imprescindíveis na efetivação da Promoção da Saúde é a educação em saúde, que pode ser conceituada como um processo formativo no qual os indivíduos assumem a responsabilidade na prevenção, no controle da doença, promovendo-lhes, assim, a saúde.⁷

No tocante ao HIV no Brasil, segundo mostram os dados atuais da infecção, os adolescentes representam parcela significativa da população infectada. Como revelam esses dados, o primeiro caso de aids em jovens brasileiros foi notificado em 1982, na proporção de H:M (64/1). Quanto à epidemiologia da doença relacionada ao gênero, a razão de sexo (H:M), no Brasil, vem diminuindo ao longo da série histórica: passou de 15 homens para cada mulher (15,1:1) em 1986 e de 15 homens para cada 10 mulheres (1,5:1) em 2005. É denominada feminização da doença. Contudo, na faixa etária de 13 a 19 anos, há uma inversão na razão de sexo a partir de 1998.⁸

Sobre a feminização da doença, é importante ressaltar a dominação masculina de acordo com a qual, geralmente, as mulheres são vistas como objeto, sempre em permanente estado de insegurança, dependência e submissão. Isso evidencia o papel da família na reprodução da dominação e da visão masculina, pois é nesta que se impõe a experiência precoce da divisão sexual do trabalho e da representação legítima dessa divisão.⁹

Atualmente, de forma mais enfática, também os adolescentes estão expostos às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Mas o fortalecimento da autonomia na decisão sobre seu estado de saúde pode determinar neles sólida ferramenta na prevenção tanto das DSTs como da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids). No entanto, imergir nesse mundo do adolescente requer não somente sensibilidade para com eles, mas conhecimento sobre seus comportamentos e atitudes. É preciso interpretar tais manifestações singulares de forma a transformar esses números representativos de doenças numa faixa etária comumente saudável. Ademais, como educadores, nós, profissionais de saúde, devemos saber identificar maneiras de facilitar a aproximação com o adolescente para a promoção da saúde destes e com estes. Um dos ambientes de maior convívio com essa população é a escola.

Refletir os aspectos relacionados à adoção de comportamentos seguros e de educação em saúde no espaço escolar é algo desafiador, em face da complexidade dessa faixa etária. Urge, então, buscar uma metodologia libertadora e, acima de tudo, emancipatória, a exemplo do método proposto por Paulo Freire.

Paulo Freire foi um educador além da sua época. Ele desafiou seu tempo com uma metodologia capaz de transformar os indivíduos em seres que participam ativamente de suas histórias mediante autonomia, liberdade, amor, diálogo, com vista à transformação do mundo mediante a busca de melhoria de vida. É, pois, a tentativa da conscientização, como compromisso histórico, dos homens em assumirem o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo, que criam sua existência com o material que a vida lhes oferece.¹⁰

Utilizado a princípio na educação de jovens e adultos, o método de Paulo Freire ultrapassou os limites da pedagogia para a dimensão da vivência no mundo e com o mundo, via construções realizadas nos Círculos de Cultura, espaço onde as pessoas se descobrem, com

o próprio trabalho, que amplia o diálogo, favorecendo uma leitura crítica e reflexiva da realidade social.

Mencionados círculos são coordenados por um animador a quem cabe, continuamente, animar um trabalho de orientação à equipe, cuja participação ativa em todos os momentos do diálogo é caracterizado como uma qualidade e como único método de estudo. Nesse círculo, são produzidos modos próprios e novos, solidários e coletivos de pensar. Paulo Freire parte do pressuposto de que o ser humano é histórico e está submerso em condições espaço-temporais, ou seja, quanto mais refletir de maneira crítica sobre sua existência, mais poderá influenciar-se e tornar-se mais livre.¹¹

Para a enfermagem, alguns conceitos de Paulo Freire são muito úteis, tais como: liberdade, humanização, conscientização, diálogo, cultura, reflexão crítica, ética, problematização. Todos esses conceitos são favoráveis ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde numa perspectiva transformadora do indivíduo.¹² Outros conceitos também estão muito presentes na obra do autor e se aproximam do Cuidar da Enfermagem, tais como amor pelo outro, paciência, dedicação, dentre outros.

As contribuições de Paulo Freire para a enfermagem têm importante significado, por possibilitarem a construção de uma educação reflexiva. Esta, ao incorporar características críticas e problematizadoras, tem como ponto principal alavancar o diálogo, favorecendo na profissão uma atitude ética, de amor, compromisso e, sobretudo, exercitando o princípio da autonomia, do educando/educador, ensinando/aprendendo, tornando a escolha de vida melhor e mais responsável.¹²

Para a enfermagem, desenvolver ações de educação em saúde, o profissional deve despir-se da sua pretensão de dono do poder e, então, compreender que não estar ali para ensinar, e sim para possibilitar condições para a construção do conhecimento, junto com o sujeito. Assim, ambos aprendem, pois não há docência sem discência, as duas se completam e seus sujeitos, apesar de suas diferenças, não se reduzem à condição de objeto um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.¹³

Neste estudo, procuramos discutir a cultura masculina em adolescentes mediante a aplicação de uma estratégia educativa orientada pelo método freiriano, com vista à adoção de comportamentos seguros e despertando nos adolescentes a reflexão sobre suas práticas e comportamentos. Nosso objetivo é obter conhecimento sobre a influência da religião e da cultura masculina em adolescentes masculinos sobre as DSTs/HIV/aids no ambiente escolar.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo do tipo qualitativo exploratório. O local de realização foi uma escola de ensino fundamental da rede pública municipal, situada na Secretaria Executiva da Regional III, de acordo com a divisão territorial do município de Fortaleza-CE, nas proximidades do *Campus*

do Porangabussu, vinculada ao projeto de extensão do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), cuja temática é "Aids: educação e prevenção".

Como atores envolvidos constaram 21 adolescentes do sexo masculino do 7º ao 9º ano do ensino fundamental do turno da tarde. A coleta foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2008, utilizando como instrumento e procedimento o diário de campo e o Círculo de Cultura. O diário de campo foi adotado para o registro dos encontros e, dessa forma, propiciou a descrição detalhada das observações no campo de pesquisa, envolvendo o ambiente e as reflexões do pesquisador, incluindo observações pessoais, sentimentos, impressões e descobertas durante a fase de coleta de dados. Quanto às informações, foram relacionadas à integração entre os participantes do grupo, a comunicação não verbal manifestada pelos participantes e a participação dos jovens no grupo.

De acordo com a literatura, o Círculo de Cultura voltado para a educação em saúde, permite que os adolescentes dialoguem suas atitudes e reflitam sobre seus comportamentos. Possibilita, assim, um aprendizado rápido, pela contextualização da sua realidade, com uma inter-relação que proporciona liberdade e crítica sobre o assunto abordado, resultando em um grupo mais participativo nos debates, diálogos e trabalhos.¹⁴

Ao longo do processo, as etapas aconteceram com o apoio de textos, revistas, fantoches, músicas e teatro. Proporcionou-se um ambiente de construção e reconstrução do conhecimento com os participantes, com duração de uma hora por semana, durante três encontros.

Inicialmente, a diretora da escola autorizou nossa investigação, a qual foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), em cumprimento à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde para a pesquisa com seres humanos.¹⁵ Tal resolução visa assegurar os direitos e deveres, inerentes à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Como exigido, utilizamos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado à direção da escola para enviá-los aos pais dos sujeitos solicitando a autorização para seus filhos participarem do estudo.

A descrição e a organização dos resultados constaram das informações coletadas, ordenadas mediante narração, discussão, segundo a sequência dos Círculos de Cultura realizados: foram transcritos o material registrado em MP4 e as filmagens, diários de campo, fotografias e feito um exame sistemático do *corpus* da pesquisa.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Consoante previsto, os resultados foram organizados de acordo com a ocorrência dos círculos, tendo em vista que a cada vivência buscávamos evidências sobre a cultura machista e a religiosidade dos adolescentes na adoção de comportamentos sexuais seguros. Cada

círculo foi planejado com três momentos – acolhimento, desenvolvimento e avaliação –, nos quais foram utilizadas técnicas grupais com vista ao maior envolvimento do grupo.

Quanto à elaboração desses círculos, aconteceu de acordo com o vivenciado no círculo anterior, já que a mudança de atitude proposta por Paulo Freire é proveniente do conhecimento, discussão e reflexão do próprio grupo com suas realidades, vivências e atitudes.

Ressaltamos, porém, o seguinte: a influência da religião e da cultura masculina não foi estimulada pelos animadores, porquanto o objetivo com este estudo é identificar se elas influenciam os adolescentes masculinos sobre as DSTs/HIV/aids no ambiente escolar, provocando reflexão sobre sua realidade no tocante à mudança de atitude, ou seja, a adoção de comportamentos sexuais saudáveis.

Como observamos, a vivência desses círculos possibilita um momento educativo, com a virtude de considerar em seu desenvolvimento a realidade vivida por todos, e o animador/pesquisador do estudo partilha com os atores a construção, a desconstrução e a (re)construção das questões a serem exploradas e discutidas.¹⁶ Essa proposta educativa facultou a todos os participantes uma instrumentalização fundamentada em Freire de acordo com o detalhamento a seguir:

1º Círculo de Cultura – Descoberta do universo individual e coletivo, seleção dos temas a trabalhar, criação de situações para problematização e técnicas grupais para problematizar com fundamentação teórica. Nesse momento aconteceu a identificação da realidade individual e coletiva relacionada à prevenção, HIV/DSTs/ e aids. Foi o momento de construção, ocorrido por meio de técnicas grupais e diálogos, o que despertou a curiosidade dos envolvidos no estudo. Exploramos as questões relacionadas ao cotidiano e à visão de mundo. O grupo foi encorajado a fazer perguntas, discutir sobre temas de interesse dele. Concomitante tivemos exemplos práticos de vivências cotidianas dos atores, demonstrados tanto pela comunicação verbal como pela não verbal, o que possibilitou, sobretudo, a aproximação dos pesquisadores ao universo vocabular individual e coletivo dos participantes. Em cada encontro, podíamos vivenciar novas descobertas sobre esses jovens.

Para a apresentação dos adolescentes, adotamos a técnica grupal com a utilização de gravuras. As gravuras disponibilizadas diziam respeito à família, aos jovens, aos esportes, à religião e à cultura. Essa técnica facilitou a participação de todos, e nas falas foi demonstrada timidez para assuntos relacionados à religião, conforme observado no depoimento de um dos participantes quando escolheu a gravura de Jesus crucificado: *Pensei que fosse um punhal.* (Gênesis)

Quando indagado novamente sobre a gravura, o mesmo adolescente respondeu apenas que se tratava de Jesus Cristo crucificado e, após a apresentação da maioria dos colegas, fez questão de se apresentar novamente dizendo: *É da religião católica... andei frequentando e gostei.* (Gênesis)

Outro respondeu ao se referir à gravura religiosa escolhida: *Jesus, porque ele se sacrificou, deu até sua última gota de sangue para que a gente tivesse aqui do jeito que nós tamos.* (Êxodo)

Ao desenvolver nosso estudo, considerar a religiosidade de cada adolescente é importante, porquanto poderá influenciar na adoção de comportamento seguro, pois, para alguns autores, adolescentes com alto nível de religiosidade são significativamente mais predispostos a ter mais autoeficácia na comunicação com novos parceiros sobre sexo, DST, HIV e prevenção de gravidez, recusando encontros com sexo inseguro.¹⁷ No entanto, neste estudo, apenas dois dos participantes demonstraram algum tipo de envolvimento religioso. Outros dois escolheram gravuras referentes à religião, mas não souberam explicar o porquê da escolha.

A não manifestação de envolvimento religioso não significa que esses adolescentes adotam comportamentos sexuais de risco, afinal, conforme citado por autores, o envolvimento religioso está frequentemente associado ao retardo da primeira relação sexual ou menor probabilidade de experiência sexual. Identificar essa relação requer mais estudos.¹⁸ Contudo, no decorrer das vivências nos círculos os participantes, pouco se manifestaram sobre a religiosidade deles.

As gravuras mais escolhidas por eles foram relacionadas à família, incluindo a de paternidade e também de esportes, carros, natureza, gosto pelo estudo, pela aprendizagem, manifestação de carinhos: *Escolhi esta de pai com um filho porque não quero ser pai tão cedo.* (Reis)

A aproximação dos adolescentes com as questões familiares confirma o estudo realizado sobre sexualidade na adolescência, ou seja, apesar da dificuldade dos pais, é nesse convívio, entre pessoas que se gostam e juntas tentam superar as dificuldades cotidianas, que os assuntos relacionados à sexualidade devem ser debatidos em consonância com os valores, atitudes, crenças religiosas e culturais da família.¹⁹

No segundo momento, houve a Chuva de Ideias (sexo, prevenção, DSTs e aids) na qual utilizamos a técnica do boneco. De modo geral, o grupo manifestou conhecimento sobre a doença, conforme demonstrado a seguir:

Aids é uma doença. (Levítico)

Aids é uma doença sexualmente transmissível, e a gente tem que se prevenir senão a gente pode pegar esta doença (Gênesis)

Diante do termo “prevenção”, observamos uma associação direta ao uso do preservativo, como demonstrado nas falas a seguir:

Pra mim prevenção é o uso de camisinha, e, quando você usa camisinha, você faz sexo à vontade e evita todas essas doenças aí. (Números)

Prevenção [...] eu acho que vem da mulher, prevenção, aí se não tiver sexo seguro pode pegar aids. (Deuteronômio)

Em continuidade, passamos à questão seguinte para explicar o que motivou a realização de atividades reflexivas sobre prevenção das DSTs/HIV/aids nos encontros seguintes.

Para avaliação, utilizamos recortes de revistas em cartolina para mostrar um painel sobre as vivências deste momento. Muitas emoções foram manifestadas pelos participantes, dentre as quais satisfação, alegria e envolvimento com as atividades propostas.

2º Círculo de Cultura – Reflexão teórico-prática (Desconstrução). Nesste momento de codificação e decodificação das questões problematizadas, partimos do contexto vivido pelos adolescentes, dos exemplos práticos citados por eles e reelaborados por nós pesquisadores/animadores dos círculos. A codificação representa uma dimensão da realidade tal como a vivem. Essa dimensão é proposta à análise num contexto diferente daquele que eles a vivem, ou seja, a desconstrução.¹⁰ Em determinados momentos do diálogo nos círculos, esclarecemos dúvidas, problematizando com o grupo. As perguntas apresentadas foram: Por quê? Como?

Em certo momento, essas reflexões levaram um dos participantes a questionar: *Ah! você sempre devolve as perguntas pra gente...* (Jó)

Essa fala fortalece a ideia de que nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em sujeitos verdadeiros e ativos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, considerado, também, sujeito do processo.¹⁴

A problematização sugere o debate com base nas situações existenciais e, assim, leva o grupo de educandos a rever criticamente conceitos fundamentais para pensar sobre si e sobre o mundo; motivá-los a se assumirem, crítica e ativamente.¹¹ Por meio da problematização elaborada entre educador e adolescentes, houve a desconstrução dos conceitos incoerentes e, então, foram reconstruídas questões com vista à reflexão de uma nova realidade, tal como exposto nas seguintes falas:

Se a mulher tiver alguma doença, ela vai dizer? É claro que ela não vai dizer. (Deuteronomio)

A mulher gosta do homem, e o homem só quer brincar com a mulher, mais na frente ele pode encontrar uma mulher pra brincar com ele também. (Samuel)

Nessas falas, identificamos um comportamento machista com base no qual pudemos problematizar com o grupo, para coletivamente discutirmos tal questão e buscar mudar de comportamento.

Em tal desconstrução, destacamos as convergências e divergências dos discursos. O que representa a análise de uma situação existencial concreta e sua decomposição, a passagem do abstrato ao concreto, da parte ao todo, para depois voltar às partes. Tudo isso para chegarmos a um nível crítico de conhecimento e iniciar pela experiência do sujeito quanto à sua situação em seu contexto real.¹⁶

Destacamos, então, o acolhimento desse segundo círculo, no qual utilizamos a técnica do “feitiço cai contra o feiteiro”. Nessa técnica, percebemos atitudes de respeito, carinho e amizade entre os participantes; poucos adolescentes sugeriram atividades constrangedoras para o outro, e, de modo geral, predominaram as ações do tipo: dar um aperto de mão no colega; não faltar às aulas; dar um abraço em todos da turma. Tais comportamentos fortalecem as relações, tocam o mais profundo do ser humano não somente como uma mão que afaga, mas a que estabelece relação, acalenta, traz quietude, verdadeira carícia, ou seja, é por meio dessa mão que a pessoa humana revela um modo-de-ser carinhoso.²⁰ Mencionada atividade foi realizada com entusiasmo e manifestação de amizade. Nesse momento, surgiram algumas perguntas, que representavam dúvidas sentidas por eles:

Masturbação empata o crescimento? (Gênesis)

O que é prevenção? (Josué)

O que precisa para melhorar o mundo? Ou não precisa melhorar nada? (Êxodo)

Numa evidente demonstração de preocupação com a violência, com o envolvimento dos jovens com o crime e com o futuro dos adolescentes, esses discursos nos falam da conscientização do mundo por parte de cada indivíduo, demonstrada pelo método como instrumento de preparação das pessoas para uma tarefa coletiva de reconstrução nacional.¹¹

De acordo com a técnica, em determinado momento a pesquisadora/animadora deveria dramatizar uma declaração de amor para um dos participantes. Alguns dos participantes sugeriram: *Você deve ficar de joelhos para se declarar.* (Juízes)

Segundo depreendemos, as reflexões trazidas neste círculo demonstraram o quanto a cultura masculina está permeada por machismo, como mostra as falas a seguir:

A mulher tem que se prevenir, se não a gente pega doença. (Josué)

Se o homem não resistir na hora H, a mulher vai e toma a injeção. (Gênesis)

Confirmando o machismo, o comportamento do jovem que aguardava a declaração era dramatizado com indiferença. Tal atitude confirma o comportamento machista deles em relação ao sexo feminino e aprovado pelo grupo.

Ao comentar sobre a técnica utilizada, alguns fizeram uma ligação com a DSTs/HIV/aids: *Que se a gente não se prevenir, não pensar nisto antes, pode voltar pra gente.* (Gênesis)

Para a problematização, utilizamos casos do cotidiano deles – que, em seguida, foram socializados coletivamente – que facilitassem a reflexão e a resolução em grupo. No intuito do melhor aproveitamento desse momento, foi

disponibilizado texto sobre as DSTs/HIV/aids. Então, as indagações a respeito das DSTs/HIV/aids foram uma constante, revelando o pouco conhecimento do grupo sobre o assunto. Tal fato propicia maior vulnerabilidade.

3º Círculo de Cultura – (Re)Construção coletiva. Este momento significou a união de novos saberes com a realidade a ser apreendida. Buscamos as possibilidades de mudanças de atitudes por meio da comunicação e reflexão coletiva. Essa foi uma proposta prática de superação das atitudes machistas e incoerentes com a prevenção das DSTs/HIV/aids, percebida nos momentos anteriores, quando o animador reflete com os sujeitos as alternativas de solução dos problemas apontados por ele.¹⁶

Nesse círculo, a proposta foi de reflexão teórico-prática e (re) construção coletiva. Para tal, utilizamos, também, técnicas grupais, diálogo, conforme as citadas nos círculos anteriores. Percebemos que as relações entre pesquisadores e sujeitos estreitavam-se a cada encontro, evidenciadas por maior participação e, conseqüentemente, reflexão no grupo. As reflexões referiram-se, principalmente, ao comportamento machista manifestado pelos participantes, já que este pode determinar maior vulnerabilidade às DSTs/HIV/aids.

Com base nas técnicas de aprendizagem utilizadas, houve reflexão sobre prevenção das DSTs/HIV/aids, sendo estimulada no grupo a (re)construção dos conceitos preestabelecidos por todos em sua vivência do mundo e com o mundo. As estratégias educativas no formato de oficinas podem despertar interesse nos componentes em continuar participando e até divulgá-las entre os amigos e colegas, pois eles podem acabar reconhecendo a importância dos assuntos tratados, valorizar a dinâmica utilizada.²¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este artigo encontramos na metodologia de Paulo Freire uma opção favorável para efetivar as práticas de educação em saúde. Desse modo, colaboramos de forma reflexiva com adolescentes no tocante à adoção de comportamentos sexuais saudáveis, norteados pelas necessidades individuais. Ao mesmo tempo, priorizamos a cultura e a religiosidade como fatores essenciais nesta reconstrução coletiva.

As etapas vividas possibilitaram aos sujeitos, educando/educador construir, com base em suas histórias, um novo capítulo de vida e, o mais importante, tornarem-se

realmente críticos, independentemente do grupo em que estão inseridos.

Contudo, perceber nos adolescentes suas necessidades de conhecimento é o primeiro passo para efetivarmos práticas educativas favoráveis ao empoderamento deles na promoção de sua saúde. No entanto, para a adoção de comportamentos sexuais seguros, não se exige somente orientação sobre o uso de preservativo, embora esta seja essencial; urge ultrapassar essa informação e refletir sobre as relações com o outro e consigo mesmo, sobre a preservação dos valores morais e éticos da família nessa faixa etária. Talvez, assim, possamos conscientizar pessoas sobre a prevenção das DSTs/HIV/aids no mundo.

Como discutido ao longo deste trabalho, a religião e a cultura poderão ser parceiras na adoção de comportamentos sexuais saudáveis e na superação de situações de vulnerabilidade, mas para tal a enfermagem deve reconhecer seu papel na vida dos jovens. Esse reconhecimento é fundamental para que educador e educando, juntos, identifiquem estratégias que fortaleçam a autonomia e a conscientização.

Ao utilizarmos a problematização, propomos o fortalecimento de uma prática educativa capaz de possibilitar a descoberta pelo sujeito das respostas por ele buscadas, com conseqüente transformação de sua história e construção de um mundo melhor. Por suas finalidades, a educação em saúde deve sempre levar o indivíduo à transformação e autonomia, propiciando uma passagem de consciência ingênua para uma consciência crítica.

Nesse caso, uma certeza nos domina: somente mediante estratégias educativas emancipatórias poderemos construir novos saberes, novas práticas e novos sujeitos. Mas é importante pensarmos em ações humanizadas, que respeitem a individualidade dos atores, com ética, compromisso, amor, liberdade, afetividade, considerando o indivíduo como ser único e especial. Enfim, o método possibilita a reconstrução do conhecimento com liberdade, ética, descontração, compromisso e amor pelas práticas emancipatórias de educação em saúde.

AGRADECIMENTOS

À Funcap, ao CNPq e ao PPP, pelo apoio ao Projeto de Pesquisa “Desmistificando crenças e valores do adolescente em favor da prevenção”, de acordo com o Convênio nº 0006-00/2006.

REFERÊNCIAS

1. Rossi L, Valsecchi A. Dicionário enciclopédico de teologia moral. 3ª ed. Spain: Ediciones Paoline; 1978.
2. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicol Estudo*. 2006; 11(1):155-64.
3. Valla VV. Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(sup. 2):7-14.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
5. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5 (1):163-77.
6. Czeresnia D, organizador. O conceito de saúde da diferença entre prevenção e promoção. In: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2003. p. 39-43.

7. Torres HC, Hortale VA, Schall V. Experiências de jogos em grupos operativos na educação em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(4):1039-47.
8. Brasil. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Programa Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico: DST/AIDS*. Brasília, 2007.
9. Bourdieu P. *A dominação masculina*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
10. Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Moraes; 1980.
11. Brandão CR. *O que é o método Paulo Freire*. São Paulo: Brasiliense; 2006.
12. Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2004; 12(4):631-5.
13. Freire P. *Educação como prática da liberdade*. 31ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2008.
14. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 47ª ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2008.
15. Resolução 196/96. [Citado 2007 fev. 17]. Disponível em: <http://www.ufgs.br/bioetica/res19696.htm>
16. Miranda KCL, Barroso MGT, Silva LMS, Silva MRF. Reflexões sobre o aconselhamento em HIV/AIDS em uma perspectiva freireana. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(6):899-903.
17. McCree DH, Wingood GM, DiClemente R, Davies S, Harrington KF. Religiosity and risky sexual behavior in african-american adolescent females. *J Adolesc Health*. 2003; 33(1):2-8.
18. Hardya SA, Raffaellib M. Adolescent religiosity and sexuality: an investigation of reciprocal influences. *J Adolesc*. 2003; 26: 731–9.
19. Cano MAT, Ferriani MGC. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. *Rev Latinoam Enferm*. 2000; 8(2): 18-24.
20. Boff L. *Saber Cuidar: ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes; 1999.
21. Mello VP, Gandra LRL, Amaral MA, Fonseca RMGS. Adolescência, sexualidade e gênero: possibilidades das oficinas de trabalho crítico-emancipatórias. *REME Rev Min Enferm*. 2008 jul/set;12(3): 390-5.

Data de submissão: 25/8/2009

Data de aprovação: 1º/8/2012

MOTIVOS ALEGADOS PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAOU, SEGUNDO MULHERES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO CONTRA O CÂNCER DO COLO UTERINO

REASONS GIVEN BY WOMEN UNDERGOING CHEMOTHERAPY FOR CERVICAL CANCER FOR NOT HAVING HAD A PAP TEST

MOTIVOS PARA LA NO REALIZACIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU SEGÚN MUJERES EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO CONTRA CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Sueli Riul da Silva¹
Caroline Freitas Silveira²
Camila Carla Medeiros Gregório³

RESUMO

Neste estudo, ressalta-se a importância de conhecer as dificuldades das mulheres em realizar o exame de Papanicolaou, ferramenta essencial no diagnóstico do câncer do colo do útero (CCU), o segundo mais comum entre as mulheres. O objetivo foi identificar, entre portadoras de CCU em tratamento quimioterápico, as dificuldades encontradas para a realização do exame de Papanicolaou. Trata-se de um estudo quantitativo com análise descritiva. O grupo foi composto por 20 mulheres, sendo que 65% delas realizavam o exame conforme preconizado, 70% já haviam realizado o exame em algum momento da vida, 75% descobriram o CCU por meio da consulta ginecológica e 25% pelo exame preventivo. Os motivos alegados para a não realização do exame foram: não tinha vida sexual ativa; tinha parceiro fixo; não conhecia o exame; não achava que fosse necessário; fazia uso de preservativo; utilizava contraceptivo; não apresentava corrimento vaginal ou queixa ginecológica; nunca tinha tido doença sexualmente transmissível; pensava que o exame fosse pago; não tinha acesso a unidades de saúde que realizassem o exame; as unidades que realizam o exame funcionavam no horário de trabalho; a unidade alegou falta de material; não conseguiu agendar consulta para realizar o exame; pela idade, achou que não fosse mais necessário; tinha vergonha de realizar o exame; esqueceu-se de realizar o exame; esqueceu-se de buscar o resultado; não sabia que se podia prevenir um câncer. Os motivos aqui elencados para a não realização do exame mostraram a necessidade de maior efetividade nas práticas de educação em saúde.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero; Esfregaço Vaginal; Saúde da Mulher; Enfermagem.

ABSTRACT

The present study is a descriptive quantitative analysis that highlights the importance of understanding women's difficulties in having a Pap smear test. Such procedure is an essential tool for the diagnosis of cervical cancer, the second most common type of cancer among women. The study aimed to identify, among women with cervical cancer undergoing chemotherapy, the difficulties for having a Pap smear exam. The group studied comprised 20 women; 65% of them performed the examination as recommended, 70% had had the test at some point in life, 75% were diagnosed during their gynaecological exam and 25% by preventive tests. The reasons given for not undergoing the test were as follows: not being sexually active; having a steady sex partner; unawareness about the exam; thinking it was not necessary; the use of condoms; the use of a contraceptive; not presenting vaginal discharge or other gynaecological complaints; never having had a sexually transmitted disease; believing the test had to be paid for; not having access to health facilities that performed the test; health care units performed the test only during working hours; the health unit lacked material to perform the test; could not schedule an appointment; assuming that it was no longer needed at a certain age; being ashamed of the examination; missing the test; forgetting to get the results; not knowing it could prevent cancer. The reasons listed above indicate the need for a greater effectiveness in health education actions.

Keywords: Cervical Neoplasms; Vaginal Swab; Women's Health; Nursing.

RESUMEN

El presente estudio resalta la importancia de conocerse las dificultades de las mujeres en realizar el examen de Papanicolaou, herramienta esencial en el diagnóstico del cáncer de cuello uterino (CCU), segundo más común entre las mujeres. El objetivo fue identificar entre portadoras de CCU, en tratamiento quimioterápico las dificultades encontradas para la realización del examen de Papanicolaou. Se trata de un estudio cuantitativo con análisis descriptivo. El grupo estuvo compuesto por 20 mujeres, entre las cuales un 65% de ellas realizaba el examen según lo preconizado, un 70% ya habían realizado el examen en algún momento de su vida, el 75% descubrió el CCU a través de la consulta ginecológica y un 25% a través del examen preventivo. Los motivos dados para no realizar el examen fueron: no tener vida sexual activa, tener compañero fijo, no conocer el examen, no hallar que fuera necesario, hacer uso de preservativo, utilizar contraceptivo, no presentar flujo vaginal o queja ginecológica, nunca haber tenido Enfermedad de Transmisión Sexual, pensar que el examen fuera pago, no tener acceso a unidades de salud que realizasen el examen, las unidades que

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora associada do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM.

² Enfermeira graduada pela UFTM.

³ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM.

Endereço para correspondência – Rua Donald Silvestre Cicci, 665, Bairro Manoel Mendes. Uberaba-MG. CEP: 38082-166. E-mail: sueliriul@terra.com.br.

realizan el examen funcionan en el horario de trabajo, la unidad señala falta de material, no conseguir programar el examen, considerar que el examen no fuera más necesario debido a la edad, tener vergüenza de realizar el examen, olvidarse de realizar el examen, olvidarse de buscar el resultado, no saber que podía prevenir el cáncer. Los motivos señalados para la no realización del examen nos muestra la necesidad de mayor efectividad en las prácticas de educación en salud.

Palabras clave: Neoplasias del Cuello Uterino; Frotis Vaginal; Salud de la Mujer; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo uterino (CCU) é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres anualmente. Sua incidência é cerca de duas vezes maior nos países em desenvolvimento, em comparação com os mais desenvolvidos. A incidência de CCU é mais comum na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59% a 69%. Nos países em desenvolvimento, os casos são diagnosticados em estádios relativamente avançados e, consequentemente, a sobrevida média é de 41%, após cinco anos. A média mundial estimada é de 49%.¹

O número de casos novos de CCU esperados para o Brasil em 2012 é de 17.540, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o CCU é o mais incidente na Região Norte (24/100.000), nas regiões Centro-Oeste (28/100.000) e Nordeste (18/100.000). Ocupa a terceira posição mais frequente no Sudeste (15/100.000) e, no Sul (14/100.000), a quarta posição.¹

O CCU leva à morte grandes contingentes de mulheres em idade social e economicamente ativa, o que vem a ser um dos fatores que fazem com que esse tipo de neoplasia seja um problema de saúde pública no Brasil.^{1,2} Os principais fatores de risco para o CCU são: infecção pelo Papilomavirus Humano (HPV), multiplicidade de parceiros, baixo nível socioeconômico, número elevado de gestações, uso de contraceptivos orais, tabagismo, pacientes tratadas com imunossuppressores, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmitidas.³

A exposição do trato genital inferior ao vírus HPV é um evento bastante comum e quando ocorre, especialmente em mulheres jovens, a interação vírus-epitélio cervical metaplásico pode resultar no surgimento de neoplasias intraepiteliais cervicais, as quais eventualmente poderão evoluir para carcinoma invasivo.⁴

O conceito de "neoplasia intraepitelial cervical" (NIC) para caracterizar lesões precursoras do câncer do epitélio pavimentoso cervical foi estabelecido em Bethesda, Maryland, Estados Unidos.⁵ Com o objetivo de estabelecer prognósticos, as NICs são divididas em três graus (I, II, III, incluindo o carcinoma *in situ*), conforme suas características cito-histológicas. A NIC tem origem em células metaplásicas imaturas que se alteram,

provavelmente, dada uma associação de fatores: agentes oncogênicos, perturbações imunológicas e características epidemiológicas.⁴ O atual potencial invasivo das NICs não é conhecido, e é possível que muitas delas tenham potencial maligno menor que os descritos.⁴ Mesmo com chances de regressão, as NICs II e III são as que possuem maior risco de progressão.⁴ A evolução desse tipo de neoplasia é lenta, chegando a intervalos de 15 anos entre uma lesão precursora e o diagnóstico fechado de carcinoma.²

A citologia oncótica é comumente conhecida como Papanicolaou e pode apresentar outros nomes: exame citológico, exame de lâmina, citologia cervicovaginal ou exame citopatológico. Esse exame foi introduzido por George Papanicolaou e Hebert F. Traut, em 1943. O acesso fácil ao colo do útero e suas características morfológicas e funcionais permitiram a Papanicolaou desenvolver as técnicas e interpretações da citologia oncótica, fundamento dos programas de rastreamento de lesões tumorais iniciais.⁴

A técnica de coleta do material celular é simples: o colo do útero é exposto com a introdução de um espéculo; a coleta de células da ectocérvice é feita com a espátula de Ayre na junção escamocolunar; a coleta de células da endocérvice é feita introduzindo-se a escovinha tipo "campos da paz" no canal cervical girando-a 360 graus. Distendido o esfregaço em lâmina, a fixação deve ser imediata.^{4,6}

O Ministério da Saúde implantou, em 1997, o *Viva Mulher* – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. A ideia surgiu na "Conferência Mundial sobre a Mulher", ocorrida dois anos antes, na China. O programa tem como objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais dos cânceres de colo e de mama na mulher brasileira, mediante a oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e de suas lesões precursoras e do tratamento e reabilitação das mulheres. Por meio de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde e todos os 26 Estados brasileiros, além do Distrito Federal, são oferecidos serviços de prevenção e detecção precoce em estágios iniciais da doença, assim como o tratamento e a reabilitação em todo o território nacional.⁶

Com relação ao controle do CCU, as ações contemplam a detecção precoce por meio do exame citopatológico (Papanicolaou), a garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras, em 100% dos casos, e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do programa. Atualmente, o programa introduziu a Cirurgia de Alta Frequência

(CAF) nas unidades secundárias de saúde, com a capacitação de 244 polos para esse tipo de tratamento. Foi implantado, em nível nacional, o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), uma base de dados capaz de fornecer subsídios para a avaliação e o planejamento do Programa.⁶

Apesar da notória redução dos índices de mortalidade por CCU e de seu fácil diagnóstico precoce, a doença, em estádios avançados, não constitui ainda, em nosso meio, uma raridade. Embora a neoplasia mostre evolução extremamente lenta, o diagnóstico das fases pré-invasivas acontece em pouco mais de 50% dos casos, com diferenças significativas quando se comparam as diferentes regiões geográficas do Brasil.⁷

Considerando, então, que esse tipo de câncer é de fácil diagnóstico e apresenta altas taxas de cura quando identificado precocemente, questiona-se quais as dificuldades que as mulheres que estão sendo submetidas a tratamento quimioterápico, ou seja, com diagnóstico da neoplasia já em estado avançado, encontraram para a realização do exame de Papanicolaou.

Diante do exposto, este estudo justifica-se pela importância de conhecer as dificuldades encontradas para que as mulheres realizem o exame de Papanicolaou e, assim, poder trabalhar com a intenção de reduzir os números de acometidas pelo CCU na região.

OBJETIVO

Identificar, entre mulheres portadoras de CCU em tratamento quimioterápico, as dificuldades encontradas para a realização do exame de Papanicolaou.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo de caráter quantitativo, descritivo, transversal. A análise dos resultados foi baseada em estatística descritiva.

Foram abordadas, no estudo, todas as pacientes portadoras de CCU maiores de 18 anos, que aceitaram participar do estudo, durante as seções de quimioterapia (QT) da Clínica de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CGO/HC/UFTM), mediante a leitura do Termo de Esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento da pesquisa, no período de outubro de 2009 a dezembro de 2010. Constituiu-se um grupo de 20 pacientes.

Foram excluídas do estudo as pacientes menores de 18 anos e/ou que se recusaram a participar. No entanto, não houve pacientes menores de 18 anos em tratamento quimioterápico no período de realização do estudo e foi excluída do grupo uma paciente que apresentava incapacidade cognitiva para responder ao questionário e não desejou participar.

Para o alcance dos objetivos, foram seguidos os seguintes passos metodológicos: 1º identificação das pacientes do grupo descrito mediante a utilização da agenda de

atendimento do serviço; 2º aplicação de um questionário estruturado às pacientes durante as seções de QT.

O questionário (Apêndice) foi composto de questões fechadas com informações sociodemográficas e justificativas para a não realização do exame de Papanicolaou, construído pelas próprias pesquisadoras especificamente para este estudo, com base na literatura específica da área.

Após a coleta, os dados foram tabulados, analisados e interpretados com base em estatística descritiva e discutidos em relação à literatura específica da área.

Para o desenvolvimento deste estudo, foi solicitada a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição (CEP/UFTM), conforme Protocolo nº 1372/09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo de sujeitos que participou deste estudo foi composto por 20 mulheres com idade entre 27 e 76 anos, média de 47,8 anos, mediana de 45,0, moda de 41,0 e desvio-padrão de 12,77, que realizaram tratamento quimioterápico contra o CCU no período descrito do estudo. Quanto ao estado civil, 10 (50%) se declararam solteiras; 7 (35%), casadas/moram com companheiro; 2 (10%), divorciadas; e 1 (5%), viúva. Em relação à procedência, as 20 (100%) residem no Estado de Minas Gerais, sendo: 13 (65%) de Uberaba; 1 (5%) de Santa Juliana; 1 (5%) de Presidente Olegário; 1 (5%) de Araxá; 1 (5%) de Ibiá; 1 (5%) de Frutal; 1 (5%) de Matotina; e 1 (5%) de Patos de Minas.

Ao analisar a prática da realização do exame de Papanicolaou, percebeu-se que 13 (65%) pacientes realizavam o exame anualmente e 7 (35%) relataram não realizá-lo periodicamente (GRÁF. 1). Segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca), toda mulher que tem ou já teve vida sexual deve submeter-se ao exame preventivo periódico, especialmente as que têm entre 25 e 59 anos. Inicialmente, o exame deve ser feito anualmente e, após dois exames seguidos (com um intervalo de um ano), apresentar resultado normal; o preventivo pode passar a ser feito a cada três anos.⁸ Em nossa realidade, percebemos que os profissionais médicos e enfermeiros têm orientado que as mulheres voltem a realizar o exame de ano em ano, temendo que, após um intervalo de três anos, a mulher não volte a realizar o preventivo.

Em estudo realizado em São Paulo-SP (2001), mostrou-se que de 138 mulheres entrevistadas (90 com o diagnóstico de NIC de alto grau e 48 mulheres com câncer invasivo do colo uterino), a maioria (81%) apresentava atitudes inadequadas em relação à necessidade de realizar o exame preventivo, como não acreditar que fosse necessário, realizá-lo apenas quando um médico requisitava; e 56% praticavam-no de forma inadequada, ou seja, sem a periodicidade adequada. Ainda, as mulheres com câncer invasivo mostraram chance 3,2 vezes maior de praticar o exame inadequadamente com relação às mulheres com NIC.⁹

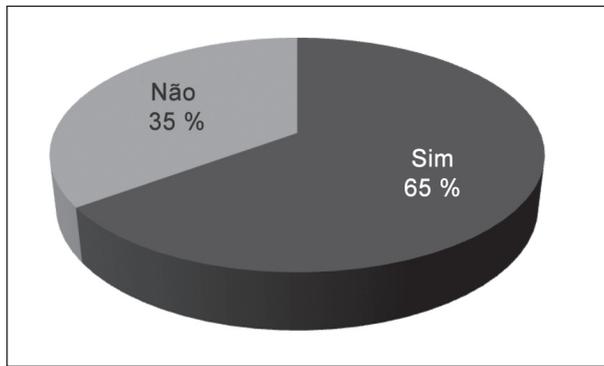


GRÁFICO 1 – Realização do exame de Papanicolaou, periodicamente, por parte das entrevistadas – Uberaba, 2010 (N=20).

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Ressalte-se um estudo realizado pelo Inca, no período de 1999 a 2004, em que foram analisados todos os casos de diagnóstico de CCU matriculados naquela instituição. No estudo, observou-se que a maioria da população estudada foi diagnosticada com neoplasia invasora (72,1%). A doença pré-invasora configurou a maioria dos casos nas pacientes abaixo dos 30 anos (67,1%). No entanto, houve um aumento progressivo e estatisticamente significativo dos casos invasores com o envelhecimento, constituindo a maioria absoluta naquelas acima de 65 anos (90,2%).¹⁰ Esse fato nos remete à importância da realização periódica do exame, para possíveis diagnósticos precoces e maiores chances de prognósticos positivos, sobretudo entre mulheres jovens.

Quando questionadas sobre a maneira como descobriram o CCU, 15 (75%) das mulheres responderam ter sido por meio da consulta ginecológica e 5 (25%), pelo exame preventivo. Nenhuma das entrevistadas relatou ter

descoberto o CCU em consultas de pré-natal. Em estudo realizado em Pernambuco (2009), mostrou-se que a rotina do pré-natal e demais atendimentos obstétricos são fatores diretamente relacionados à realização do exame de Papanicolaou e a condição de não ter filho o principal fator associado à não realização do exame preventivo. Essa informação demonstra que o atendimento à mulher ainda tem sido relacionado à sua condição reprodutora.¹¹

O fato de 15 (75%) mulheres terem descoberto o CCU por meio de consulta ginecológica evidencia o fato de que essas mulheres procuraram atendimento médico somente após o aparecimento dos sintomas tardios, quando a doença poderia ter sido descoberta pelo exame preventivo.

Verificou-se que antes de descobrir o CCU, 14 (70%) mulheres que compuseram o grupo pesquisado já haviam realizado o exame em algum momento ao longo da vida e 6 (30%) nunca o haviam realizado, fazendo-o somente quando pedido pelo médico, após a suspeita do diagnóstico de CCU. Comparados com dados da literatura, nossos achados sobre mulheres que nunca realizaram o exame são superiores. Em estudo realizado em Criciúma-SC (2009) mostrou-se que, das 420 mulheres estudadas, 41 (9,8%) nunca haviam realizado o preventivo. Já ao analisar a frequência da realização do exame de Papanicolaou naquela população, encontrou-se que, para 90,2% das mulheres, o exame era realizado pelo menos uma vez ao longo da vida, dado superior ao encontrado nesse estudo.¹²

No GRÁF. 2 apresenta-se a frequência das respostas dadas ao questionário aplicado às mulheres, em relação aos motivos alegados para a não realização do exame de Papanicolaou, sendo que as questões identificadas por letras, foram:

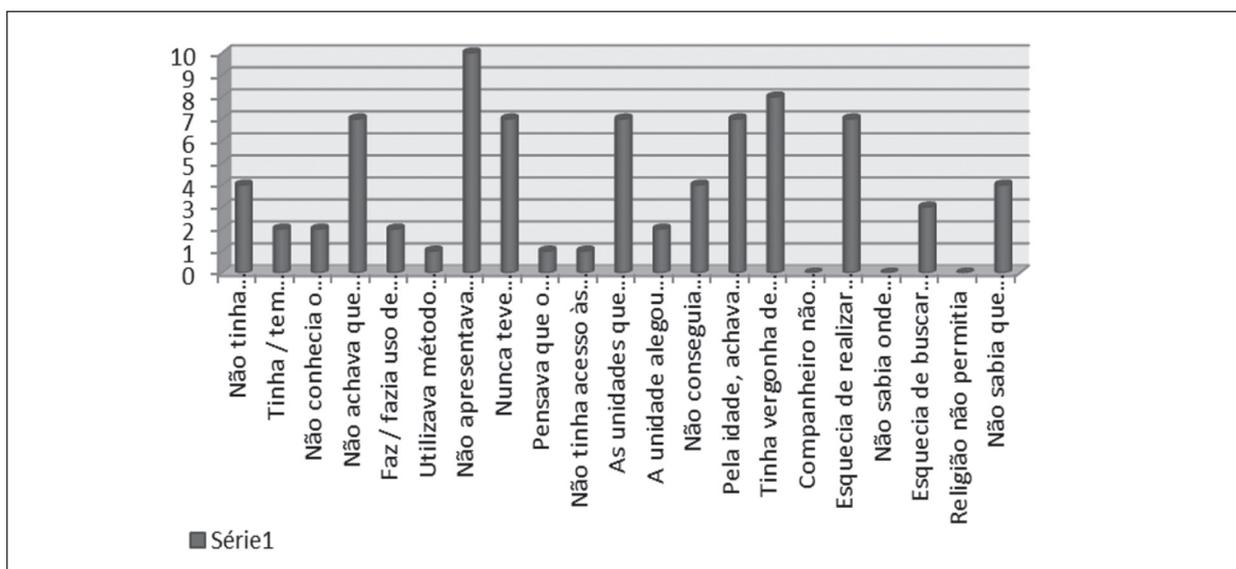


GRÁFICO 2 – Fatores relacionados à não realização do exame de Papanicolaou, segundo mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de colo do útero – Uberaba, 2010 (N=20).

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

a) não tinha companheiro (vida sexual ativa); b) tinha/tem parceiro fixo; c) não conhecia o exame; d) não achava que fosse necessário/importante; e) faz/fazia uso de preservativo em todas as relações sexuais; f) utilizava método contraceptivo; g) não apresentava corrimento vaginal ou qualquer outra queixa ginecológica; h) nunca teve nenhuma doença sexualmente transmissível (DST); i) pensava que o exame fosse pago; j) não tinha acesso a unidades de saúde que realizassem o exame; k) as unidades que realizam o exame funcionavam no horário de trabalho; l) a unidade alegou falta de material para realização do exame; m) não conseguia agendar o exame na unidade de saúde; n) pela idade, achava que não fosse mais necessário; o) tinha vergonha de realizar o exame; p) o companheiro não permitia a realização do exame; q) esquecia-se de realizar o exame; r) não sabia onde realizar o exame; s) esquecia-se de buscar o resultado do exame; t) a religião não permitia; e u) não sabia que se podia prevenir um câncer.

A respeito dos fatores relacionados com a não realização do exame de Papanicolaou, quatro (20%) das mulheres responderam que o fato de não ter companheiro/vida sexual ativa era motivo para que não realizasse o preventivo, e para duas (10%) das mulheres ter parceiro fixo era motivo para sua não realização. Dados bem abaixo foram encontrados em estudo realizado com mulheres em Pernambuco (2009), onde a situação conjugal mostrou efeito significativo, com a maior cobertura de exame preventivo entre as mulheres que vivem com companheiro (72% contra 54% das que não eram casadas).¹¹ Já um estudo realizado em Criciúma-SC (2009) apresentou dado semelhante ao encontrado neste trabalho, o que levou os autores a concluir que um dos fatores com significância estatística (9,8%) para a não realização do exame foi o fato de as mulheres serem solteiras, viúvas ou separadas. No estudo, calculou-se, também, que a probabilidade de uma mulher que não tem uma situação conjugal estável não realizar o exame preventivo é 3,3 vezes maior que uma mulher com situação conjugal estável.¹²

O fato de não conhecer o exame foi citado por duas (10%) das entrevistadas como fator relacionado à sua não realização. Dado superior ao encontrado no estudo realizado em Campinas-SP (2006) demonstrou que o não conhecimento da citologia oncológica foi referido por 5,7% das mulheres como motivo apontado para não realizá-la.¹³ Em outro estudo semelhante realizado em São Paulo-SP (2003), também foi encontrado dado inferior ao encontrado neste estudo, em que 2,5% das mulheres entrevistadas mencionaram não conhecer o exame, sua finalidade e importância.¹⁴

Ainda sobre os fatores relacionados à não realização do exame de Papanicolaou, sete (35%) das entrevistadas responderam que não achavam que o exame fosse necessário/importante. Cuidados com o corpo, autocohecimento corporal e acesso a meios informativos são essenciais para que a mulher tome consciência da importância da realização desse exame. A educação

em saúde, papel essencial da enfermagem, é um meio eficaz para que as mulheres detenham esse tipo de conhecimento.

Fazer uso de preservativo em todas as relações sexuais e utilizar outro método contraceptivo foram outros dois motivos encontrados para a não realização do exame. O primeiro, encontrado em duas (10%) das respostas e o segundo, em uma (5%). No estudo realizado em Criciúma-SC (2009), esse dado também foi considerado de valor estatístico para a não realização do exame, sendo que somente o anticoncepcional oral não influenciou na realização do exame. No mencionado estudo também mostrou-se que as usuárias de métodos contraceptivos que não anticoncepcional oral têm 1,79 vez mais probabilidade de não realizar o exame, comparadas àquelas que utilizam o anticoncepcional oral.¹²

O fato de a mulher não apresentar leucorreia ou qualquer outra queixa ginecológica foi mencionado por dez (50%) das pacientes como fator relacionado à não realização do preventivo. Isso mostra que algumas mulheres buscam assistência somente com o aparecimento de sintomas. No estudo já citado, realizado em Criciúma-SC, mostrou-se que das 41 mulheres que participaram da pesquisa, e nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou, 18 (43,9%) disseram que era porque não tinham nenhum sintoma ginecológico, se achavam saudáveis e, conseqüentemente, não viam necessidade de realizá-lo.¹² Esse fato relaciona-se à periodicidade de realização do preventivo. Uma vez que a mulher não apresenta queixa ginecológica, ela deixa de realizar o exame a cada três anos após dois resultados negativos.

Considerando as mulheres com NIC ou câncer invasivo, em estudo realizado em São Paulo (2001) verificou-se que a maioria das mulheres estudadas (79% daquelas com NIC e 88% daquelas com câncer invasivo) consultava-se com o ginecologista apenas quando havia sintomas. Durante as consultas ginecológicas, 82% das mulheres com NIC e 77% das com câncer invasivo relataram que o médico era quem tomava a iniciativa de coletar o exame de Papanicolaou.⁹

Nunca ter tido DST foi fator relacionado à não realização do exame preventivo para sete (35%) das entrevistadas. Em estudo realizado em São Luís do Maranhão-MA (2006), observou-se que a ocorrência de DST não esteve associada à não realização do exame.¹⁵ Boa parte das DSTs é sintomática, mas pode ser assintomática. Os sinais e sintomas mais frequentes são as leucorreias, apresentando aspectos variados, de acordo com o agente etiológico da patologia, seja ele vírus, seja bactéria, fungo ou protozoário. Os principais agentes etiológicos virais são o HIV e o HPV, diretamente relacionados à maioria dos casos de CCU. As bactérias são a *Gardnerella vaginalis*, a *Chlamidia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. O principal protozoário é a *Trichomonas vaginalis* e o fungo, a *Candida albicans*.¹⁶ Muitos desses micro-organismos são identificados no exame de Papanicolaou, embora esse exame não seja específico para tais doenças, não justificando, contudo, o fato de se ter ou não DST um fator para não realização

do exame, já que se pode prevenir, diagnosticar e tratar várias patologias por meio dele.

O fato de acreditar que o exame fosse pago foi motivo relatado por uma (5%) das entrevistadas para sua não realização. Esse fato pode estar relacionado à falta de informação sobre o acesso a unidades de saúde, a gratuidade do exame pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e locais onde é realizado. O mesmo fato pode estar relacionado à realização do exame em serviços particulares de saúde. Na pesquisa realizada em Campinas-SP (2006), apontou-se que os serviços privados foram responsáveis por 56,8% dos exames de Papanicolaou realizados, enquanto os serviços do SUS responderam por 43,2%.¹³

Dentre os fatores dificultadores para a realização do exame, relacionados às unidades de saúde, foram elencados os seguintes: não tinha acesso à unidades de saúde que realizavam o exame – relatado por uma (5%) das entrevistadas; as unidades onde se realizavam o exame funcionavam no horário de trabalho –, referido por sete (35%) das entrevistadas; a unidade alegou falta de material para a realização do exame –, citado por duas (10%) das entrevistadas; não conseguia marcar o exame na unidade de saúde –, relatado por quatro (20%) das entrevistadas. Em estudo realizado em Campinas-SP (2006) evidenciou-se que um dos motivos relacionados à não realização do preventivo foi a dificuldade em marcar o exame, relatado por 13,7% das mulheres estudadas, dado inferior ao mencionado neste estudo.¹³

Em estudo multicêntrico internacional coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e realizado em oito países (no Brasil, em São Paulo – 2003), evidenciou-se que 11,1% das entrevistadas tinham dificuldades para marcar o exame/não havia vaga e 6% relataram falta de tempo para realizá-lo.¹⁴ A falta de tempo pode estar relacionada ao fato de que a maioria das unidades de saúde atende à população em horário comercial, dificultando o acesso das entrevistadas à realização do exame. Na literatura, são escassos os estudos que relatam os motivos relacionados às unidades de saúde como dificultadores para a realização do exame de Papanicolaou.

A idade foi mencionada por sete (35%) entrevistadas como fator para a não realização do exame. Em estudo realizado em Pernambuco (2009) com 640 mulheres acima de 18 anos observou-se que tanto entre as mulheres com menos de 25 anos como entre aquelas com 60 e 69 anos, as proporções de realização do exame de Papanicolaou são menores que 40%, dado semelhante ao encontrado neste estudo. Esse achado mostra que as mulheres que mais poderiam se beneficiar do exame preventivo (as que estão na faixa etária menor que 25 anos) são as que menos o realizam, o que pode, em parte, explicar o diagnóstico tardio e a manutenção das taxas de mortalidade.¹¹

Em estudo realizado com mulheres com diagnóstico fechado para CCU em São Paulo-SP (2001), discutiu-se que, usualmente, as mulheres mais jovens procuram

mais os ginecologistas, possivelmente em razão de eventos como gravidez, necessidade de métodos anticoncepcionais ou tratamento de leucorreias. Já as mulheres com idade mais avançada, especialmente depois da prole constituída e quando esterilizadas, procuram menos os serviços de saúde.⁹ Esse fato mostra, mais uma vez, que as mulheres ainda tendem a buscar atendimento médico, mais usualmente, quando por motivos progenitores, deixando de se cuidar quando não estão mais em idade fértil.

Outro fator relacionado com a não realização do exame de Papanicolaou foi a vergonha de realizar o preventivo, mencionado por oito (40%) das entrevistadas. Em estudo realizado em Vitória-ES (2008) explorando questões históricas, culturais e sociais relacionadas à abordagem preventiva do CCU, mostrou-se que, ao interceptar questões que lidam com o feminino, muitas vezes a história da mulher na sociedade é pouco lembrada. O conhecimento e a compreensão da história da sexualidade feminina, por exemplo, podem auxiliar na busca de várias respostas às questões atuais que envolvem práticas e medos ainda verificados na mulher, principalmente quando estão relacionadas ao seu corpo. Assim, vergonha, ansiedade, medo ou falsa sensação de segurança em relação a estar saudável também são, além de vividos, externalizados. As mulheres expõem o constrangimento e a vergonha, que, aliados à sensação de impotência, induzida pela própria posição ginecológica, podem potencializar esses sentimentos.¹⁷

Expõe-se, assim a necessidade de discutir o papel e a atuação do profissional diante da mulher, antes, durante e após a realização do preventivo:

No momento do exame, é quando o profissional de saúde parece não compreender a situação de quase abandono em que a mulher se encontra, encarando o evento como algo corriqueiro, cotidiano e sem importância. Percebe-se a condição de submissão assumida pelas pacientes, em relação à postura do profissional. Essa relação de submissão-dominação na saúde e, especificamente, nesse tipo de exame, talvez seja um dos empecilhos para uma cobertura maior.¹⁸

Outro fator relacionado à não realização do exame foi o fato de a mulher esquecer-se de realizá-lo, resposta citada por sete (35%) entrevistadas. Em estudo realizado com mulheres em Kobe e Kawasaki (Japão) e em São Paulo-SP (Brasil), em 2005, mostrou-se dado semelhante ao encontrado neste estudo. Dentre as brasileiras, 40,0% apontaram o esquecimento como razão da dificuldade em realizar o exame, enquanto nenhuma japonesa citou esse fato.¹⁹

Esquecer-se de buscar o resultado do exame também foi relatado como fator relacionado à não realização do exame por três (30%) mulheres do grupo estudado. Dados da literatura mostram que esse fator também foi encontrado em estudo semelhante realizado em São Paulo-SP (2003). Quando questionadas se haviam recebido o resultado do último teste de Papanicolaou,

13% das mulheres responderam que não,¹⁴ dado abaixo do encontrado neste estudo e que pode estar diretamente relacionado à não realização do próximo preventivo, pois tais pacientes não ficam cientes dos resultados e, conseqüentemente, também não tomam conhecimento do seu estado de saúde, de possíveis diagnósticos e necessidades de tratamento.

O fato de não saber que o exame pode prevenir um câncer foi relatado por quatro (20%) pacientes como motivo para não realização do exame. Em estudo realizado no Ceará (2004), constatou-se que a maioria das mulheres pesquisadas demonstrou desinformação sobre o exame de prevenção,²⁰ dado superior ao obtido neste estudo. É necessário considerarmos que a realidade socioeconômica e cultural da região desta pesquisa, realizada em Minas Gerais, é bastante diferente da realidade do Ceará.

Dentre os motivos presentes no questionário que não foram relatados por nenhuma paciente para a não realização do exame, cabe ressaltar o que menciona que o companheiro não permitia sua realização. Este estudo contrasta com um trabalho realizado pela Universidade Estadual do Ceará (2007) com mulheres logo após o término do exame de prevenção. Nele, observa-se o relato de uma mulher dizendo que o companheiro não gostava que ela realizasse o exame, pois necessitava ficar alguns dias sem relação sexual. Além das dificuldades intrínsecas de cada mulher, registramos outras que interferem no seu acesso aos serviços de saúde: o exame como empecilho para as "obrigações sexuais" da mulher para com o marido, ao não permitirem que elas fizessem a prevenção, reafirmando a noção de poder do homem sobre a vida da mulher.²⁰

Outros dois motivos não foram relatados pelas entrevistadas como justificativa para a não realização do preventivo: "Não sabia onde realizar o exame" e "A religião não permitia". Sete (35%) das entrevistadas não mencionaram nenhum dos fatores elencados no questionário como dificultadores para a realização do Papanicolaou, apontando que nenhum deles era tido como dificultador.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
2. Focchi J, Ribalta JCL, Silva IDCG. Câncer do colo do útero: importância, epidemiologia e fatores de risco. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 2120-7.
3. Instituto Nacional do Câncer. HPV – Perguntas e respostas mais frequentes. Rio de Janeiro: INCA. [Citado 2010 maio 22]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=327>.
4. Silveira GPG, Pessini SA. Câncer do colo do útero: lesões precursoras. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000. 2128-49.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2006.
6. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev): falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2002.
7. Focchi J, Bovo AC, Speck NMG. Câncer do colo do útero: rastreamento, detecção e diagnóstico precoce. In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 2150-8.
8. Instituto Nacional do Câncer. Câncer do colo do útero: detecção precoce. Rio de Janeiro: INCA. [Citado 2010 maio 22]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/deteccao_precoce>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término do estudo pôde-se concluir que a maioria das mulheres entrevistadas realizava o exame de Papanicolaou conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde, a maioria descobriu o CCU por meio de consulta ginecológica e a maioria já havia realizado o exame preventivo pelo menos uma vez ao longo da vida.

Neste estudo, foram apontados alguns motivos pessoais e/ou comportamentais que podem influenciar na não realização do exame de Papanicolaou entre as mulheres, como: não terem companheiro ou ter parceiro fixo; não conhecerem ou não darem a devida importância ao exame; fazerem uso de preservativo ou utilizarem método contraceptivo; não terem queixa ginecológica, pela idade, por vergonha ou esquecimento. Verificou-se, também, que motivos relativos à prestação do serviço pelo SUS fazem com que as mulheres não realizem o exame, como: acreditarem que o exame é pago; não terem acesso a unidades de saúde que realizem o exame; as unidades que realizam o exame funcionarem em horário de trabalho; a unidade alegar falta de material para realização do exame; não conseguirem marcar o exame na unidade de saúde.

Não é fácil modificar hábitos de vida e conceitos sociais, mas, quando se investe em educação em saúde para a população, a realidade dos cenários pode ser modificada aos poucos.

Enxergar a mulher como um ser complexo, bem como sua posição social ao longo da história, ajudará muito na composição de novas campanhas, de novas condutas no manejo com a mulher que procura realizar o exame de Papanicolaou e também no rastreamento daquelas que se encontram em situação de risco ao não realizarem o exame nos intervalos preconizados.

Os motivos elencados neste trabalho para a não realização do exame mostram a necessidade de maior efetividade nas práticas de saúde, nas estratégias de educação em saúde e no rastreamento das mulheres que não o realizam periodicamente.

9. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saúde Pública*. 2001 jul-ago;17(4): 909-14.
10. Calazan C, Luiz RR, Ferreira I. O diagnóstico do câncer do colo uterino invasor em um centro de referência brasileiro: tendência temporal e potenciais fatores relacionados. *Rev Bras Cancerol*. 2008; 54(4): 325-31.
11. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald, CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o programa de prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25: 301-9.
12. Cechinel KC, Silva FR, Silva BR, Rosa MI, Castro SMJ, Battisti IDE. Cobertura do teste de Papanicolaou em usuárias do SUS em Criciúma – Sul do Brasil. *ACM Arq Catarin Med*. 2009;38(1): 39-44.
13. Amorim VMS, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006 nov;22(11): 2329-38.
14. Pinho AA, França Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19: 303-13.
15. Oliveira MMHN, Silva AAM, Brito LMO, Coimbra LC. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de Papanicolaou em São Luís, Maranhão. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(3): 325-34.
16. Santos JO, Silva SR, Santos CF, Araújo MCS, Bueno SD. Alterações cérvico-uterinas em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde no município de Campinas-SP. *REME Rev Min Enferm*. 2007 out/dez;11(4): 439-45.
17. Cruz LMB, Loureiro RP. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde Soc*. 2008;17(2): 120-31.
18. Peloso SM, Carvalho MDB, Higarashi IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. *Acta Sci*. 2004;26(2): 319-24.
19. Chubaci RYS, Merighi MAB. Exame para detecção precoce do câncer cérvico-uterino: vivência de mulheres das cidades de Kobe e Kawasaki, Japão e São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005 out/dez; 5(4): 471-81.
20. Duavy LM, Batista FLR, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciênc Saúde Colet*. 2007; 12(3): 733-42.

Data de submissão: 8/7/2011

Data de aprovação: 16/8/2012

APÊNDICE

Identificação:

Nº _____ Idade _____ Estado civil _____ Procedência _____

Fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais relacionados à não realização do exame de Papanicolaou.

1. A senhora realizava o exame de Papanicolaou?

____ Sim.

____ Não.

2. Como a senhora descobriu o câncer no colo do útero?

a) Por meio do exame de Papanicolaou.

b) Na consulta ginecológica.

c) Na consulta de pré-natal.

3. Antes de descobrir o câncer, a senhora já havia realizado o exame de Papanicolaou?

____ Sim.

____ Não.

4. Se não realizava o exame, o motivo era (marcar mais de uma alternativa, se necessário):

a) Não tinha companheiro (vida sexual ativa).

b) Tinha/tem parceiro fixo.

c) Não conhecia o exame.

d) Não achava que fosse necessário/importante.

e) Faz/fazia uso de preservativo em todas as relações sexuais.

f) Utilizava método contraceptivo.

g) Não apresentava corrimento vaginal ou qualquer outra queixa ginecológica.

h) Nunca teve nenhuma DST.

i) Pensava que o exame fosse pago.

j) Não tinha acesso a unidades de saúde que realizassem o exame.

k) As unidades que realizam o exame funcionavam no horário de trabalho.

l) A unidade alegou falta de material para realização do exame.

m) Não conseguia marcar o exame na unidade de saúde.

n) Pela idade, achava que não fosse mais necessário.

o) Tinha vergonha de realizar o exame.

p) O companheiro não permitia a realização do exame.

q) Esquecia-se de realizar o exame.

r) Não sabia onde realizar o exame.

s) Esquecia-se de buscar o resultado do exame.

t) A religião não permitia.

u) Não sabia que se podia prevenir um câncer.

SITUAÇÃO VACINAL DOS ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI, 2009

VACCINATION STATUS FOR STUDENTS AT THE FEDERAL UNIVERSITY OF SÃO JOÃO DEL REI, 2009

ESTADO DE VACUNACIÓN DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI, 2009

Valéria Conceição de Oliveira¹
Eliete Albano de Azevedo Guimarães²
Cristina Rabelo Flôr³
Ione Carvalho Pinto⁴

RESUMO

Neste estudo, buscou-se descrever a situação vacinal e os fatores associados à realização do esquema vacinal completo dos estudantes do primeiro período dos cursos de enfermagem, farmácia e medicina da UFSJ. A população do estudo foi constituída por 187 estudantes. Os dados foram coletados utilizando-se um questionário contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, curso, apresentação do cartão vacinal e vacinação em dia. A digitação dos dados foi realizada no programa EpiData 3.1 e a análise no programa Epi Info 6.04. Encontrou-se uma cobertura vacinal de 92% contra a rubéola, seguida da dupla adulto e hepatite B com coberturas de 49% e 52%, respectivamente. A vacina contra a febre amarela foi a de menor cobertura, representando 37%. Além disso, 155 alunos apresentaram comprovante de vacinação. As variáveis sexo, idade e curso não estiveram associadas à vacinação em dia. Os resultados mostraram que esses estudantes não estão adequadamente vacinados, expondo-se às doenças imunopreveníveis no ato da prestação de serviço. É imperativo maior empenho das Instituições de ensino superior visando a uma adequada cobertura vacinal de seus graduandos.

Palavras-chave: Vacinação; Estudantes; Cobertura Vacinal.

ABSTRACT

This study aimed to describe vaccination status and to investigate the factors associated with immunization schedule of Nursing, Pharmacy and Medicine first period students at the Federal University of São João Del Rey. The study population consisted of 187 students. Data were collected through a questionnaire containing the following variables: sex, age, course year, presentation of immunization card, and being up-to-date with vaccination schedule. Data entry performed using EpiData 3.1 and EpiInfo 6.04. The study revealed a 92% of immunization coverage rate against measles, followed by 49% against tetanus, and 52% against diphtheria toxoid and hepatitis B. The vaccine against yellow fever presented the smallest coverage rate with 37%. Besides that, 155 students presented a proof of vaccination. The variables gender, age and course year were not associated with an up-to-date vaccination record. The results demonstrated that the students, being not properly immunized, were exposed to vaccine-preventable diseases. Higher educational institutions should make a greater effort to promote suitable vaccination coverage to their undergraduate students.

Key words: Vaccination; Students; Immunization Coverage.

RESUMEN

El presente estudio describe la situación de vacunación y los factores asociados a la realización del esquema de vacunación completo de los estudiantes de los cursos de enfermería, farmacia y medicina de la UFSJ. La población del estudio estuvo constituída por 187 estudiantes. Los datos fueron obtenidos a través de una encuesta con las variables sexo, edad, curso, presentación de cartilla de vacunación y vacunación en día. La digitación de los datos fue realizada en el programa EpiData 3.1 y el análisis en el programa Epi Info 6.04. Se encontró una cobertura de vacunación de 92% contra rubeola, seguida de la dupla adulto y hepatitis B con coberturas de 49% y 52%, respectivamente. La vacuna contra la fiebre amarilla fue la de menor cobertura, representando 37%. Además, 155 alumnos presentaron la cartilla de vacunación. Las variables sexo, edad y curso no estuvieron asociadas a la vacunación en día. Los resultados mostraron que dichos estudiantes, al no estar vacunados correctamente, estaban expuestos a enfermedades inmunoprevenibles. Es sumamente importante que las instituciones de enseñanza superior se empeñen en promover cobertura de vacunación adecuada para sus alumnos.

Palabras clave: Vacunación; Estudiantes; Cobertura de Vacunación.

¹ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Mestre em Enfermagem pela UFMG. Professora da Universidade Federal de São João del Rei-MG.

² Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela CPqRR/Fiocruz. Mestre em Enfermagem pela UFMG. Professora da Universidade Federal de São João del Rei-MG.

³ Enfermeira do Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho (Sesat) da Universidade Federal de São João del Rei-MG. Mestre em Ciências da Saúde. E-mail: cristinaflor@ufsj.edu.br.

⁴ Enfermeira. Doutora. Professora associada da EERP/USP. E-mail: ionecarv@hotmail.com.
Endereço para correspondência – Rua Sebastião Gonçalves C. E-mail: valeriaoliveira@ufsj.edu.br.

INTRODUÇÃO

A imunização por meio de vacinas é uma das medidas mais eficazes na redução da morbidade e da mortalidade por doenças imunopreveníveis e parte essencial dos programas de controle e prevenção de infecção para os profissionais de saúde.¹

A literatura indica que os profissionais da área de saúde estão sob risco constante de exposição a várias doenças contagiosas, muitas delas imunopreveníveis. A proteção desses profissionais por meio da vacinação é parte importante no controle e prevenção de infecções para eles mesmos e para seus pacientes.¹⁻⁴

O Programa Nacional de Imunização (PNI) determina que os profissionais de saúde, além das vacinas preconizadas para adultos, devem ser imunizados contra a hepatite B, *influenza* e varicela.² A vacina contra o pneumococo a todos os profissionais de saúde ainda é controversa.¹ O Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE) indica a vacinação para varicela apenas para os suscetíveis.²

Os estudantes da área de saúde também constituem grupo de risco, pois desde os primeiros períodos mantêm contato com pacientes por meio de aprendizado prático com aulas em ambiente hospitalar e nas unidades ambulatoriais onde o cuidado é prestado.⁵

Na Universidade Federal de São João del Rei, os cursos de enfermagem, medicina e farmácia preveem a inserção dos estudantes em Unidades Básicas de Saúde desde o primeiro ano acadêmico, onde mantêm contato com pessoas com as mais diversas doenças evitáveis por imunizantes. Além disso, os estudantes também desenvolvem atividades de ensino, pesquisa e extensão na comunidade. A partir do segundo ano de curso, os graduandos mantêm contato, também, com pacientes hospitalizados e em situações de urgência e emergência, o que aumenta o risco de infecções.

Apesar de o aluno de graduação não possuir vínculo com a Instituição de Ensino Superior (IES), é responsabilidade da IES assegurar que os estudantes sejam imunizados e informados das vantagens, bem como dos riscos a que estão expostos por falta ou recusa em imunizar-se, uma vez que eles se expõem às doenças imunopreveníveis no ato da prestação de serviços.⁶

Nesse sentido, a cada semestre é promovida pela instituição uma campanha de vacinação para os estudantes recém-admitidos. Os estudantes do terceiro período dos cursos de enfermagem e medicina, sob a supervisão dos professores, organizam desde a divulgação da campanha até a administração das vacinas. Essa atividade faz parte da avaliação da unidade curricular da Prática de Integração Ensino Serviço e Comunidade (PIESC).

Neste estudo, descreve-se a situação vacinal dos estudantes do primeiro período dos cursos de enfermagem, farmácia e medicina da UFSJ, em 2009, e identificam-se os fatores associados a apresentar o esquema vacinal completo no momento da campanha.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal realizado na Universidade Federal de São João del Rei, em 2009. A população de estudo foi composta por estudantes dos cursos da área da saúde regularmente matriculados no primeiro período dos cursos de enfermagem, medicina e farmácia, perfazendo 277 estudantes.

O critério de escolha dos estudantes deveu-se ao fato de estes ingressarem nos campos de prática nos primeiros semestres do curso, expondo-se ao risco de contaminação por doenças imunopreveníveis em virtude do contato com pacientes. Todos os alunos matriculados nas séries mencionadas foram convidados a participar do estudo e só não foram incluídos os que se negaram a participar e os que estavam ausentes no momento da coleta de dados. Foram excluídos 90 estudantes.

Os estudantes de enfermagem, medicina e farmácia foram orientados a procurar o Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho (Sesat), da UFSJ, com o cartão de vacina.

Participaram do estudo 187 alunos, distribuídos da seguinte maneira: 58 alunos do curso de enfermagem, 50 alunos do curso de medicina e 79 alunos do curso de farmácia.

Os dados foram coletados entre abril e novembro de 2009, mediante preenchimento de um questionário, aplicado pela enfermeira do Sesat da UFSJ, contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, curso, apresentação do cartão vacinal, vacinação em dia. Foram analisadas as vacinas dupla adulto, dupla ou tríplice viral, febre amarela e hepatite B. As vacinas contra a varicela e a *influenza* não foram pesquisadas em virtude de estarem disponíveis somente nos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (Cries).

Para verificar a associação entre a variável dependente, a vacinação em dia e as demais variáveis independentes, foram realizados teste qui-quadrado e a razão de prevalência para medir a magnitude da associação.

Os dados foram digitados no programa EpiData 3.1 e analisados no programa Epi Info 6.04.

Após a identificação dos estudantes com situação vacinal irregular e/ou desconhecida, foram oferecidas as vacinas contra hepatite B, sarampo e rubéola (dupla viral), febre amarela, difteria e tétano (dupla adulto) no ambiente escolar. O consolidado do mapa diário de doses aplicadas foi encaminhado ao setor de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.

Este estudo foi realizado com a observância da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Conep), e aprovado pelo Conselho de Ética da Fundação Educacional de Divinópolis sob o Parecer nº 17/2010.

RESULTADOS

Foram avaliados 187 (67,5%) alunos do total de 277 matriculados nos três cursos. Observa-se, na TAB. 1,

que, do total da amostra, 78,1% eram do sexo feminino e 21,9% do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre 17 e 29 anos, com a média de 22 anos. O curso com maior proporção de participantes foi o de farmácia, com 42,3%, enquanto o curso de medicina, com 26,8%, foi aquele com a menor participação.

TABELA 1 – Frequência dos estudantes da UFSJ segundo o sexo, a idade e o curso – 2009.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	41	21,9
Feminino	146	78,1
Idade¹		
Menor de 20 anos	97	53,6
20 anos e mais	84	46,4
Curso		
Enfermagem	58	31,0
Farmácia	79	42,2
Medicina	50	26,7

Nota¹: 6 valores ignorados de idade.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

Acerca da situação vacinal, 155 (82,9%) apresentaram cartão vacinal, 32 (17,1%) não possuíam cartão de vacina no momento da coleta de dados.

Entre os estudantes que apresentaram o cartão de vacina, somente 38 (24,5%) estudantes tinham o cartão em dia. A maioria dos documentos de comprovação vacinal, 117 (75,5%) não estava de acordo com as vacinas sugeridas como obrigatórias aos estudantes da graduação, assim como padronizadas para os profissionais de saúde.

Dos 117 estudantes com cartão em atraso, verificou-se que 31,5% estavam somente com uma vacina em atraso; 33,6%, com duas vacinas em atraso; 28,2%, com três vacinas em atraso; e 6,7%, com mais de três vacinas em atraso.

No GRÁF. 1 mostra-se que a cobertura vacinal variou de acordo com o imunobiológico. A maior cobertura foi identificada para as vacinas de sarampo e rubéola (92%), seguidas da hepatite B e dupla adulto com coberturas de 52% e 49%, respectivamente. A vacina contra a febre amarela foi a de menor cobertura, representando 37%.

Em relação à associação entre vacinação em dia, e as variáveis independentes verificou-se que o sexo ($p=0,42$), a idade ($p=0,62$) e o curso ($p=0,31$) não apresentaram associação estatisticamente significativa.

TABELA 2 – Razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança 95% (IC 95%) para o sexo, a idade e o curso, segundo a vacinação em dia dos estudantes da UFSJ – 2009.

Variáveis	RP	IC 95%	P valor
Sexo			
Masculino	-	-	0,42
Feminino	0,67	0,31-1,48	
Idade			
Menor de 20 anos	-	-	0,62
Maior de 20 anos e mais	0,89	0,62-1,27	
Curso			
Enfermagem	1,27	1,17-1,39	0,31
Farmácia	1,56	0,54-4,61	
Medicina	-	-	

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados da pesquisa.

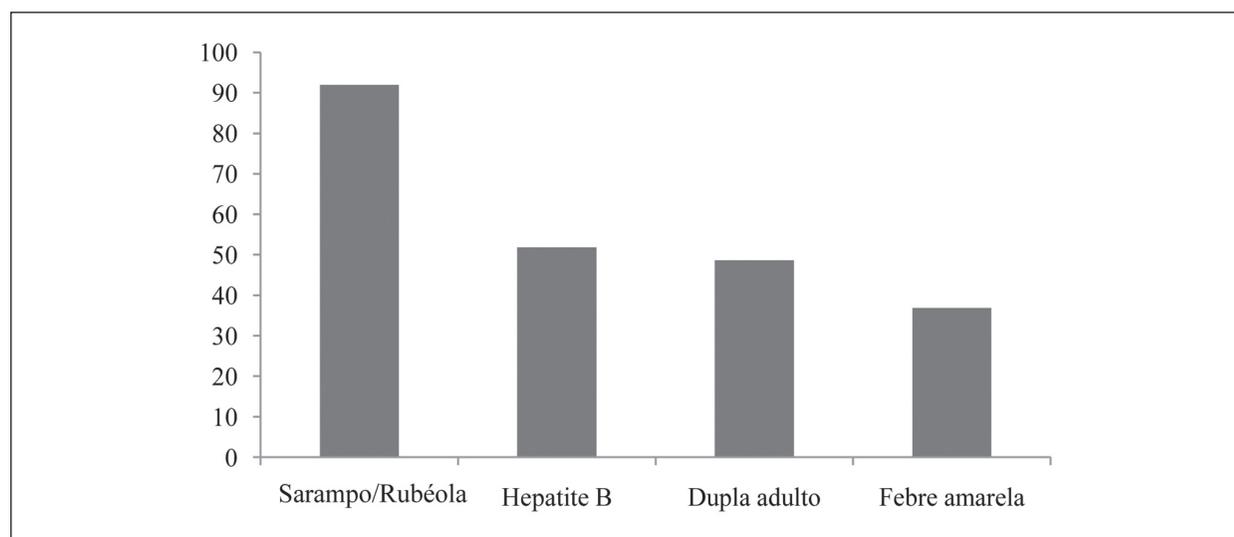


GRÁFICO 1 – Cobertura vacinal dos estudantes da UFSJ por imunobiológico – 2009.

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Neste estudo mostrou-se que mais da metade dos estudantes dos Cursos das Ciências da Saúde da UFSJ participaram da campanha de vacinação organizada pela instituição. O curso com maior representatividade de estudantes foi o de farmácia. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de os professores exigirem dos estudantes o cartão de vacina atualizado no início das atividades práticas.

Pode-se considerar que houve adesão significativa dos estudantes, entretanto comparando-se essa adesão por curso, observa-se que os estudantes de medicina foram os menos participativos. Isso corrobora outro inquérito de cobertura vacinal realizado com os estudantes de medicina na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), cuja adesão/participação alcançada foi de 37% dos acadêmicos.⁷ O autor recomenda maior empenho institucional – por exemplo, oferecimento regular da vacinação e verificação da situação vacinal no momento da matrícula.

Pressupõe-se que as Instituições de Ensino Superior (IES), por não terem essa prática instituída, não têm atuado de forma efetiva na prevenção e no controle das doenças infecciosas, ignorando a não adesão dos estudantes à imunização e, conseqüentemente, a baixa cobertura vacinal na academia.⁸ A ausência de políticas voltadas para a vigilância em saúde contradiz a própria política institucional de ensino, que almeja o ensino-aprendizagem em um contexto mais amplo. O momento propício para a vacinação dos estudantes de saúde é antes mesmo de concluir a graduação, mais especificamente antes de ingressar nos estágios, levando-se em conta que o treinando apresenta um risco ainda maior de contaminação que o profissional experiente, dada a inexperiência clínica e destreza manual.³

O desconhecimento da situação vacinal ainda é um dos maiores problemas que se enfrentam quando se trata da vacinação de adultos, pois o indivíduo não costuma preservar seu comprovante de vacinação.⁹ Entretanto, neste estudo, os dados revelaram que a maioria dos estudantes apresentou o comprovante de vacinação. Podemos atribuir o fato à ampla divulgação da campanha e também à melhor receptividade do jovem calouro. Também, certamente, com a implementação de políticas públicas de saúde, a população se encontra mais empoderada a respeito da importância da vacinação contra as doenças imunopreveníveis e, atualmente, a carteira de imunização é essencial nos deslocamentos regionais.

Apesar do grande número de estudantes com cartão de vacina, constatou-se, nesta investigação, que o risco de contrair infecções por doenças imunopreveníveis entre os estudantes da área de saúde da UFSJ é expressivo, em face da incompletude dos seus esquemas de vacinação. Provavelmente, a ideia errônea de muitos adultos de que a vacina somente estaria indicada para recém-nascidos e crianças venha impedir a sequência do esquema vacinal,

perdendo-se com o tempo. No Brasil, a vacinação na vida adulta tem seu valor como prevenção rotineira, além de corrigir eventuais falhas de esquemas vacinais.¹⁰

Embora os graduandos da área da saúde não sejam considerados profissionais de saúde, eles desenvolvem atividades acadêmicas similares às aquelas realizadas pelos profissionais de saúde. Na UFSJ, no primeiro período do curso, esses alunos são inseridos em atividades práticas nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família. Assim, é evidente a necessidade de verificação da situação vacinal dos discentes para o diagnóstico de saúde em relação à imunização e o planejamento de ações direcionadas para a regularização do *status* vacinal.

Estudo realizado no Piauí, com o objetivo de avaliar a cobertura vacinal dos alunos de um Curso de Especialização em Saúde da Família, mostrou que 31,63% dos enfermeiros, 90,9% dos cirurgiões-dentistas e 69,2% dos médicos não tinham informação sobre quais as vacinas que o PNI preconiza para os profissionais de saúde, o que representa uma grande lacuna no conhecimento da equipe.³

Outro estudo realizado com alunos de odontologia encontrou um percentual de acadêmicos vacinados contra a hepatite B muito aquém do desejado, tendo apenas 75,98% de graduandos vacinados, sendo ainda mais inquietante o reduzido número de acadêmicos que concluíram o esquema vacinal de três doses.¹¹

A hepatite B é a doença comumente associada aos profissionais da área da saúde, e a vacinação é a forma mais eficaz de prevenção contra o vírus da hepatite B. Todos os estudantes e os trabalhadores da saúde que usam materiais perfurocortantes, ou podem estar expostos a eles, nas suas atividades profissionais apresentam um risco aumentado de acidentes e, conseqüentemente, de infecção grave ou fatal com patógenos de transmissão hematogênica como a hepatite B.^{12,13}

No Brasil, a vacinação contra a hepatite B é recomendada universalmente para recém-nascidos, indivíduos menores de 20 anos e pessoas com maior risco para adquirir a infecção, dentre elas os trabalhadores da saúde. Essa vacina foi introduzida no calendário vacinal na década de 1990.¹⁴

Os resultados deste estudo indicam que a prevalência de vacinação completa contra a hepatite B encontrada foi maior, se comparada com outras pesquisas realizadas no Brasil.^{7,15}

Em pesquisa realizada para determinar a prevalência dos marcadores da hepatite B em profissionais de saúde, detectou-se que, do total de funcionários vacinados, 87,8% completaram o esquema de vacinação e os outros 12,2% receberam apenas uma ou duas doses da vacina. Os autores acreditam que a não realização do esquema completo é um fato que ocorre frequentemente na vacinação contra hepatite B, seja por esquecimento (uma vez que o esquema é 0, 30 e 180 dias), seja pela ideia de que uma única dose já confere imunidade.¹⁶

Outra pesquisa realizada com o objetivo de investigar

os riscos de contaminação nos acidentes de trabalho evidenciou um grande risco do trabalhador da saúde em adquirir a infecção pelo HBV, uma vez que 27,2% dos acidentados não tinham recebido o esquema completo de vacinação contra a hepatite B.¹⁷

Estudo mostra que estudantes brasileiros do curso de graduação em saúde iniciam estágios curriculares precoce e desordenadamente, às vezes sem conhecimento das normas de biossegurança e sem a verificação de sua situação vacinal, correndo o risco de infecção por doenças imunopreveníveis.⁶ Dessa forma, os discentes devem ter a comprovação de seu estado imune e receber imunobiológicos necessários regularmente no início dos cursos, pois o risco biológico está sempre presente no cotidiano acadêmico.^{18,19}

Em levantamento realizado para analisar acidentes com perfurocortantes entre estudantes da área da saúde, observou-se que em 25,3% dos acidentados o esquema vacinal contra hepatite B estava incompleto. Neste estudo, recomenda-se intensificar a orientação sobre as medidas de biossegurança, incluindo aspectos relacionados à imunização, especialmente a vacina contra a hepatite B.⁴

Para controle do tétano acidental, define-se como pessoa adequadamente vacinada aquela que tomou três doses de toxoide tetânico (tríplice bacteriana, tetravalente, dupla adulto, dupla infantil, toxoide tetânico) tendo sido a última dose há menos de dez anos.¹⁴

O resultado encontrado neste estudo é preocupante, visto que quase a metade dos entrevistados havia mais de dez anos não recebia uma dose de toxoide tetânico. Isso pode refletir tanto a falta de informação sobre os riscos e vulnerabilidades da doença por parte do estudante quanto à ausência ou eficácia de ações de vigilância em saúde nos serviços de saúde.

Com relação às vacinas contra sarampo e rubéola, os percentuais altos de vacinação justificam-se, visto que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo campanha de vacinação indiscriminada contra rubéola para a população menor de 39 anos, em 2008, em todo o país, como compromisso de saúde internacional para a erradicação do sarampo e o controle da rubéola. No Estado de Minas, foi administrada a tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) em pessoas entre 12 e 19 anos e a aplicação da vacina dupla viral (sarampo e rubéola) em homens e mulheres de 20 a 39 anos.

No tocante à cobertura vacinal dos graduandos deste estudo, a vacina contra a febre amarela foi a que apresentou menor cobertura. Pode-se inferir que as

coberturas encontradas neste estudo devem-se ao fato de que em 2009 seria necessário o reforço preconizado pelo PNI a cada dez anos. Em Minas Gerais, a primeira dose da vacina foi administrada em 1999. Uma das metas do PNI é o processo de acompanhamento e avaliação da cobertura vacinal, como a vacina anti-amarelão. O controle da doença só será alcançado se as coberturas vacinais atingirem percentuais homogêneos para todos os subgrupos da população e em níveis considerados suficientes para reduzir a morbimortalidade da doença.²⁰

É relevante que todo estudante da área de saúde, grupo de risco à exposição a agentes biológicos, deve ser submetido à rotina vacinal completa referente ao esquema do trabalhador de saúde. Sem a obrigatoriedade e o controle da situação vacinal desses estudantes, não haverá sucesso em iniciativas de cuidado à saúde voltada para essa população.

CONCLUSÃO

Pela análise dos resultados pode-se concluir que os graduandos da área de saúde da UFSJ não estão adequadamente imunizados, tornando-os suscetíveis a adquirir e transmitir doenças imunopreveníveis no desempenho das atividades práticas.

Uma das limitações deste estudo foi a proporção subestimada da situação vacinal em dia, pelo fato de não ter sido investigado se os sujeitos participantes do estudo tinham outro comprovante vacinal além do apresentado durante a pesquisa. É muito comum a presença de mais de um comprovante vacinal, principalmente os adultos, que muitas vezes têm o cartão da criança e também o cartão do adulto. Outra limitação encontrada foi o período da coleta de dados. Como cada curso apresenta uma grade curricular diferenciada, alguns estudantes poderiam não ter tido acesso à campanha. Para tentar minimizar esse possível viés, foram disponibilizados vários dias e horários para a realização da campanha.

Nessa perspectiva, é imperativo maior empenho das IESs, por meio de atividades educativas e ações de imunização permanente, visando a uma adequada cobertura vacinal de seus graduandos ao ingressar nos serviços de saúde, e a presença do cartão de vacinação é fundamental para o controle da situação vacinal.

Por outro lado, ressalte-se a necessidade de atuação dos gestores de saúde quanto à implantação de políticas de saúde que permitam monitorar e avaliar a situação vacinal da população adulta, bem como exigir o cumprimento do esquema vacinal para ingresso nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Medeiros EAS, Marino CGG. Vacinação em profissionais de saúde. In: Farhat CK, Carvalho ES, Weckx LY, Carvalho LHF, Succini RCM. Imunizações: fundamentos e prática. SP: Atheneu; 2000. p.125-35.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
3. Araújo TME, Paz EPA, Griep RH. Cobertura vacinal dos profissionais de um curso de especialização em Saúde da Família do Piauí. Esc Anna Nery Rev Enferm.. 2006; 10(1): 95-100.

4. Gir E, Netto JC, Malaguti SE, Canini SRMS, Hayashida M, Machado AA: Accidents with biological material and immunization against hepatitis B among students from the health area. *Rev Latinoam Enferm*. 2008; 16(3): 401-6.
5. Arent PM, Cunha L, Freitas PF. Situação vacinal dos estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina no período prévio ao internato. *Rev Ciênc Méd*. 2009; 18(1):13-20.
6. Moreira MCB, Lima GZ. Evolução dos conhecimentos sobre doenças imunopreveníveis de alunos no curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Semina*. 2007; 28(1): 15-22.
7. Ribeiro JGL. Necessidade de adoção de uma política específica de imunização para acadêmicos de medicina: a situação da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2002. 60p.
8. Santos SLV, Souza ACS, Tipple AFV, Souza JTS. O papel das instituições de ensino superior na prevenção das doenças imunopreveníveis. *Rev Eletrônica Enferm*. 2006; 8(1):91-8.
9. Ilse LV, Luciana A, Udson P. Tétano acidental no Estado de Santa Catarina, Brasil: aspectos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saúde*. 2005; 14(1).
10. Mieli MPA, Aldrighi JM. Tétano no climatério. *Rev Assoc Med Brás*. 2006; 52(4): 229-31.
11. Cavalcanti FM, Melo RGSV, Patrício DPS, Zimmermann RD. Hepatite B: conhecimento e vacinação entre os acadêmicos da Faculdade de Odontologia de Caruaru – PE. *Odontologia. Clín Científ Recife*. 2009; 8 (1): 59-65.
12. Moura JP, Gir E, Canini SRMS. Acidentes ocupacionais com material perfurocortante em um hospital regional de Minas Gerais. *Cienc Enferm*. 2006; 12 (1): 29-37.
13. Shimizu HE, Ribeiro EJG. Ocorrência de acidente de trabalho por materiais perfurocortantes e fluidos biológicos em estudantes e trabalhadores da saúde de um hospital escola de Brasília. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36(4): 367-75.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de vacinação. 3ª ed. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; 2001.
15. Paiva EMM. Soroprevalência da infecção pelo vírus da hepatite B e avaliação da imunidade vacinal em cirurgiões-dentistas de Goiânia – GO [tese]. Goiânia (GO): Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Convênio Rede Centro-Oeste UNB/UFMG/UFMS; 2008. 141 p.
16. Moreira RC, Saraceni CP, Oba IT, *et al*. Soroprevalência da hepatite B e avaliação da resposta imunológica à vacinação contra a hepatite B por via intramuscular e intradérmica em profissionais de um laboratório de saúde pública. *J Bras Patol Med Lab*. 2007; 43(5): 313-8.
17. Almeida CAF, Maria CCB. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1): 120-6.
18. Cabrera SEM, Merege CES. Inquérito vacinal de alunos da graduação em medicina e enfermagem da FAMERP, no ano de 2006 e 2007, e suas possíveis implicações na atuação discente. *Ciênc Saúde Coletiva*. In press 2010.
19. Ciésła A, Jaworek A, Mach T, Warunek UJS, Bajsarowicz MZ, Glowacki M. The risk of bloodborne infections among medical students. *E & C Hepatology*. 2006; (3): 26-30.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações: 30 anos. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; 2003.

Data de submissão: 16/3/2011

Data de aprovação: 1º/8/2012

PERSPECTIVAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO NORTE DE MINAS GERAIS*

PERSPECTIVES FOR PERMANENT HEALTH EDUCATION IN THE NORTH OF THE STATE OF MINAS GERAIS

PERSPECTIVAS DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD EN EL NORTE DEL ESTADO DE MINAS GERAIS

Maisa Tavares de Souza Leite¹
Roseni Rosângela de Sena²
Maria Aparecida Vieira³
José Márcio Girardi de Mendonça⁴
Orlene Veloso Dias⁵
Maria Ivanilde Pereira Santos⁶
Luís Paulo Souza e Souza⁷

RESUMO

Com este estudo, objetivou-se identificar e analisar as experiências de Educação Permanente em Saúde, desencadeadas pelo Sistema Único de Saúde na região norte de Minas Gerais, Brasil. Trata-se de um recorte de uma pesquisa nacional descritiva, com abordagem quantitativa, coordenada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, tendo como parceiras a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), que se responsabilizou pela investigação na região norte do Estado de Minas Gerais. As experiências de Educação Permanente em Saúde e os sujeitos do estudo foram identificados por meio da pesquisa exploratória. Os instrumentos de coleta de dados foram a entrevista semiestruturada aplicada aos gestores municipais e a observação de profissionais de saúde no decorrer de uma oficina do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. A análise dos dados exploratórios possibilitou o mapeamento das experiências: Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e Programa de Educação Permanente para Médicos. Pela técnica de análise do discurso, evidenciou-se que essas experiências se aderem às concepções de Educação Permanente, com potencial para transformação das práticas de saúde e organização das redes na Atenção Primária à Saúde, e encontram-se em processo de construção.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Políticas Públicas; Educação em Serviço; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify and analyse experiences of continuing health education promoted by the Unified Health System in the northern region of Minas Gerais, Brazil. This is an extract from a national descriptive research with a quantitative and qualitative approach coordinated by the Ribeirão Preto Nursing School of the University of São Paulo, Brazil, in partnership with the Federal University of Minas Gerais and the State University of Montes Claros (Unimontes). The latter was responsible for the research in the northern region of the State of Minas Gerais. The programs in continuing health education and the study subjects were identified by exploratory research. Data collection instruments were a semi-structured interview applied to local managers and observation of health professionals during a workshop of the Primary Health Care Master Plan. Exploratory data analysis allowed the mapping of the Primary Health Care Master Plan and of the Continuing Medical Education Program. Discourse analysis demonstrated that these experiences are related to continuing education and are vital to the transformation of health practices and the organization of the primary health network. Both programs are under construction.

Keywords: Continuing Health Education; Public Policies; In-service Training; Unified Health System

RESUMEN

Este estudio pretende identificar y analizar las experiencias de educación permanente en salud llevadas a cabo por el sistema único de salud en la región norte de Minas Gerais – Brasil. Se trata de un recorte de una investigación nacional con enfoque descriptivo coordinado por la Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo – Brasil en sociedad con la Universidad Federal de Minas Gerais y la Universidad Estatal de Montes Claros, responsable de la investigación en la región norte del estado. Las experiencias de educación permanente en salud y los sujetos del estudio fueron identificados por la investigación exploratoria. Los instrumentos de recogida de datos fueron la entrevista semiestruturada, aplicada a los gestores locales y la observación de profesionales de la salud durante un

* Este trabalho é parte do relatório de pesquisa "Avaliação das experiências de Educação Permanente em Saúde desencadeadas a partir da formação a distância de tutores e facilitadores em todas as regiões do Brasil", desenvolvida com financiamento do MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT Nº 23/2006 – Estudo da Gestão em Saúde, Processo nº 409352/2006-3.

¹ Doutora em Ciências. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)-MG, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Emérita da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte-MG, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Unimontes-MG, Brasil.

⁴ Mestre em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da Unimontes-MG, Brasil.

⁵ Mestre em Ciências. Professora do Departamento de Enfermagem da Unimontes-MG, Brasil.

⁶ Mestre em Economia. Professora do Departamento de Saúde Mental e Coletiva e do Departamento de Ciências Econômicas da Unimontes-MG, Brasil.

⁷ Acadêmico do curso de Graduação em Enfermagem da Unimontes-MG, Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida Ruy Braga, s/nº, bairro Vila Mauricéia, Prédio 6 – CCBS. Montes Claros-MG, Brasil. CEP: 39401-089. Tel. (38) 32298283. E-mail: mstiv@terra.com.br.

taller del plan maestro de la atención primaria de la salud. El análisis exploratorio de los datos permitió la asignación de experiencias: Plan Director de Atención Primaria de la Salud y programa de educación permanente para médicos. La técnica de análisis del discurso mostró que estas experiencias están relacionadas con el concepto de educación permanente y que tienen potencial para transformar las prácticas de salud y la organización de la red de atención primaria de la salud, ambas en proceso de construcción

Palabras clave: Educación Permanente en Salud; Políticas Públicas; Servicios de Educación; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde que estabelece novas diretrizes para sua implementação diante da política de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um eixo estruturante que busca a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde ao contribuir para a qualidade dos cuidados em saúde.¹

A incorporação da Educação Permanente em Saúde (EPS) na dinâmica dos serviços é estratégia fundamental para a recomposição das práticas da formação, da formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação para formar profissionais para o SUS.² Para tanto, é indispensável a criação e a adoção de políticas públicas educativas que contribuam positivamente para a promoção da saúde e colaborem para o trabalho em equipe entre professores, estudantes, gestores, e comunidade, objetivando o bem-estar individual e coletivo.³

A preparação de profissionais e estudantes, de acordo com os princípios do SUS, visa romper com a atual organização do trabalho desempenhado nos serviços de saúde, considerando que esse trabalho tem sido realizado de forma fragmentada. Assim, cresce a necessidade da adoção de práticas educativas que constituam ferramentas que facilitem a análise das experiências locais, da organização de ações em rede, dos processos formativos em todos os níveis e da qualificação dos docentes, das modificações na gestão, atenção à saúde e o fortalecimento da participação popular.⁴

A Educação Permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, em que o aprender e o ensinar devem integrar a prática diária dos profissionais da saúde, o que permite refletir sobre as diversas realidades e os modelos de atenção em saúde em que estão inseridos, buscando identificar problemas.⁵

Está relacionada à concepção de integralidade, analisada em três eixos de sentidos: o primeiro, aplicado às características das políticas de saúde de forma a possibilitar a interação de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; o segundo, ligado à apreensão ampliada e contextualizada das necessidades de saúde; e o terceiro, ao modo de organização dos serviços de saúde, para conseguir a articulação dos diferentes níveis de complexidade, a interdisciplinaridade, a multiprofissionalidade e a intersetorialidade.⁶

A EPS atua conforme o quadrilátero da formação criado por Ceccim,⁷ o qual é composto pela interação entre os segmentos da formação, que visa à modificação da educação tradicional, centrada no professor e na transmissão, por uma educação interacionista e da problematização; da atenção, que busca construir novas práticas de saúde, considerando os princípios da integralidade, da equidade e da humanização; da gestão, cuja função é disponibilizar redes de atenção para assegurar a resolatividade das necessidades individuais e coletivas e do controle social, que deve apoiar as lutas em favor da saúde pública.

Por meio da imagem desse quadrilátero de formação na área da saúde propôs-se construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimento e invenções.⁸

Investigações sobre a EPS têm sido elaboradas em vários contextos, contribuindo para seu aprimoramento, ao fornecer subsídios para reflexões que irão possibilitar mudanças nas práticas de atenção à saúde.

Nesse sentido, com este estudo objetivou-se identificar e analisar as experiências de Educação Permanente em Saúde desencadeadas pelo SUS na região norte do Estado de Minas Gerais a partir do mapeamento das experiências regionais.

MÉTODOS

Este estudo é um recorte de uma pesquisa nacional descritiva, com abordagem quantitativa, coordenada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), localizada em Ribeirão Preto-SP, intitulada "Avaliação das experiências de educação permanente em saúde desencadeadas a partir da formação a distância de tutores e facilitadores em todas as regiões do Brasil". Em Minas Gerais a responsabilidade pela sua realização coube à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (Nupepe) –, em parceria com a Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), responsável pela pesquisa na região norte do Estado de Minas Gerais, onde está localizada.

Para tal, foi construído um grupo-tarefa composto por professores da área da saúde, que, em um primeiro momento, procurou identificar as experiências de EPS

nessa região utilizando estudo exploratório, realizado pela localização de informantes-chave (gestores municipais de saúde), portadores de conhecimentos sobre os locais com experiências exitosas e também por leituras em documentos institucionais sobre o tema. Esses informantes, por sua vez, indicaram pessoas, equipes e instituições envolvidas em experiências relativas à EPS.

As três experiências selecionadas com base no consolidado na fase exploratória seguiram os critérios de inclusão fundamentados nas concepções de EPS,⁶ conforme orientação da Coordenação Nacional do Estudo.

Para a descrição da primeira experiência – Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) –, foi utilizada a entrevista semiestruturada com roteiro para possibilitar que os próprios atores sociais informassem os dados relativos a condutas, opiniões, desejos e expectativas.⁹

A coleta de dados ocorreu em uma oficina de implantação do PDAPS, promovida pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, que contava com gestores e profissionais da área da saúde. Os sujeitos foram os identificados na fase exploratória desta investigação.

A análise dos dados empíricos desta primeira experiência foi organizada segundo a técnica de análise do discurso, com o objetivo de realizar reflexão sobre as condições de produção e apreensão dos significados produzidos nos textos. Foram identificadas as figuras e os temas dos discursos, constituindo-se a rede de expressões, que foram recortadas e agrupadas de acordo com os aspectos e características comuns ou que se relacionavam entre si.⁹

Para a descrição da segunda experiência – Programa de Educação Permanente para Médicos (PEP) – foram utilizados os mesmos procedimentos metodológicos adotados na descrição da primeira experiência. Os sujeitos entrevistados foram médicos que atuaram nas equipes de Saúde da Família e que, em torno de dois anos, participaram das Oficinas do PEP, que visam qualificar a atuação desse profissional na Atenção Primária à Saúde.

Na terceira experiência – Oficina 2 do PDAPS –, os pesquisadores utilizaram a observação livre de um grupo de profissionais de saúde participantes desse evento. Para tanto, adotou-se a perspectiva de que observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social tenha sido abstraído de seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades e relações, para captar sua essência em uma perspectiva específica e ampla, ao mesmo tempo de contradições, dinamismos e de relações.¹⁰

No decorrer da observação, foram feitas anotações de campo, que continham reflexões, expressões verbais e não verbais sobre os sujeitos envolvidos na oficina.¹⁰ Foram descritas todas as manifestações observadas, as circunstâncias físicas necessárias ao trabalho que se pretendia realizar e as questões metodológicas e teóricas

preconizadas pelo PDAPS. A análise dos dados ocorreu imediatamente após o término desses registros.¹⁰

Esta observação teve como cenário uma Unidade de Saúde da Família, identificada também na fase exploratória desta investigação, localizada na zona rural de Montes Claros.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unimontes – Parecer Consubstanciado nº 1131/08 – e a pesquisa nacional pelo CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo – Parecer nº 015/07.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados advindos da pesquisa exploratória realizada com os informantes foram identificadas três experiências em EPS na região norte do Estado de Minas Gerais: duas referentes ao Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e outra ao Programa de Educação Permanente para Médicos.

Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS)

O PDAPS caracteriza-se como um esforço conjunto de profissionais, gestores e cidadãos no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde por meio do planejamento, organização, operacionalização e monitoramento de ações que objetivam resultados concretos na melhoria dos indicadores de saúde, na qualidade e na resolubilidade da assistência à saúde.

Foi instituído como projeto prioritário da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais para a reorganização da Estratégia de Saúde da Família e as redes de atenção na Atenção Primária à Saúde no SUS,¹¹ desenvolvido em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESPMG) e universidades, dentre elas a Unimontes.

Este projeto foi executado em 2008-2009, nas macrorregiões Norte, Nordeste e Jequitinhonha e em todas as microrregiões do Estado. Sua metodologia é baseada nos princípios da educação de adultos – Andragogia – e inclui um conjunto de 10 oficinas de capacitação dos profissionais das equipes de saúde, com a implantação de Linhas Guia de Atenção à Saúde e de instrumentos de diagnóstico da situação de saúde, programação e monitoramento de ações, além de outros instrumentos de gestão.

Esta proposta configura-se como EPS por atender aos seguintes pressupostos: ocorre de forma multiprofissional, capacitando médicos, enfermeiros e dentistas; desenvolve-se no serviço, na sede das microrregiões, nos municípios e nas equipes de Saúde da Família e tem a participação do controle social na perspectiva de transformação da realidade local. Nesse sentido, um participante relata:

A primeira experiência importante que a gente vai descrever é baseada no Plano Diretor. Já tem mais de um ano que está ocorrendo a sua implantação.

Primeiro, participamos do Plano Piloto de implantação e fazíamos a replicação com a equipe multiprofissional médico, enfermeiro e dentista e a partir do início da formação desses tutores, eles fazem a replicação em cada unidade. (E2)

Observa-se pelo discurso que o entrevistado reconhece o processo de formação contribuindo não apenas para o fortalecimento dos atores da gestão pública na região, mas também para o próprio processo de aprendizagem do grupo, na perspectiva da educação permanente.¹²

A metodologia de trabalho proposta pelo Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde é realizada no local de trabalho dos profissionais envolvidos, procurando incorporar a aprendizagem ao cotidiano dos serviços como mostra o enunciado a seguir:

Quase todas as nossas equipes têm uma sala de reuniões dentro da unidade mesmo [...]. Eles estão fazendo a replicação em cada uma. O próprio trabalho chama para alguma coisa. [...] Não podemos fechar a unidade. Tem que ficar sempre alguém lá para atender o usuário. (E2)

A aprendizagem-trabalho constitui uma ferramenta para o desenvolvimento de capacitações com práticas pedagógicas que relacionem a gestão e a organização dos serviços com a interdisciplinaridade das ações das equipes de saúde. Essa situação pode possibilitar que os profissionais expressem, no processo de trabalho, conhecimentos apreendidos nas experiências cotidianas do trabalho e nas situações reais, vivenciadas na prática.¹³

O que deve ser realmente central na EPS, porém, é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, é a introdução de mecanismos, de espaços e temas que geram implicação, mudança institucional,² como sugere o depoimento a seguir:

Primeiro ocorre a formação de tutores, depois vamos replicando ao nosso modo na Residência e depois a gente faz em roda de conversa dentro da comunidade. Cada tutor desenvolve localmente algumas formas de trabalhar, geralmente em rodas de conversas, capacitando e tendo a possibilidade de todo mundo falar os problemas, as dificuldades de enfrentamento, que poderia ter soluções daquilo que a gente acha viável. (E2)

Percebe-se que a adoção, no decorrer do desenvolvimento das ações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, de concepções da pedagogia crítico-reflexiva, com a utilização de metodologias que permitem a problematização das situações vivenciadas no cotidiano, podem possibilitar mudanças institucionais no processo de trabalho em saúde.¹⁴

Essas mudanças reforçam a concepção de que a educação permanente parte do pressuposto de que a aprendizagem significativa promove e produz sentidos e propõe a transformação da atuação dos profissionais pela reflexão crítica sobre as práticas desenvolvidas na rede de serviços.¹⁵

No entanto, observa-se que os profissionais de nível médio de um cenário do Plano Diretor não conseguiram, ainda, perceber movimentos de mudanças. O discurso a seguir expressa essa situação:

Identificamos alguns problemas; nós sentimos que os profissionais de nível médio não fizeram a adesão ao projeto, participaram, fizeram as tarefas propostas, sugeridas, desenvolveram o que foi pedido, mas a gente percebeu que eles não incorporaram realmente; a gente acha que esse foi um dos motivos que fizeram não acontecer, além de outros a falta do computador a falta do prontuário eletrônico. (E1)

Durante os processos de capacitação, recomenda-se ao orientador estimular o desenvolvimento da autonomia de todos os sujeitos envolvidos, procurando instigá-los a uma real proposta de renovação da prática para construir significados necessários à consolidação do SUS.¹⁶

Conclui-se que as ações de Educação Permanente, em processo de implantação pelo Plano Diretor em Montes Claros, vêm provocando pequenas mudanças em modelos de trabalho consolidados, permeados pela concepção hegemônica tradicional.^{3,4,15} Começam a se configurar sutis espaços de mudança nos processos de trabalho em saúde, conforme o discurso de um entrevistado:

O Plano Diretor é um instrumento muito bom que nos norteia bastante quanto ao planejamento das ações e quando a gente implanta realmente começa a perceber isso. (E2)

Espera-se que as instituições formadoras e gestoras da saúde continuem a promover os meios adequados à formação de profissionais, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores da implementação da Reforma Sanitária brasileira.⁸

Oficina 2 do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde

A Oficina 2, intitulada "A análise da Atenção Primária à Saúde no Município", teve como objetivos realizar o alinhamento conceitual e situacional da APS e compreender seus princípios e sua aplicação. Estruturada na abordagem da metodologia problematizadora, ocorre no serviço de forma multiprofissional e com a presença do controle social.

Foi realizada no dia 29 de setembro de 2008, em uma Unidade de Saúde da Família, localizada na zona rural de Montes Claros e contou com a participação das pesquisadoras, que foram recebidas pelos profissionais de saúde participantes: médica, enfermeiro, agentes comunitárias de saúde, técnica de enfermagem, agente da zoonose, auxiliar de serviços gerais e representante da comunidade.

Em um primeiro momento, o coordenador da Oficina iniciou a reunião com boas-vindas a todos e relatou a presença das pesquisadoras. Após as apresentações foi explicado o objetivo do estudo e os preceitos éticos que

embasam as investigações em saúde. A seguir, realizou-se o acolhimento de todos os envolvidos na implantação do PDAPS.

Seguindo a programação apresentada no *Guia do Tutor/Facilitador* da Oficina 2, instrumento didático utilizado nas oficinas e elaborado pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, o coordenador teve dificuldades em realizar a segunda etapa da Oficina, quando deveria avaliar as atividades realizadas no período de dispersão da Oficina 1 – As Redes de Atenção à Saúde. Os participantes apresentaram dificuldades em expressar, pela linguagem oral, os conhecimentos elaborados na Oficina 1.

A dificuldade em resgatar a Oficina 1 com os seus fazeres talvez possa ser explicada, considerando que os modelos de trabalho já dados e dominantes estejam presentes de maneira hegemônica nesses profissionais que os impede, neste momento, de serem ativos diante da mudança. Também as atividades que deveriam ser realizadas a partir da Oficina 1 podem estar distantes das condições próximas ao trabalho e das singularidades dos lugares e das pessoas.¹⁷ Para superar essa dificuldade, o coordenador procurou resgatar os conhecimentos anteriores em discussão com a plateia, tomando-os como subsídio para a construção do trabalho proposto: Oficina 2 – Análise da Atenção Primária à Saúde.

Dando prosseguimento às atividades, a coordenação solicitou e ouviu as expectativas dos participantes a respeito da Oficina 2, que ficaram centradas na perspectiva de adquirir conhecimentos para a melhoria dos serviços à comunidade.

Em seguida, com a utilização de um projetor de multimídia, o coordenador desenvolveu aula expositiva dialogada sobre o tema “Fundamentação sobre a Atenção Primária à Saúde”, conforme recomenda o *Guia do Tutor*. Essa apresentação possibilitou aos participantes a oportunidade de se expressarem com espírito crítico e criatividade, expondo suas percepções a respeito da prática profissional e da organização do trabalho.¹⁸

Essa ação evidenciou o desafio de pensar uma nova pedagogia que usufrua todas as que têm implicação com a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva e que se veja incorporada à intervenção que coloca no centro do processo pedagógico as questões ético-políticas dos trabalhadores no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde no plano individual e coletivo, em si e em equipe.⁴

Nesse procedimento, os participantes desempenharam papel ativo, fazendo comentários e relato de fatos, dando exemplos, expondo suas dúvidas e respondendo perguntas. Ressalte-se que vários profissionais se esforçaram para fazer anotações durante essa exposição e a coordenação valorizou as vivências dos participantes ao relacionar conhecimentos prévios com o tema em estudo.

Percebeu-se que poucos profissionais permaneceram indiferentes no decorrer desta atividade, e um dos fatores que podem ser atribuídos ao fato refere-se à distribuição das carteiras, dispostas de maneira tradicional e o escuro da sala, por causa do uso do projetor de multimídia.

Mudar a concepção hegemônica tradicional é um desafio ambicioso.² Muito ainda deve ser feito, pois reformar o pensamento é transformar posturas adquiridas ao longo dos anos, e isso demanda tempo e comprometimento de todos os envolvidos, que, desafiados a sair da postura tradicional e do conforto dos saberes adquiridos, desconfiam das metodologias ativas, da construção de vínculos e da importância de articular dispositivos de mudança no processo de trabalho em saúde.¹⁶

Programa de Educação Permanente para Médicos de Família

O Programa de Educação Permanente para Médicos de Família constitui uma intervenção educacional da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais para promover a educação permanente dos médicos que atuam nas equipes de Saúde da Família nos municípios. Baseia-se nos princípios da aprendizagem de adultos e nas melhores evidências científicas disponíveis na literatura internacional.

Articula estratégias educacionais para aprendizagem individual, em pequenos grupos e coletiva. O programa é implementado em parceria com escolas de medicina, com o intuito de instrumentalizar os médicos das equipes de Saúde da Família na melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população.

O PEP proposto apresenta concepção promissora na perspectiva de contribuir com a Estratégia Saúde da Família e os pressupostos da Atenção Primária à Saúde. Diferentemente das concepções de educação tradicional e continuada, o programa inova nos seguintes aspectos: parte da reflexão sobre a prática como princípio da aprendizagem; estabelece ligação essencial entre o aprendido e a busca da qualidade na atenção ao usuário; estimula e desenvolve a aprendizagem autodirigida com o compartilhamento de lacunas e deficiências e o exercício do suporte mútuo no esforço de superá-las; introduz e estimula o hábito da avaliação do desempenho clínico.

Essa avaliação é realizada por pares ou autoconduzida e promove a adoção de padrões explícitos de desempenho pela aceitação de aderência a critérios e protocolos; amplia o escopo da educação permanente, abrangendo não somente tópicos biomédicos, mas aspectos interpessoais e outros, ligados ao desenvolvimento pessoal.

Segundo os relatos obtidos por meio das entrevistas semiestruturadas, os participantes realizaram detalhada descrição sobre o PEP. Informaram que foi feita capacitação para um grupo de médicos que atuam no SUS, dando início aos processos de implantação da proposta de Educação Permanente. Essa capacitação

fundamenta-se em algumas metodologias utilizadas atualmente para a Educação Permanente de médicos em outros países e teve a duração de cinco meses. Nesse período, um grupo de médicos e um de orientadores tiveram encontros presenciais mensais e também virtuais.

A seguir, realizou-se ampla mobilização com os gestores locais de saúde para garantir a participação efetiva dos médicos que atuam no Programa de Saúde da Família dessa microrregião. Nesse processo, foi pactuado com os gestores que a participação dos médicos seria realizada no horário de serviço, no chamado "horário protegido", ou seja, os médicos cumprem seus horários durante a semana e um deles fica protegido para a Educação Permanente, garantindo sua efetiva participação.

Ressalte-se que uma das características da EPS refere-se ao fato de que ela deve acontecer como capacitação no serviço para transformar essa prática. Nesse sentido, observa-se que o PEP tem cumprido o preceito de "acontecer em serviço" para possibilitar a construção de espaços coletivos de reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano.²

Em relação ao desenvolvimento dos temas, foi relatado nas entrevistas que não há necessidade de especialista naquele assunto para conduzir a discussão, porém é preciso um material específico, construído pelo grupo de trabalho, com a ajuda do tutor e do supervisor do Grupo de Aperfeiçoamento Profissional (GAP). Geralmente, o trabalho é orientado pelas Linhas Guia, que são protocolos editoriais contendo diretrizes e recomendações para todos os profissionais de saúde, com a finalidade de determinar, normalizar, padronizar ou regular ações e/ou procedimentos.

No PEP, cada GAP conta com a participação de 10 a 12 médicos no grupo e essa composição, relativamente pequena, facilita o trabalho e permite a capacitação de forma homogênea, além de possibilitar maior interação entre os profissionais.

Construir novas práticas de saúde tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização, da inclusão e da participação dos usuários, objetivando o atendimento das necessidades sociais por saúde,² é um desafio a ser buscado, como mostra este discurso:

O grande interesse do PEP é mudar a prática profissional. Existem vários estudos mostrando que essas estratégias educacionais tradicionais têm um potencial muito pequeno para mudar a prática profissional. Na verdade, essas estratégias têm uma possibilidade um pouco maior de mudar o conhecimento do médico. Mas transformar esse conhecimento em mudança de prática é um potencial que essas atividades – congresso, seminário, jornada – não mostrou ainda ser eficiente. Ou seja, o médico vai numa jornada e até aprende alguma coisa, mas ele não transforma aquilo que ele aprende em prática. (E3)

Espera-se que a EPS, como processo educativo, preste atualização cotidiana da prática, segundo os mais recentes

aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis. Nos discursos a seguir, podem ser percebidas pequenas mudanças na prática cotidiana dos médicos entrevistados:

Os profissionais vão refletindo sobre a prática e estabelecendo metas de mudança de prática. Então, de certa forma, os resultados são pactuados com o grupo, e nas reuniões subsequentes cada profissional tem que dar respostas sobre essas mudanças. (E3)

Como o grupo é permanente, isso cria uma cumplicidade entre os profissionais e eles acabam mudando a prática de forma mais eficaz do que fariam se tivessem simplesmente participando de um outro curso qualquer. (E4)

Verificou-se, ainda, pelas entrevistas, a satisfação e o interesse dos profissionais médicos, em relação ao PEP, por possibilitar a utilização de novas tecnologias no processo de trabalho, como a internet. Mesmo diante de realidades de rotatividade, existem demandas para participar do grupo de origem – GAP –, mesmo quando o profissional já mudou daquela cidade envolvida no programa.

Para ocupar o lugar ativo da EPS, é preciso abandonar o sujeito que somos, deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, que se encaixam em modelos prévios do ser profissional, para abrir fronteiras,² como mostra o discurso a seguir:

Há grupos em que as coisas são mais difíceis. Particularmente quando envolvem determinadas especialidades. Entra na questão do poder do médico naquilo que sempre fez, ele vê essa prática sendo confrontada com a literatura e num grupo de pares essa prática se mostra ultrapassada. Isso dá um desconforto, que a literatura mostra que é extremamente benéfico para mudança de prática. Mas, para alguns não é fácil aceitar... (E3)

A Educação Permanente favorece a problematização de forma contextualizada, aproxima a realidade do trabalho e promove o diálogo entre as políticas públicas e as singularidades dos lugares e pessoas,¹⁴ configurando-se em espaços de mudança nos processos de trabalho em saúde, considerados complexos nesta e em outras realidades do SUS.¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, revelou-se que a Educação Permanente encontra-se em processo de construção nas experiências descritas nos diferentes cenários. As dificuldades encontradas envolvem questões de formação, gerenciais, institucionais e relativas aos processos de trabalho. Mediante o enfrentamento dessas dificuldades, podem surgir possibilidades de ação e caminhos estratégicos que podem gerar mudanças nas práticas de atenção à saúde, segundo as necessidades reais dos serviços, das famílias e da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 22 ago. 2007.
2. Haddad JQ, Roschke MA, Davini MC, editores. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS/OMS; 1994.
3. Peduzzi M, Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface Comunic Saúde Educ. 2009;13(30):121-34.
4. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):975-86.
5. Stroschein KA, Zocche DAA. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. Trab Educ Saúde. 2011; 9(3): 505-19.
6. Arruda MP, Araújo AP, Locks GA, Pagliosa FL. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. Rev Bras Educ Med. 2008; 32(4):518-24.
7. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(4):975-86.
8. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1):41-65.
9. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo (SP): Atlas; 1994.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
11. Kleba ME, Comerlato D, Colliselli L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(2):335-42.
12. Santos-Figueiredo MF, Rodrigues-Neto J, Leite MTS. Modelos Aplicados às atividades de educação em saúde. Rev Bras Enferm. 2010; 63(1):117-21.
13. Ricaldoni CAC, Sena RR. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2006; 14(6):837-42.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. 50p.
15. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saude Publica. 2004; 20(5):1411-6.
16. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública. 1993; 9(3):237-48.
17. Amestoy SC, Milbrath VM, Cestari ME, Thofehrn MB. Educação Permanente e sua inserção no trabalho da Enfermagem. Cienc Cuid Saúde. 2008; 7(1):83-8.
18. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface Comunic Saúde Educ. 2005; 9(16):172-4.

Data de submissão: 22/8/2011

Data de aprovação: 16/8/2012



ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

NURSES PERFORMANCE IN A MOBILE PREHOSPITAL CARE

DESEMPEÑO DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA MÓVIL

Rodrigo de Souza Adão¹
Maria Regina dos Santos²

RESUMO

A atividade do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar (APH) no Brasil desenvolveu-se a partir da década de 1990, com o surgimento das unidades de suporte avançado de vida. Atualmente, o enfermeiro é participante ativo dessa equipe, onde desenvolve importante papel de atendimento assistencial com qualidade, prevenindo complicações, avaliando riscos potenciais e conduzindo o atendimento de forma segura. O objetivo com este estudo foi descrever as ações do enfermeiro em unidade básica e avançada de saúde no APH móvel, por meio de revisão literária. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados Lilacs e SciELO. Constatou-se que o caminho percorrido desde a inserção do enfermeiro no APH, seja no Brasil, seja em países mais adiantados nesse sistema, ainda está por ser consolidado. Contudo, já se pode vislumbrar que, em pouco mais de duas décadas de atuação nos serviços de APH em nosso país, o enfermeiro tem constantemente ampliado sua participação, tornando-se imprescindível para o sucesso do serviço prestado.

Palavras-chave: Enfermeiro; Serviços Médicos de Emergência; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Nurses' engagement in pre-hospital care in Brazil began in the 90's with the introduction of the advanced life support unit. Currently, nurses are an active part of a team delivering quality care, preventing complications, evaluating potential risks, and conducting the process of care safely. The objective of this study was to describe, through literature review, nurses' actions in primary and advanced health care inside a pre-hospital mobile unit. Data was collected from Lilacs (Latin American Literature in Health Sciences) and SciELO (Scientific Electronic Library Online) databases. The study demonstrated that the nurses' participation in pre-hospital care in Brazil as well as in other countries, in which the service is at a higher level of development, is yet to be consolidated. However, in just over two decades, nurses have steadily expanded their participation and are now essential to the service success.

Keywords: Nurse; Emergency Medical Services; Health Services.

RESUMEN

Las actividades de los enfermeros en la atención pre-hospitalaria (APH) en Brasil se han desarrollado a partir de los años 90, con el surgimiento de las unidades de apoyo avanzado de vida. Actualmente, los enfermeros forman parte activa de este equipo y desempeñan un rol importante en la atención de calidad, previniendo complicaciones, evaluando riesgos potenciales y conduciendo sus tareas con seguridad. El objetivo de este estudio ha sido describir mediante la revisión literaria las acciones de los enfermeros en unidades básicas y avanzadas de salud en la atención pre-hospitalaria móvil. La recogida de datos se llevó a cabo en las bases de datos Lilacs y SciELO. Se ha constatado que el camino recorrido desde la inserción del enfermero en APH, ya sea en Brasil o en países más avanzados en este sistema, aun no se ha consolidado. Sin embargo, se puede vislumbrar que, en poco más de dos décadas de actuación en los servicios de APH en nuestro país, los enfermeros han ampliado constantemente su participación, imprescindible para el éxito de los servicios prestados.

Palabras claves: Enfermero; Servicios Médicos de Urgência; Servicios de Salud.

¹ Aluno do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Paulista Campos Ribeirão Preto-SP Endereço postal: Rua Alcides de Araújo, 650 Jardim Profª Antonio Palocci, Ribeirão Preto-SP. CEP 14079-087 E-mail: will.black@terra.com.br.

² Professora do Instituto de Ciências da Saúde Universidade Paulista campus Ribeirão Preto-SP. Endereço para correspondência – Rua Anibal Vercesi, 501, residência 308, Jardim São Leandro, Bonfim Paulista, Ribeirão Preto-SP. CEP-14.110-970. E-mail: mariaregina@saofrancisco.com.br.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a ideia do atendimento das vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países. O Senado da República, em 1893, aprovou uma lei que pretendia estabelecer socorro médico de urgência na via pública do Rio de Janeiro, que na época era a capital do país. Em 1899, o Corpo de Bombeiros da mesma localidade colocava em ação a primeira ambulância, movida a tração animal, para realizar o referido atendimento.¹

Nos últimos anos, a considerável procura dos serviços públicos hospitalares de emergência decorreu do aumento da violência urbana, dos acidentes de trânsito e da própria precariedade dos serviços de saúde de atenção básica. A consequência imediata é a superlotação nas unidades de emergência, com pacientes que poderiam ser atendidos nas unidades de atenção básica ou em ambulatórios.^{2,3}

Esse aumento na demanda tem grande impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), repercutindo na assistência, nos gastos realizados com internações hospitalares e na alta taxa de permanência hospitalar dos pacientes.⁴

No contexto de atenção às urgências e emergências, faz-se presente a necessidade de adotar medidas que garantam o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar.

O serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) envolve todas as ações que ocorrem antes da chegada do paciente ao ambiente hospitalar e pode influir positivamente nas taxas de morbidade e mortalidade por trauma ou violências. Nesse sentido, uma assistência qualificada na cena do acidente – o transporte e a chegada precoce ao hospital – é fundamental para que a taxa de sobrevivência aumente.⁵

Considera-se atendimento pré-hospitalar toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, utilizando meios e métodos disponíveis. Esse tipo de atendimento pode variar de um simples conselho ou orientação médica até o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência onde houver pessoas traumatizadas, visando à manutenção da vida e à minimização de sequelas.⁴

No Brasil, o sistema se divide em serviços móveis e fixos. O APH móvel, objeto desta reflexão, tem como missão o socorro imediato das vítimas que são encaminhadas para o APH fixo ou para o atendimento hospitalar.⁴

O APH móvel é realizado por meio de duas modalidades: o suporte básico à vida, que se caracteriza por não realizar manobras invasivas, e o suporte avançado à vida, que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório.⁶

Particularmente o foco deste estudo é o APH móvel, pois o tempo decorrido e a assistência prestada entre o acidente e a admissão hospitalar são considerados fatores relevantes para reduzir a morbimortalidade das vítimas. A primeira hora, conhecida também como “a

hora de ouro” (*golden hour*) após a ocorrência de uma lesão traumática, é considerada o tempo crítico para a implementação do tratamento que modificará o prognóstico. O conceito da hora de ouro é confirmado por vários estudos que demonstram que uma considerável parcela das vítimas com lesões graves que ameaçam a vida morrem no trajeto entre o local do evento e o hospital ou nas primeiras horas do acidente.^{7,8}

Nesse cenário desfavorável, o Ministério da Saúde, no decorrer dos últimos vinte anos, elaborou portarias com o objetivo de difundir os conceitos, as diretrizes e as ações nessa área, que foram motivadas pela demanda dos serviços de urgência e emergência.⁹

Dentre as normativas ministeriais, destaca-se a Portaria nº 2048/2002, por meio da qual foi instituído o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, com o objetivo de ordenar o acesso a esse atendimento, com garantia de acolhimento, atenção qualificada e resolutiva para as urgências de baixa e média complexidade, além da referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS.³

Vista a relevância social da implementação de normas para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências, bem como a adoção de estratégias de promoção da qualidade de vida, a identificação dos determinantes e condicionantes das urgências, o Ministério da Saúde publicou, em 2003, a Portaria nº 1.863, instituindo a Política Nacional de Atenção às Urgências, que define, dentre tantos outros temas, a organização de redes locais de atenção integral às urgências; o estabelecimento de um componente pré-hospitalar, unidades não hospitalares de atendimento às urgências; a criação de um componente pré-hospitalar móvel representado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências; e a utilização de um componente hospitalar caracterizado pelos serviços de urgência das unidades hospitalares.⁴

Em setembro de 2003, com a Portaria GM nº 1864, foi instituído o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço Móvel de Urgência (Samu) em municípios e regiões de todo o território brasileiro.⁴

As unidades de emergência constituem os meios para o atendimento de pacientes acometidos por agravos de urgência e emergência que ameaçam a vida, dispondo de pronta avaliação e mecanismos que propiciam a terapêutica por meio de equipe multiprofissional capacitada.⁹

Nesse cenário, podemos definir que emergência é a imediata ação terapêutica visando sanar necessidades humanas básicas que acometem funções vitais da vida, enquanto a urgência se caracteriza por imediata ação terapêutica que visa à recuperação do paciente que com um comprometimento agudo de suas necessidades humanas básicas, mas que não proporcionem risco de morte iminente. Nesse sentido, o objetivo das unidades de emergência é prestar serviços médicos imediatos

com qualidade, segurança e de forma contínua, baseados em programas de cooperação, orientação e desenvolvimento de práticas específicas.⁹

Na enfermagem, assim como em outros setores, a emergência configura-se como serviço de política, comunicação, interação e cuidados específicos, pautados por embasamento científico, e possui também como objetivo coletivo recuperar ou diminuir agravos de saúde. Contudo, o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem no APH é uma prática relativamente nova para os padrões de enfermagem tradicional.^{8,10}

A atividade do enfermeiro no APH no Brasil desenvolveu-se a partir da década de 1990, com o surgimento das unidades de suporte avançado de vida (SAV), que tem como características manobras invasivas de maior complexidade e, por esse motivo, são realizadas exclusivamente por médicos e enfermeiros.¹¹

Desde então, o enfermeiro é participante ativo da equipe de APH e assume, junto com a equipe, a responsabilidade pela assistência prestada às vítimas graves sob risco de morrer. Participa, também, da previsão de necessidades da vítima, define prioridades, inicia intervenções necessárias com o intuito de estabilizar a vítima, reavaliando-a a cada minuto durante o transporte para o tratamento definitivo.¹⁰

Entretanto, a atuação do enfermeiro no APH não se restringe somente à assistência, devendo ele participar continuamente de cursos de capacitação técnica e pedagógica, visto que, além de prestar socorro às vítimas em situação de emergência, também desenvolve atividades educativas como instrutor, participa da revisão dos protocolos de atendimento e elabora materiais didáticos para a equipe, que deve ser devidamente qualificada e constantemente treinada.^{11,12}

Sabe-se que o desenvolvimento dos serviços de APH, sejam eles públicos ou privados, culminam com a necessidade de profissionais qualificados e treinados que atendam às especificidades dos cuidados de enfermagem durante o atendimento pré-hospitalar, com vista à prevenção, proteção e recuperação à saúde. Dentre as competências importantes para o exercício da prática de enfermagem no APH, está o raciocínio clínico para a tomada de decisão, capacidade física e psíquica para lidar com situações de estresse, capacidade de trabalhar em equipe e habilidade para executar as intervenções prontamente.^{2,11}

Nesse contexto, identifica-se a importância da educação permanente direcionada a esses profissionais, uma vez que as necessidades de conhecimento e a organização de demandas educativas são geradas no processo de trabalho, apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação. Sob esse enfoque, o trabalho não é concebido como uma aplicação do conhecimento, mas em seu contexto sócio-organizacional e resultante da própria cultura do trabalho.¹³

Um dos pontos significativos das diretrizes de atenção às urgências diz respeito à criação dos Núcleos de Educação em Urgências (NEUs), cujos objetivos são a qualificação

e a educação permanentes dos recursos humanos para o atendimento em urgência e emergência. As recomendações chamam a atenção para a insuficiência da formação dos profissionais que atuam na área de urgência e emergência, uma vez que este tema ainda é insuficiente nos cursos de graduação, não constitui especialidade médica ou de enfermagem e existe um grau importante de desprofissionalização. A falta de educação contínua compromete a qualidade da assistência e do gerenciamento.¹⁴

Uma vez entendida a importância da educação permanente, é notório identificarmos a influência que ela tem, direta ou indiretamente, sobre a qualidade em serviços.

No Brasil, a área da saúde despertou para qualidade a partir da década de 1980, em razão da escassez de recursos financeiros, dos custos elevados, da evolução da tecnologia, além de pressões advindas da sociedade, indústria e governo, fazendo com que as organizações de saúde refletissem sobre sua forma de administrar e adotassem o gerenciamento de qualidade.¹⁵

O gerenciamento de qualidade pela enfermagem é visto como estratégia para o alcance de um padrão aceitável e contínuo de assistência, satisfazendo as necessidades dos clientes internos e externos, além da organização, com qualidade e custo acessível.¹⁶ Esse gerenciamento permite, ainda, o desenvolvimento dos recursos humanos, gerando responsabilidades aos trabalhadores, gerentes e administradores, fator que gera sentimento de valorização, maior comprometimento e conhecimento do processo de trabalho, os quais potencializam a qualidade da assistência de enfermagem ofertada aos clientes.¹⁷

A qualidade é definida em instituições de saúde como a melhoria contínua de processos e pessoas, com o objetivo de melhoria contínua, satisfazendo, assim, todos os atores envolvidos.¹⁸ Pode ser caracterizada pela busca incessante de uma meta ou objetivo que proporcione bons produtos ou serviços adquiridos às pessoas envolvidas.¹⁹

Nos dias atuais, o que muitas instituições utilizam como ferramenta para atingir suas metas são os protocolos institucionais e de atendimento, visto que seu uso possibilita ao enfermeiro e à equipe de APH otimização do tempo de atendimento, maior eficiência, menores possibilidades de erros, garantindo, assim, a qualidade e a eficácia.²⁰

A participação do enfermeiro na estruturação dos serviços, no desenvolvimento de ações educativas e no gerenciamento dessa modalidade de atenção ainda requer um esforço organizado para sua ampliação, acrescentando um novo olhar aos serviços de APH.²⁰ Por esse motivo, cabe aos enfermeiros de APH móvel se inserirem nos mais variados espaços relacionais e inter-relacionais, de forma consciente e direcionada às necessidades específicas dos sujeitos, para que sejam prestados cuidados de forma humana, competente e integral.⁹

JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica dada a importância da área de urgência e emergência no contexto de redução de morbimortalidade, mediante atendimento primário no local de ocorrência por equipe multiprofissional, com enfoque na qualidade de assistência prestada pela equipe de enfermagem. Nesse contexto, são pesquisadas as ações desenvolvidas pelo enfermeiro no APH móvel.

Os resultados de uma revisão de literatura poderão contribuir com evidências sobre a atuação do enfermeiro no APH móvel, possibilitando o conhecimento e/ou entendimento dos serviços prestados pelos enfermeiros que atuam em APH móvel.

OBJETIVO

Descrever as ações do enfermeiro em unidade básica e avançada de saúde no APH móvel, por meio de revisão de literatura nacional científica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica qualitativa, caracterizada por descrição, análise e correlação dos fatos e/ou fenômenos acerca do tema proposto, sem interferência do pesquisador no ambiente de pesquisa, com o objetivo de expressar o sentido do fenômeno e/ou fato, reduzindo a distância entre o real e a teoria. Este estudo foi realizado por meio de materiais já elaborados, possibilitando obtenção do maior número possível de informações sobre o tema proposto.²¹

A coleta de dados foi realizada nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), por meio de leitura exploratória de resumos

e títulos, onde foi verificada a relevância das obras em relação às ações de enfermagem em APH móvel.

Como critérios de inclusão, foram utilizados artigos científicos publicados no Brasil na língua portuguesa, no espaço de tempo compreendido entre 2000 a 2010, preferencialmente. O material utilizado constituiu-se de artigos científicos ao APH móvel.

Os critérios de exclusão foram formados por artigos científicos não disponibilizados na íntegra, em língua estrangeira, e materiais que não correspondem à temática de estudo.

A coleta nos bancos de dados foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2011, por meio das palavras-chave: enfermeiro(a), Samu e pré-hospitalar.

Após a busca nos bancos de dados, obteve-se um total de 41 trabalhos científicos, que foram filtrados mediante leitura preliminar de títulos e resumos, onde foi possível descartar 34 obras irrelevantes ao estudo; em seguida, iniciou-se a leitura crítica dos trabalhos científicos restantes, resultando em sete obras relevantes a pesquisa.²¹ Após a leitura crítica das fontes relevantes e a realização de fichamento delas, os textos obtidos foram tabulados, analisados e interpretados, visando explicar o objetivo de pesquisa e transcrevê-los em forma de resultados.²¹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com esta pesquisa, foram obtidos sete artigos científicos. Os resultados foram apresentados em duas etapas: a primeira compreendeu a caracterização dos artigos e a segunda, as ações do enfermeiro em unidade básica e avançada de saúde do APH móvel.

A seguir são apresentados os QUADROS 1 e 2, referentes à busca da amostra do estudo.

Caracterização de amostra

QUADRO 1 – Distribuição da busca no Lilacs por meio de palavras-chave, busca, exclusão, seleção e leitura – Ribeirão Preto, 2011.

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)				
Palavra-chave	Busca	Exclusão	Seleção	Leitura
Samu x enfermeiro(a)	3	2	1	1
Pré-hospitalar x enfermeiro(a)	38	32	6	6
Total	41	34	7	7

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

QUADRO 2: Distribuição da busca no SciELO por meio de palavras-chave, busca, exclusão, seleção e leitura – Ribeirão Preto, 2011.

<i>Scientific Eletronic Library Online</i> (SciELO)				
Palavra-chave	Busca	Exclusão	Seleção	Leitura
Samu x Enfermeiro(a)	2	2	0	0
Pré-hospitalar x enfermeiro(a)	0	0	0	0
Total	2	2	0	0

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

A análise da produção de sete artigos que abordam a atuação do enfermeiro no APH móvel, exposta no quadro a seguir, resultou em quatro categorias: atuação do enfermeiro no suporte avançado de vida

(SAV), educação e capacitação dos recursos humanos, elaboração de protocolos de atendimento, gerência e atividades administrativas, discutidas a seguir.

QUADRO 3 – Distribuição dos artigos científicos segundo o ano de publicação, o autor, o periódico, o título do artigo e a categoria temática de estudo – Ribeirão Preto, 2011.

ANO	AUTOR	PERÍODICO	TÍTULO	CATEGORIA
2000	Rosimey R. Thomaz, Flávia V. Lima	<i>Acta Paulista de Enfermagem</i>	Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo.	– Atuação do enfermeiro no SAV – Elaboração de protocolos de atendimento
2006	Waleska A. da Porciúncula Pereira, Maria A. D. da Silva	<i>Acta Paulista de Enfermagem</i>	Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito.	– Atuação do enfermeiro no SAV – Gerência e atividades administrativas
2009	Damaris L. B. Figueiredo, Adenan L. R. C. da Costa	<i>Acta Paulista de Enfermagem</i>	Serviço de atendimento móvel as urgências Cuiabá: desafios e possibilidades para profissionais de enfermagem.	– Atuação do enfermeiro no SAV – Educação e capacitação dos recursos humanos – Elaboração de protocolos de atendimento
2010	Alexandre de Assis Bueno, Andrea Bernardes	<i>Texto & Contexto Enfermagem</i>	Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre gerenciamento de enfermagem.	– Atuação do enfermeiro no SAV – Educação e capacitação dos recursos humanos – Gerência e atividades administrativas
2010	Vanessa L. L. de Melo de Avelar, Kely C. M. de Paiva	<i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>	Configuração identitária de enfermagem de um serviço de atendimento móvel de urgência.	– Atuação do enfermeiro no SAV
2003	Patrícia K. Rocha, Marta L. de Prado, Vera Radünz, Antonio de Miranda Wosny	<i>Revista Brasileira de Enfermagem</i>	Assistência de enfermagem em serviços pré-hospitalar e remoção aeromédica.	– Educação e capacitação dos recursos humanos
2006	Devani de Vargas	<i>Revista Paulista de Enfermagem</i>	Atendimento pré-hospitalar: formação específica do enfermeiro na área e as dificuldades encontradas no início de carreira.	– Elaboração de protocolos de atendimento – Gerência e atividades administrativas

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa.

CATEGORIAS TEMÁTICAS

A amostra do estudo originou quatro categorias temáticas, as quais são apresentadas e discutidas a seguir.

Atuação do enfermeiro no suporte de atendimento avançado (SAV)

A inserção do enfermeiro no APH móvel ocorreu por meio da política nacional de atenção as urgências, baseado no modelo francês, que possui distintas categorias na composição da equipe. No SAV, a ambulância é tripulada por motorista socorrista, médico e enfermeiro, caracterizados e acionados por meio da regulação médica por agravos de ordem clínica, traumática, cirúrgica e psiquiátrica, que necessitam de intervenções complexas.^{22,23}

A partir de então, o enfermeiro participa, juntamente com a equipe de APH móvel, de ambientes diversos,

com restrição de espaço físico e em situações limite de tempo da vítima e cena. Essas situações evidenciam a necessidade de decisões imediatas, baseadas em protocolos, conhecimento e rápida avaliação.²²⁻²⁴

Juntamente com o médico e o socorrista, o enfermeiro é responsável pela assistência, que tem como meta a reanimação e a estabilização do paciente no local de ocorrência e durante o transporte para o pré-atendimento fixo. Dada a necessidade de envolver técnicas complexas, além de manobras invasivas, essa assistência justifica a presença do enfermeiro e do médico na ambulância.²³⁻²⁵

Assim, é possível caracterizar a atuação do enfermeiro de APH móvel público por meio da avaliação das necessidades da vítima, da definição de prioridades, da realização de intervenções necessárias, da reavaliação contínua durante a remoção e transporte definitivo.

Dos sete artigos contidos na amostra, cinco (72%) evidenciaram a participação do enfermeiro na

ambulância de suporte avançado de vida. Dada a importância da prestação de assistência com habilidades e conhecimento científico que produza prognósticos positivos em relação à recuperação da vítima, o enfermeiro e o médico devem possuir embasamento teórico e habilidades respaldados em legislação que permitam a intervenção invasiva de ordem respiratória e circulatória, dentre outras que visem à estabilização e à recuperação das vítimas atendidas.

Educação e capacitação dos recursos humanos

Todo enfermeiro, na atribuição de suas funções, necessita de demanda, conhecimento científico atualizado, habilidade prática, dentre tantas outras características relevantes ao exercício da profissão.

O APH móvel se mostra como um novo campo de atuação para a enfermagem. A graduação desses profissionais tem melhorado com o passar do tempo, focando em um profissional crítico, reflexivo, dotado de conhecimentos. No entanto não existe uma disciplina destinada à urgência e à emergência em âmbito hospitalar. Assim, faz-se necessária a qualificação desses profissionais por meio de capacitação interna e externa, conforme preconizado pela Portaria nº 2.048, do Ministério da Saúde

Para tentar reverter o que envolve o inusitado, estão atualmente disponíveis vários tipos de cursos que têm o objetivo de colocar o enfermeiro frente a situações inesperadas, onde se exige um alto nível de resolutividade para o cuidado do paciente. Dentre eles estão o Advance Cardiac Life Support (ACLS), Advance Trauma Life Support (ATLS), Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), Basic Life Support (BLS), Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma (MAST), entre outros. Ainda assim alguns destes cursos refletem a realidade de uma sala de pronto-socorro, onde existe o suporte de equipamentos, material, exames subsidiários, recursos humanos que não retratam a realidade do ambiente pré hospitalar.²⁴

Algumas situações adversas constantes nessa modalidade de atendimento compreendem: exiguidade de espaço para a realização de técnicas, vítimas presas em ferragens, soterramento e desabamento, tentativa de suicídio, atendimento domiciliar, falta de luminosidade, poluição sonora, atendimento múltiplo, exposição ao sol, calor, frio, chuva, dentre vários outros.²⁴

Para a obtenção de sucesso e qualidade na assistência a vítimas no seu local de ocorrência, faz-se necessário o trabalho conjunto dos profissionais dos mais variados graus de formação, cujos objetivos do APH somente são alcançados quando a equipe toda está devidamente treinada, tendo habilidade e conhecimento profundo para reconhecer as variáveis envolvidas no trauma, podendo assim realizar corretamente as intervenções na cena do acidente.²⁶

A educação permanente em serviço (EPS) caracteriza-se como um centro de aprendizado constante dos

profissionais integrantes do APH móvel, favorecendo a participação e discussão da vivência dos profissionais perante a realidade enfrentada no dia a dia. Estudos apontam que todos profissionais possuem interesse em obter mais informação, independência e produção no processo de trabalho.²⁵

O núcleo de educação permanente no serviço de atendimento móvel de urgência, representado pelo EPS, promove a capacitação e o treinamento específicos da área de atuação aos socorristas, médicos, enfermeiros e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem inseridos nessa modalidade de assistência. Ressalte-se que esses núcleos são preconizados pelo Ministério da Saúde, visando, por meio do treinamento e capacitação, à melhoria constante da qualidade dos serviços prestados e à minimização da falta de recursos humanos especializados nessa área.²⁵

Como dito, o APH móvel trata-se de uma nova área de atuação da enfermagem. Três artigos (43%) que compõem a amostra referem a educação continuada e a capacitação profissional como imprescindíveis à assistência de qualidade; o ensino oferecido na graduação não oferece subsídio específico para atuação desse profissional no APH. Assim, cabe ao enfermeiro, sempre, buscar conhecimento por meio de palestras, cursos, congressos, além de educação oferecida por núcleos de educação permanente dentro da instituição em que presta assistência, vincular sua equipe neles, bem como atuar como um disseminador de conhecimento no seu local de trabalho, refletindo qualidade de atendimento.

Elaboração de protocolos de atendimento

O enfermeiro possui, em sua gama de atribuições no APH móvel, a função de elaborar protocolos internos de atendimento, os quais devem ser desenvolvidos e organizados com consistência na avaliação rápida, prontidão das técnicas de estabilização de condições respiratórias, circulatórias e hemodinâmicas visando ao menor tempo gasto, à eficiência, à qualidade e ao mínimo de erros.^{22,24}

Os protocolos utilizados no serviço de atendimento móvel de urgência (Samu) no Brasil são baseados em protocolos internacionais readaptados para a nossa realidade, refletida na falta de vagas, ineficiência dos setores primários de saúde, composição de equipe, modalidades de atendimento, legislação vigente, dentre outros.²⁴

É consenso, em vários estudos, que cada serviço de saúde deve ter seu protocolo baseado na sua epidemiologia, recursos humanos, recursos materiais e legislação profissional.²⁴

Como as situações de emergência requerem medidas eficazes que necessitam do mínimo de tempo possível para serem adotadas e iniciadas, no APH móvel o uso de protocolos torna-se imprescindível, visto que permite ao enfermeiro, juntamente com a equipe, atuar com maior grau de independência e interdependência, gerando

otimização na assistência prestada. Cada instituição pode ter o seu próprio protocolo para sua equipe, desde que garanta a avaliação rápida, possibilitando, assim, menor tempo gasto no atendimento, eficácia e possibilidade mínima de erros. Para isso, é necessário que em seu conteúdo estejam presentes as intervenções e a estabilização dos estados respiratório, circulatório e neurológico, seguidas de imobilização, transporte rápido e seguro para o hospital adequado mais próximo.^{22,24}

Os protocolos são citados em três artigos (43%) e entende-se como um norteammento baseado nos padrões e realidades de cada instituição, cujo objetivo é proporcionar respaldo, agilidade, além de otimização da assistência prestada, livre de riscos ao paciente.

Gerência e atividades administrativas

Por meio do gerenciamento e/ou atividades administrativas desempenhadas pelo enfermeiro gestor, torna-se possível coordenar tal processo com planejamento, organização, controle e dirigibilidade dos esforços dos membros da instituição, sempre com um objetivo em comum preestabelecido. Esse objetivo deve ser baseado na realidade e epidemiologia da instituição e compreensão de toda equipe envolvida, e para isso o gestor deve utilizar todos os recursos disponíveis, como trabalho, capital, informação e tecnologia.²⁶

A equipe de profissionais da saúde deve ser composta por: coordenador do serviço, responsável Técnico, responsável de enfermagem, médicos reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros assistenciais e auxiliares e técnicos de enfermagem.²⁵

O enfermeiro deve ser um profissional devidamente legalizado perante seu conselho de fiscalização, habilitado para ações específicas de enfermagem, possuindo como atribuição no APH móvel assistência aos pacientes que demandem alta complexidade, além da prestação de serviços operacionais e administrativos. Ressalte-se que nessa modalidade de assistência o enfermeiro desempenha o gerenciamento de enfermagem de forma diferente, já que sua equipe, em momentos de urgência e emergência, encontra-se distante e por vezes sob orientação da regulação médica.²⁵

Diante do exposto e dos três artigos (43%) contendo características de gerenciamento de enfermagem na amostra selecionada, compreende-se o enfermeiro nesse

serviço como um facilitador da busca de resultados que darão sentido ao processo. Essa atuação não deve ser poupada de humanização, democracia, flexibilidade, programas e de mecanismos que venham subsidiar e enriquecer cognitivamente todos os colaboradores envolvidos. O APH móvel deve ter um plano de gestão que integre e promova a participação dos seus vários atores de diferentes hierarquias envolvidos. Com isso, o enfermeiro deve alinhar sua equipe às metas estabelecidas, proporcionando respaldo e suporte em momentos em que não estiver presente, favorecendo a articulação, a integração e as relações entre as pessoas envolvidas, viabilizando conhecimento técnico científico, dentre outros que, certamente, favorecerão o alcance das metas estabelecidas, além de crescimentos em todos os níveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, foi possível constatar que o enfermeiro ampliou seu espaço de atuação no campo de APH nos últimos anos. Além do trabalho de gerência e administração, tem maior inserção no trabalho assistencial no âmbito do atendimento com suporte avançado ou básico de vida. Nesse sentido, é possível evidenciar que sua atuação é imprescindível em todo processo de assistência à população-alvo do APH, desde a prevenção de eventos mediante a orientação e educação em saúde ao treinamento dos profissionais engajados no sistema de atendimento pré-hospitalar.

Essa é uma prática que exige conhecimento aprimorado e continuado, capacidade de lidar com situações estressantes e uma equipe de profissionais ampliada que difere da prática hospitalar. Com a pesquisa, trouxe-se à tona, ainda, a necessidade de dar visibilidade a uma nova linha de produção de cuidados em enfermagem que precisa de maiores investimentos por parte desses profissionais para possibilitar uma assistência eficiente no âmbito pré-hospitalar, atendendo aos princípios de integralidade e resolutividade preconizados pelo SUS.

Esta pesquisa pode, igualmente, contribuir para o aprimoramento da compreensão da atuação do enfermeiro no APH, objetivando propiciar reflexões e discussões entre profissionais que atuam nessa área e estimular pesquisadores no sentido de realizar estudos nesta linha de pesquisa, podendo-se até mesmo fazer inferências.

REFERÊNCIAS

1. Martins PPS, Prado ML. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. Rev Bras Enferm. 2003; 56(1):71-5.
2. Ferreira CSW. Os serviços de assistência às urgências no município de São Paulo: implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União, Brasília: 12 nov. 2002. Seção 1; 32-54.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1864 GM/MS, de 29 de setembro 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões todo o território brasileiro: SAMU-192. Diário Oficial da União, Brasília: out. 2003. Seção 1; 57-9.

5. Ribeiro KP. O enfermeiro no serviço de atendimento ao politraumatizado. In: Freire E. Trauma: a doença dos séculos. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 499-508.
6. Mavestio MAA, Souza RMC. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. Rev Saúde Pública. 2002; 36(5): 584-9.
7. Mock CN, Jurkovich GJ, Nii-Amon-Kotei D, Arreola RC, Maier RV. Trauma mortality patterns in three nations at different economic levels: implications for global trauma system development. J Trauma. 1998; 44:804-14.
8. Knobel E. Condutas no paciente grave. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 814/GM, de 1º de junho de 2001. Estabelece o conceito geral, os princípios e as diretrizes da regulação médica das urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
10. Thomaz RR, Lima FV. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. Acta Paul Enferm. 2000; 13(3): 59-65.
11. Malvestio MAA. Suporte avançado à vida: análise da eficácia do atendimento a vítimas de acidentes de trânsito em vias expressas [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
12. Azevedo TMVE. Atendimento pré-hospitalar na Prefeitura do Município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
13. Gentil RC, Ramos LH, Whitaker IY. Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar. Rev Latinoam Enferm. 2008; 16(2):192-7.
14. Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU): relato de experiência de Porto Alegre-RS. Comunic Saúde Educ. 2008. 12(26):659-66.
15. Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev Bras Enferm. 2004 set/out; 57(5):605-10.
16. Conselho Federal de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 1993
17. Greco RM. Ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. Brasília (DF). Rev Bras Enferm. 2004; 57(4): 504-7.
18. Antunes AV, Trevizan MA. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2000; 8(1): 35-44.
19. Fonseca SC. Atendimento pré-hospitalar. In: Calil AM, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu; 2007.
20. Ramos VO, Sanna MC. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. Rev Bras Enferm. 2005; 58(3): 355-60.
21. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
22. Figueiredo DLB, Costa ALRC. Serviço de atendimento móvel às urgências Cuiabá: desafios e possibilidades para profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009; 22(5): 707-10.
23. Avelar VLLM, Paiva KCM. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. Rev Bras Enferm. 2010; 63(6): 1010-8.
24. Thomaz RR, Lima FV. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. Acta Paul Enferm. 2000; 13(3): 59-65.
25. Bueno AA, Bernardes A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(1): 45-53.
26. Rocha PK, Prado ML, Radünz V, Wosny AM. Assistência de enfermagem em serviço pré-hospitalar e remoção aeromédica. Rev Bras Enferm. 2003; 56(6): 695-8.
27. Pereira WAP, Lima MADS. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. Acta Paul Enferm. 2006; 19(3): 279-83.
28. Vargas D. Atendimento Pré-Hospitalar: a Formação Específica do Enfermeiro na Área e as Dificuldades Encontradas no Início da Carreira. Rev Paul Enferm. 2006; 25(1): 38-43.

Data de submissão: 16/12/2011

Data de aprovação: 21/3/2012

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA NEUROPATIA PERIFÉRICA INDUZIDA POR QUIMIOTERAPIA: REVISÃO INTEGRATIVA E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

CHEMOTHERAPY-INDUCED PERIPHERAL NEUROTOXICITY ASSESSMENT: INTEGRATIVE REVIEW AND IMPLICATIONS FOR THE PRACTICE OF ONCOLOGY NURSING

INSTRUMENTOS PARA LA MEDICIÓN DE LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA INDUCIDA POR QUIMIOTERAPIA: REVISIÓN INTEGRADORA E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

Delma Aurélia da Silva Simão¹
Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima²
Raíssa Silva Souza³
Késsia Rubia Alves⁴
Waléria Maria Maia⁵

RESUMO

A neuropatia periférica induzida por quimioterapia (NPIQ) é uma toxicidade comum decorrente do uso antineoplásicos potencialmente neurotóxicos. Seus sintomas têm importante impacto sobre as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AVDs) dos pacientes oncológicos, por isso a monitorização de seus sintomas torna-se fundamental para a implementação de uma assistência de enfermagem efetiva. Com o objetivo de levantar e discutir os principais métodos utilizados para a monitorização da NPIQ e alguns aspectos relevantes para atuação do enfermeiro, realizou-se uma revisão integrativa da literatura entre os meses de novembro de 2009 e agosto de 2010. As seguintes etapas foram seguidas: estabelecimento dos critérios para seleção da amostra, registro do instrumento avaliado na pesquisa original, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão. Os resultados mostraram que alguns instrumentos têm sido elaborados por médicos e enfermeiros, com diferentes vantagens e limitações, e têm sido publicados com o propósito de padronizar essa avaliação. Dentre eles, a eletroneuromiografia é considerada padrão ouro para a avaliação da NPIQ, e instrumentos como FACT/GOG-Ntx, PNQ e QANPIA ainda vêm sendo avaliados em diferentes idiomas, populações ou delineamento de estudos. Concluiu-se que não há ainda um consenso sobre a melhor maneira de avaliar a gravidade dessas alterações, assim como não há um protocolo de enfermagem estabelecido para essa avaliação. Sugere-se que desenvolvimento de ferramentas eficazes possibilitará melhor avaliação dessa neuropatia e poderá facilitar a descoberta de futuras intervenções.

Palavras-chave: Enfermagem Oncológica; Cuidados de Enfermagem; Quimioterapia; Parestesia.

ABSTRACT

Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy (CIPN) is a common toxicity result of using potentially neurotoxic antineoplastic agents. Its symptoms have an important impact on instrumental activities of daily living (IADLs) and, therefore, monitoring its symptoms is fundamental for the implementation of an effective nursing care. In order to raise and discuss the main methods used for monitoring CIPN and some aspects relevant to nurses' performance, an integrative literature review was carried out between November 2009 and August 2010. The following steps were followed: establishment of a sample selection criteria; registration of instruments assessed at the original research; data analysis; interpretation and presentation of results. The results demonstrated that doctors and nurses developed instruments that, with their advantages and/or limitations, were published in order to standardize assessments. Among them electroneuromyography is "gold standard" for assessing CIPN. Instruments such as FACT/GOG-Ntx, the PNQ and QANPIA are still being evaluated in different languages, populations and study designs. In conclusion there is still no agreement on the best way to assess the severity of the alterations, as there is no nursing protocol established for evaluation. The development of effective tools would enable a better assessment of neuropathy and the discovery of new interventions.

Keywords: Oncologic Nursing; Nursing Care; Drug Therapy; Paraesthesia.

¹ Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Bolsista do Programa Capes/Reuni. Especialista em Enfermagem Hospitalar – Oncologia – pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Enfermeira especialista em Enfermagem Hospitalar – Oncologia. Coordenadora da Unidade de Quimioterapia do Hospital São João de Deus, Divinópolis-MG.

² Doutora em Research and Theory Development pela New York University. Professora adjunta da UFMG. Subcoordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da UFMG.

³ Mestranda em Enfermagem pela UFMG. Bolsista do Programa Capes/Reuni. Especialista em Enfermagem Hospitalar – Terapia Intensiva – pela UFMG.

⁴ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Hospitalar – Oncologia – pela UFMG. Coordenadora do ambulatório de quimioterapia do Hospital São João de Deus, Divinópolis-MG.

⁵ Enfermeira especialista em Enfermagem Hospitalar – Oncologia. Supervisora de Enfermagem na Unidade de Internação Oncológica do Hospital São João de Deus, Divinópolis-MG.

Endereço para correspondência – Av. Maurette José dos Santos 77, apto. 102. Bairro Alípio de Melo. CEP. 30840-590, Belo Horizonte-MG.
Tel: 31 9715 0187 e 31 8747 9442.

RESUMEN

La neuropatía periférica inducida por la quimioterapia (NPIQ) es resultado común del uso de agentes antineoplásicos potencialmente neurotóxicos. Sus síntomas tienen un impacto importante en la ADL de los pacientes con cáncer y, por lo tanto, el control de sus síntomas es fundamental para la implementación de una efectiva atención de enfermería. Con el fin de plantear y discutir los principales métodos utilizados para el monitoreo de la NPIQ y algunos aspectos relevantes para el desempeño de las enfermeras, se llevó a cabo una revisión de la literatura de integración entre los meses de noviembre de 2009 y agosto de 2010. Se observaron los siguientes pasos: el establecimiento de criterios para la selección de la muestra, registro del instrumento valorado en la investigación original, análisis de datos, interpretación y presentación de los resultados. Algunos de los instrumentos han sido desarrollados por médicos y enfermeras, con diferentes ventajas y limitaciones, y se han publicado con el fin de estandarizar la evaluación. Se considera la Electroneuromiografía con el estándar de oro para evaluar NPIQ e instrumentos como FACT/GOG-NTx, QANPIA y PNQ se están evaluando en diferentes idiomas, poblaciones y en diferentes diseños de estudios. Se concluyó que aún no hay consenso sobre la mejor manera de evaluar la severidad de estos cambios, ya que no existe un protocolo de enfermería establecido para esta evaluación. Se sugiere que el desarrollo de herramientas eficaces llevará a una mejor evaluación de la neuropatía y puede facilitar el descubrimiento de futuras intervenciones.

Palabras clave: Enfermería Oncológica; Atención de Enfermería; Quimioterapia; Parestesia.

INTRODUÇÃO

Os antineoplásicos são drogas utilizadas no tratamento de diversos tipos de câncer. Os efeitos colaterais ou toxicidades decorrentes do emprego dessas drogas relacionam-se ao seu mecanismo de ação, uma vez que interferem diretamente nas funções de reprodução celular. As drogas antineoplásicas atuam sobre células tumorais malignas e, também, sobre células saudáveis que apresentam rápido processo de multiplicação em especial do tecido hematopoiético, germinativo, foliculo piloso e epitélio de revestimento gastrointestinal.¹

Mesmo em doses terapêuticas, os quimioterápicos podem ocasionar severas toxicidades, dentre as quais se destacam as desordens do sistema nervoso periférico, que podem se manifestar com diferentes sinais e sintomas, dependendo da droga utilizada.¹ Tal toxicidade é conhecida como neuropatia periférica induzida por quimioterapia (NIPQ) ou neuropatia induzida por quimioterapia (NIQ), a qual é, comumente, um fator limitante do tratamento. Os sintomas associados à NIPQ evidenciam danos ao sistema nervoso periférico e sua severidade está relacionada à dose cumulativa da droga recebida.²

Apesar de não representar risco para a vida do paciente, a neuropatia periférica deprecia a qualidade de vida, comprometendo a execução das Atividades de Vida Diária (AVDs), quanto das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs).³

Além disso, representa a complicação neurológica mais comum do tratamento antineoplásico e afeta aproximadamente um terço dos pacientes submetidos a drogas citostáticas, dentre as quais se destacam os taxanes (paclitaxel e docetaxel) e a oxaliplatina, utilizadas frequentemente nos tratamentos para câncer de mama, ovário, pulmão e intestino.⁴ Alguns fatores, como a dosagem, o regime de administração do antineoplásico (dose total, dose por ciclo, o número de ciclos, tempo de infusão), a idade do paciente, o prejuízo da função hepática e renal, o uso prévio ou concomitante de outras drogas neurotóxicas e o tratamento radioterápico

concorrente do sistema nervoso central podem interferir na incidência e severidade da neurotoxicidade.²

Vários estudos evidenciam que quase todos os pacientes que fazem uso da oxaliplatina apresentam algum grau de disfunção neurológica periférica e, dependendo da intensidade em que ocorrem, é recomendada a redução da dose em 25% a 50% ou mesmo a interrupção do tratamento, com risco de progressão do câncer. Além disso, destaca-se o fato de que a neuropatia crônica é observada em 29%-70% das pessoas que utilizam essa droga. Esse antineoplásico é adotado, principalmente, em esquemas terapêuticos de primeira e segunda linha para câncer de cólon e reto.⁴⁻⁶

Os taxanes, por sua vez, estão frequentemente associados a quadros de neuropatia periférica dose-dependente, dose-limitante e cumulativa. O paclitaxel é um agente antineoplásico comumente utilizado para tratamentos de câncer de pulmão, mama e ovário. A incidência de neurotoxicidade periférica após seu uso é de 62%, sendo que, destes, 30% dos pacientes a apresentam em grau 2, ou seja, já com alguma limitação das atividades de vida diária. Os sintomas são caracterizados por formigamento, adormecimento e dor nas mãos e nos pés; alterações motoras finas; dificuldade de andar; perda de reflexos tendinosos profundos; mialgias e artralguas transitórias, especialmente em articulação e membros. O docetaxel, droga utilizada no tratamento de câncer de mama avançado ou metastático, carcinoma de pulmão de células não pequenas, dentre outros, também está associado à neuropatia periférica, porém em menor intensidade e frequência, sendo que aproximadamente 13% dos pacientes manifestam seus sinais e sintomas.¹

As taxas de NIPQ disponíveis na literatura são muito variáveis. De acordo com o método estatístico empregado nos diferentes estudos, houve uma variabilidade extrema de 10% a 100%. Dentre os fatores que podem ter influenciado essa variabilidade destaca-se a técnica de diagnóstico ou os critérios de avaliação da NIPQ.⁴

Um importante dificultador da detecção e da abordagem adequada da NIPQ é o fato de os sintomas associados à

toxicidade serem subestimados pelos pacientes, dado o receio de eventual suspensão do tratamento ou da redução de dose com conseqüente redução do seu benefício no controle do câncer ou, de outro modo, profissionais de saúde podem subestimar a gravidade desse sintoma se não houver um método confiável de mensuração.⁷

Diante dessa realidade, é importante que o enfermeiro oncologista identifique de forma oportuna as complicações decorrentes do tratamento do câncer, implementando ações que alcancem amplos resultados e contribuam para a prevenção do desenvolvimento de maiores danos e promovam a qualidade de vida do paciente.⁸⁻¹⁰

A NPIQ representa um problema de saúde passível de intervenções da equipe de enfermagem. Esse problema está descrito pela North American Nursing Diagnosis Association (Nanda) sob o título "Diagnóstico de percepção tátil sensorial prejudicada", sendo caracterizado por mudanças na quantidade ou no padrão de estímulos recebidos, com resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada.¹¹ O enfermeiro poderá contribuir, principalmente, na operacionalização de uma avaliação e intervenção sistemática e contínua, em todas as fases do tratamento e após seu término.¹²⁻¹⁴

Algumas propostas vêm sendo efetuadas por enfermeiros para o acompanhamento desse sintoma, no entanto não contemplam um instrumento reprodutível e de fácil compreensão, assim como não se define um critério de classificação para a neuropatia, caso identificada. Dentre essas intervenções, destacam-se as propostas por Wickham.¹² A autora afirma que grande parte do conhecimento clínico prático foi adquirido com a oxaliplatina, mas geralmente as intervenções se aplicam a pacientes que recebem outros agentes neurotóxicos, tais como paclitaxel e docetaxel. Uma avaliação neurológica ampla é clinicamente impraticável pela maioria dos enfermeiros. No entanto, podem identificar os pacientes que estão em risco de NPIQ e realizar a avaliação inicial e subsequente breve antes de cada ciclo de quimioterapia. Isso é relativamente fácil porque a NPIQ, geralmente, é bilateral e os sintomas sensoriais são mais comuns. Assim, a proposta da autora é:

- **Estimular a sensação de vibração de membros por meio de diapasão:** iniciar a técnica nos dedos hálux dos pés, realizar movimentos em direção aos tornozelos e avaliar pulsos.
- **Propriocepção (localizar em qual posição está uma parte do corpo no espaço):** segurar os lados do dedo hálux e afastar os demais, mostrar ao paciente como se move o dedo para cima e para baixo ao explicar o teste. Instruir o paciente para fechar os olhos e mover o dedo para cima e para baixo e dizer em qual posição está o dedo do pé. Recomenda-se repetir o teste com todos os dedos do pés e das mãos.
- **Discriminação de dois pontos no antebraço:** primeiramente, o enfermeiro deve abrir um clipe de papel ou pino em segurança. Tocá-lo com esse objeto

em dois pontos alternados na superfície do antebraço do paciente (cerca de 0,5 mm de distância entre os pontos). A finalidade desse teste é determinar se o paciente pode apontar uma discriminação entre dois estímulos dolorosos e não dolorosos com os olhos fechados.

- **Teste de caminhada em linha:** instruir o paciente a andar em linha reta, pisando do calcanhar até os dedos para avaliar a ataxia (incapacidade de caminhar sem perder o equilíbrio). Esse teste é importante para avaliar a alteração da propriocepção ou doenças que acometem o cerebelo.
- **Stereognosia:** instruir o paciente a fechar os olhos. A partir daí, o enfermeiro deve colocar um objeto familiar (por exemplo, moedas, chaves, clipe de papel) na palma da mão do paciente, que, de olhos fechados, deverá informar qual objeto é aquele. Com essa intervenção é possível avaliar a capacidade estereognóstica dos sentidos de toque e posição.

Para avaliações a cada ciclo de tratamento, recomenda-se questionar o paciente sobre os sintomas típicos da NPIQ e estabelecer sua gravidade e o impacto dos sintomas nas atividades de vida diária. A detecção precoce da NPIQ determina seu impacto nas atividades de vida diária, sendo recomendado o uso de uma escala do tipo *Common toxicity criteria* (CTC).¹²

Nesse sentido, para a avaliação objetiva de qualquer toxicidade quimioterápica, "tabelas de toxicidade" devem ser empregadas. Essas tabelas são instrumentos que permitem classificar a toxicidade em escalas, de forma precisa, uniforme e sistemática. Por meio de tentativas e erros, os profissionais de saúde em oncologia têm aprendido a comunicar os efeitos colaterais da quimioterapia desenvolvendo escalas objetivas de toxicidade. Esses instrumentos de medida tornam possível aos pesquisadores a comparação do perfil de toxicidade entre uma droga e outra. A classificação do "grau", de um efeito colateral em particular reflete sua severidade, com as toxicidades mais sérias sendo rotuladas como as que trazem "risco de vida". Em geral, esses graus variam de 1 a 5 e são correlacionados com o impacto dos sintomas nas AVDs e AIVDs.¹⁵

Assim, no intuito de uniformizar a nomenclatura e a graduação de eventos adversos em oncologia, a Cooperativa de Grupos em Oncologia da América do Norte e o Canadá¹⁶ – National Cancer Institute (NCI), EUA –, em 1983, concordaram em estabelecer um conjunto de definições para a classificação de toxicidades chamado "Critérios comuns de toxicidade"¹⁶. Mais tarde, em 1998, esse dicionário passou por uma reformulação e foi publicada a segunda versão, incluindo mais de 260 eventos adversos individuais sobre 24 diferentes órgãos ou sistemas fisiológicos. Essa versão passou a ser usada mundialmente como padrão no relato de eventos adversos em oncologia clínica e em estudos clínicos. Finalmente, em 2003, os CTCs foram revisados e ampliados, incluindo agora os efeitos decorrentes de atos cirúrgicos e critérios pediátricos – versão 3.0 –, tendo

sido publicados pelo NCI como *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE). Essa classificação já se encontra na versão 4.0, publicada em 2009.¹⁶⁻¹⁸

Há outras escalas do tipo CTC, tais como a Escala da Organização Mundial de Saúde (1979); Escala Ajani (1990), criada pelo Chemotherapy Working Group do Departamento de Especialidades médicas e Neuro-Oncologia do Houston Cancer Center e foi baseada na escala da OMS. Essas escalas, embora tenham sido propostas para aceitação internacional, sua utilização na avaliação da NPIQ nunca ganhou um uso generalizado.¹⁸

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer¹⁹, por sua vez, resume e classifica as neurotoxicidades em sintomas que afetam o Sistema Nervoso Periférico Sensorial, a saber:

- Grau 1: parestesias discretas, redução dos reflexos;
- Grau 2: parestesias moderadas, redução de sensibilidade;
- Grau 3: parestesia intolerável, redução acentuada da sensibilidade;
- Grau 4: ausência de reflexos e sensibilidade.

Por tudo isso, apesar do consenso estabelecido sobre os instrumentos de classificação da NPIQ, sugere-se que a mesma realidade não se aplique aos instrumentos de avaliação dessa toxicidade.

Dessa forma, neste estudo são levantados e apresentados os principais métodos utilizados para monitorização da NPIQ e discutidos alguns pontos relevantes para atuação do enfermeiro.

METODOLOGIA

Para o alcance do objetivo geral, optou-se pelo método da revisão integrativa, visto que ele possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões com base em um tema de interesse. Uma revisão integrativa bem realizada exige os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizada nos estudos clínicos ou epidemiológicos.²⁰

Apesar dos métodos para a condução de revisões integrativas variarem entre os autores, existem padrões a seguir. Na realização dessa revisão, utilizamos as seguintes etapas: estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra, registro do instrumento avaliado na pesquisa original, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet, entre novembro de 2009 e agosto de 2010. Por se tratar de um assunto ainda pouco explorado, optou-se por não delimitar um intervalo de tempo para as publicações. Como fonte de investigação, foram selecionados artigos científicos na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), por meio do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Consultamos, também, a Pubmed (US National

Library of Medicine), portal que compreende mais de 21 milhões de citações para a literatura biomédica na base de dados Medline, revistas das ciências da vida, além de livros *online*.²¹ Além dessas, foram consultadas importantes instituições internacionais sobre o câncer, como a Oncology Nursing Society (ONS – Sociedade Americana de Enfermagem Oncológica), European Oncology Nursing Society (EONS – Sociedade Européia de Enfermagem Oncológica), International Society of Nurses in Cancer Care (ISNCC).

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se que somente seriam válidos para esta revisão os artigos cujo assunto tratava de instrumentos para avaliação da NPIQ e que foram publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol. Respeitando esses critérios, os descritores utilizados foram: parestesia e quimioterapia e ainda disestesia e quimioterapia para a base de dados Lilacs. Na pesquisa feita na Pubmed e sites das organizações pesquisadas, foram utilizadas as expressões: neurotoxicidade periférica induzida por quimioterapia, neuropatia periférica induzida por quimioterapia e parestesia induzida por quimioterapia.

Apesar da busca no Lilacs, todos os achados relevantes para este artigo foram possíveis graças à busca no Pubmed, em periódicos internacionais. Após essa pesquisa, foram selecionados 21 artigos, todos no idioma inglês. Os artigos foram analisados com base no registro dos critérios: autores, data da publicação, delineamento do estudo, instrumento avaliado, resultados alcançados, aspectos positivos de cada instrumento e suas limitações. Os resultados obtidos estão apresentados de forma descritiva e discutidos à luz da literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Padrão ouro para avaliação da neuropatia periférica

A literatura reporta como padrão ouro para avaliação de neuropatia periférica a eletroneuromiografia (ENM) e estudos de condução nervosa (ECN).^{22,23}

A ENM é o método de estudo neurofisiológico que registra a atividade elétrica gerada no sistema neuromuscular. Os ECNs fornecem dados a respeito das características clínicas da lesão, tais como a existência ou não de bloqueios de condução parciais ou totais, compressão de tronco nervoso, desmielinização ou lesão axonal.²⁴

São considerados testes objetivos, uma vez que seus resultados independem da resposta ou da colaboração do paciente, fato que permite maior fidedignidade do teste. Como limitação, sabe-se que os ECNs sofrem influência de fatores como diâmetro do axônio, grau de mielinização do nervo e técnicas de mensuração. Além disso, fatores fisiológicos, tal como a baixa temperatura das extremidades, podem reduzir a velocidade de neurocondução, situação que pode ser evitada, também de forma limitada, por meio do aquecimento do membro.^{24,25}

Para a realização da ENM na prática em oncologia, alguns fatores são dificultadores de sua implementação, como o fato de ser um exame realizado por profissional médico especializado e não haver cobertura na rede pública de saúde para seu alto custo. Além disso, a ENM dos nervos periféricos tem resultados limitados, principalmente no que se refere à localização do sítio primário da neurotoxicidade. O próprio mecanismo de ação dos antineoplásicos dificulta uma investigação confiável, uma vez que a ENM só pode detectar o comprometimento de grandes fibras mielinizadas, além de ser um exame doloroso e perturbador para os pacientes.^{18,26,27}

Escore total de neuropatia (Total neuropathy score – TNS)

Um importante instrumento utilizado na avaliação da neuropatia periférica é o Escore total de neuropatia (TNS), ainda não validado em português.²⁷ Possui duas versões, completa e resumida, as quais foram testadas em estudos desenvolvidos por Cavaletti e colaboradores.²⁶ Tem como objetivo avaliar sinais e sintomas de neuropatia, incorporando resultados de estudos de condução nervosa. Os resultados do emprego do TNS em sua versão completa e resumida foram comparados aos da CTCAE, em trabalho realizado por Cavalletti e colaboradores.²⁶ A análise preliminar confirmou que o TNS comparado à NCI-CTC versão 2.0 teve uma correlação altamente significativa (TNS vs. NCI-CTC 2.0 Estudo 1: $p < 0,001$, IC 95%, Limites: 0,709-0,808; Estudo 2: $p < 0,001$, IC 95%, Limites: 0,849-0,914).²⁶

Smith e Beck²⁸ realizaram estudo de revisão em que analisaram os principais trabalhos que utilizavam o TNS na avaliação do paciente com NPIQ. O trabalho revelou que a versão encurtada (resumida) do TNS pode ser facilmente implementada por enfermeiros, desde que devidamente treinados. Em contrapartida, em um estudo de validação da versão reduzida do TNS, Smith e colaboradores²⁷ constataram que, apesar do caráter objetivo do TNS, o instrumento é inadequado para avaliar a intensidade da dor neuropática e que adaptações ao instrumento devem ser realizadas para aprimorar sua aplicabilidade na prática clínica.

Questionário de avaliação de neuropatia induzida por antineoplásicos (QANPIA)

Leonardi e colaboradores²⁹ testaram um questionário padronizado para ser aplicado individualmente por enfermeiro em entrevista ao paciente. No estudo original, 86 pacientes portadores de câncer colorretal metastático, tratados com oxaliplatina, foram entrevistados. O instrumento é composto de perguntas, direcionadas aos pacientes, sobre a presença ou não de sintomas característicos de neurotoxicidade periférica. Se os sintomas estiverem presentes, sua frequência é, então, medida em uma escala graduada de 1 a 5, assim como a intensidade com que estes sintomas afetam as AVDs do paciente. O instrumento, que se encontra em processo

de validação no Brasil, permite determinar a incidência, o tipo e a duração das alterações neurológicas em membros inferiores, membros superiores e orofaciais. As respostas foram analisadas e classificadas conforme os graus determinados pela tabela CTCAE, na versão 3.0, publicada em 2003, conforme se segue: Resposta negativa = grau 0; Respostas 1 e 2 = grau 1; Respostas 3 = grau 2; Respostas 4 = grau 3; Resposta 5 = grau 4.²⁹

A principal vantagem encontrada nesse instrumento foi o baixo custo e a facilidade de aplicação na rotina de avaliação do paciente pelo enfermeiro. Em contrapartida, os autores do instrumento não apresentam resultados dos testes de validação, o que pode limitar a ampliação de seu uso. Somado a isso, alguns autores, como a autora Bakitas,³⁰ questionam estratégias baseadas em perguntas e respostas. Acredita-se que nesse tipo de instrumento as respostas podem sofrer interferência do entrevistador, ou mesmo que a gravidade dos sintomas pode ser diminuída pelo paciente que teme por interromper o tratamento antineoplásico.

Avaliação funcional em terapias do câncer (Funcional assessment of cancer therapy/Gynaecologic Oncology Group – GOG – neurotoxicity)

O FACT/GOG-Ntx NE um instrumento com 38 itens autorreferidos, sendo que 27 são para avaliação da qualidade de vida dos pacientes em tratamento antineoplásico e os demais, para monitorização da NPIQ, com discriminação de sintomas relacionados a essa toxicidade. Esses instrumentos encontram-se traduzidos em vários idiomas, inclusive em português.³¹

O FACT/Taxane foi testado em estudo no qual foi comprovado que o instrumento possui boa consistência interna.¹⁸

No entanto, os instrumentos FACT têm como objetivo fundamental a avaliação da qualidade de vida do paciente, o que pode limitar o uso desse instrumento na prática clínica do enfermeiro.

Questionário de neurotoxicidade do paciente (Patient neurotoxicity questionnaire – PNQ)

O PNQ foi desenvolvido, originalmente, pelo Food and Drug Administration (FDA) nos Estados Unidos, por médicos e enfermeiros familiarizados com a NPIQ, tendo sua versão original publicada no idioma inglês, encontrando-se validado também em japonês.^{7,18}

É composto por dois itens para identificação da incidência e da gravidade dos distúrbios sensoriais e motores. As respostas subjetivas para cada item são graduadas de A (sem neuropatia) a E (neuropatia grave) por paciente. Não há delimitação específica entre as classes C e D, correspondentes à ausência (grau \leq C) e presença de sintomas (grau \geq D) que interferem nas atividades de vida diária. Pacientes com sintomas de grau \geq D são convidados a identificar quais são as atividades afetadas como resultado da terapia. Neste estudo de validação, Shimozuma e colaboradores⁷ descreveram grande

discordância entre os resultados de NPIQ detectados quando médicos utilizavam o FACT-GOX-Ntx comparado aos resultados do PNQ, havendo maior prevalência de NPIQ detectada pelo instrumento respondido pelo próprio paciente. Esse fato leva a crer que profissionais de saúde podem, geralmente, subestimar os sintomas relatados.⁷

Em contrapartida, importante viés foi detectado nas respostas do PNQ: os distúrbios sensoriais foram significativamente mais frequentes nas mãos do que aqueles relatados nos pés, o que foi relacionado aos efeitos residuais da cirurgia de mama realizada previamente à quimioterapia. Os autores reconhecem essa limitação e estão desenvolvendo novos estudos para examinar a confiabilidade do instrumento em pacientes com diferentes tipos de câncer, tais como ovário e pulmão.⁷

Além disso, pacientes podem também ter dificuldade de compreender os itens que se referem a sintomas relacionados à terapia antineoplásica, confundindo-os àqueles relacionados ao pós-operatório, o que faz necessária a realização de teste-reteste do instrumento. Assim, apesar da clara importância clínica do instrumento, mais estudos são necessários com vista a sanar suas limitações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisas de intervenção, prevenção e tratamento da NPIQ têm sido frequentemente dificultadas pela ausência de um instrumento simples, clinicamente útil, psicometricamente validado em uma linguagem

universalmente conhecida em oncologia e que possa ser implementado por enfermeiros.^{11,27,28}

Desse modo, apesar da importância da avaliação e acompanhamento clínico da NPIQ, não há ainda um consenso sobre o melhor instrumento a ser utilizado, assim como não há um protocolo de enfermagem estabelecido para essa finalidade.

Mccloskey e Bulechek³² destacam a importância da monitorização neurológica para que sejam implementadas intervenções de enfermagem relacionadas ao diagnóstico "Percepção tátil sensorial perturbada". Para essa monitorização, é importante que se opte por um teste simplificado, com boa especificidade, sensibilidade e objetividade, e que seu uso seja facilmente reproduzível.

Sabe-se, contudo, que todos os instrumentos apresentados já foram amplamente analisados na literatura recente e constatou-se que nenhum deles foi projetado para avaliar a ocorrência da dor neuropática em NPIQ. Somado a isso, neste estudo constatou-se, também, que, apesar da existência dos importantes instrumentos apresentados, nenhum deles, até o momento, foi testado na realidade brasileira, sendo, portanto, uma importante e vasta fonte de pesquisa para os enfermeiros em oncologia.

Por fim, conclui-se que mensurar a perda da percepção tátil sensorial é um importante passo para acompanhar com qualidade os pacientes em uso de antineoplásicos potencialmente neurotóxicos. O desenvolvimento de tal ferramenta certamente levará a uma adequada avaliação da NPIQ e poderá favorecer a descoberta de futuras intervenções.

REFERÊNCIAS

1. Bonassa EMA, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Atheneu; 2005. 538p.
2. Chaudhry V, Rowinsky EK, Sartorius SE, Donehower RC, Cornblath DR. Peripheral neuropathy from taxol and cisplatin combination chemotherapy: Clinical and electrophysiological studies. *Ann Neurol.* 1994; 3(35): 304-11.
3. Cavaletti G, Marmiroli P. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity. *Expert Opinion on Drug Safety.* 2004; 6(3):535-46.
4. Velasco R, Bruna J. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: an unresolved issue. *Neurol.* 2010; 2(25): 116-31.
5. Mcwhinney SR, Goldberg RM, Mcleod H. Platinum neurotoxicity pharmacogenetics. *Mol Cancer Ther.* 2009; 1:8.
6. Ibrahim A. FDA drug approval summaries: oxaliplatin. *Oncologist.* 2004; 9:8-12.
7. Shimozuma K, Ohashi Y, Takeuchi A, et al. Feasibility and validity of the patient neurotoxicity questionnaire during taxane chemotherapy in a phase III randomized trial in patients with breast cancer: N-SAS BC 02. *Support Care Cancer.* 2009; 17:1483-91.
8. Lima EDRP, Torres MQ, Bacelar MV, et al. Symptom Distress: validation of a measure in Brazil. In: 16th International Conference on Cancer Nursing, 2010, Atlanta. 16th International Conference on Cancer Nursing Abstract Book. Vancouver: Wiley-Blackwell; 2010. p.102.
9. Wampler MA, Rosenbaum EH. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy fact sheet. *Cancer Supportive Care Programs.* 2008. [Citado 2010 jun. 27]. Disponível em: <<http://www.cancersupportivecare.com>>.
10. Almeida EM, Gutiérrez MGR., Adam NP. Monitoramento e avaliação dos efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes com câncer de cólon. *Rev Latinoam Enferm.* 2004; 12(5).
11. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007. 396 p.
12. Wickham R. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a review and implications for oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs.* 2007; 11(3):361-76.
13. Sweeney CW. Understanding peripheral neuropathy in patients with cancer: background and patient assessment. *Clin J Oncol Nurs.* 2002; 6:163-6.
14. Binner M. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: assessment of oncology nurses' knowledge and practice. 2010. 16th International Conference on Cancer Nursing. Abstract book. Vancouver: Wiley-Blackwell; 2010. p.120-1.

15. Markman M. Chemotherapy-associated neurotoxicity: an important side effect-impacting on quality, rather than quantity, of life. *J Cancer Res Clin Oncol*. 1996; 122(9):511-2.
16. National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). 2009. [Citado 2009 nov. 18]. Disponível em: http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/ctc.htm#ctc_40.
17. Clinical Trials Brazil. CTCAE - Common Terminology Criteria for Adverse Events. [Citado 2010 maio 30]. Disponível em: <http://www.clinicaltrialsbrazil.com/ctcae>.
18. Cavaletti G, Frigeni B, Lanzani F, Matavelli L, Susani E. Chemotherapy-Induced Peripheral Neurotoxicity assessment: A critical revision of the currently available tools. *European Journal of Cancer*. 2010 n. 46, p. 479-494.
19. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. 488 p.
20. Beyea SC, Nicoll ELH. Writing an integrative review. *Aorn J* 1998 April, n. 67, v. 4, p. 877-878.
21. Pubmed. US National Library of Medicine. National Institutes of Health. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>. Acesso em 20 de novembro de 2011.
22. Grothey A. Oxaliplatin-safety profile: neurotoxicity. *Semin Oncol*. 2003; 30:5-13.
23. Wilson RH, Lecky T, Thomas RR, Quinn MG, Floeter MK, Grem JL. Acute oxaliplatin-induced peripheral nerve hyperexcitability. *J Clin Oncol*. 2002; 20:1767-74.
24. Valério ABCO, Nobrega AM, Petertilbert C. Condução nervosa em nervos da mão e fator fisiológico idade. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004; 62(1):114-8.
25. Marciano LHSC, Garbino JA. Comparação de técnicas de monitorização da neuropatia hanseniana: teste de sensibilidade e estudo de condução nervosa. *Hansen Int*. 1994; 19(2): 05-10.
26. Cavaletti G, Frigeni B, Lanzani F, *et al*. The total neuropathy score as an assessment tool for grading the course of chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity: comparison with the National Cancer Institute-Common Toxicity Scale. *J Perip Nerv S*. 2007; 12:210-5.
27. Smith EML, Cohen JA, Pett MA, Beck SL. The reliability and validity of modified Total Neuropathy Score – reduced and neuropathic pain severity items when used to measure Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in patients receiving taxanes and platinum. *Canc Nurs*. 2010; 33(3):173-83.
28. Smith EML, Beck SL. The total neuropathy score: a tool for measuring chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Oncol Nurs Forum*. 2008; 35(1):96-102.
29. Leonard GD, Wright M, Quinn M, Grem J. Survey of oxaliplatin-associated neurotoxicity using an interview-based questionnaire in patients with metastatic colorectal cancer. *BMC Cancer*. 2005; 5(116):1-10.
30. Bakitas MA. Background noise: the experience of chemotherapy- induced peripheral neuropathy. *Nurs Research*. 2007; 56(5):323-31.
31. Cella D, Peterman A, Hudgens S, Webster K, Socinski MA. Measuring the side effect of taxane therapy in oncology. *Cancer*. 2003; 98:822-31.
32. McCloskey JC, Bulechek GM, Nursing intervention Classification (NIC). 3ª ed. St. Louis: Mosby; 2004.

Data de submissão: 16/3/2011

Data de aprovação: 25/6/2012



A ESCUTA ATENTA: REFLEXÕES PARA A ENFERMAGEM NO USO DO MÉTODO HISTÓRIA DE VIDA

ATTENTIVE LISTENING: CONSIDERATIONS FOR NURSES USING THE LIFE HISTORY METHOD

LA ESCUCHA ATENTA: CONSIDERACIONES PARA ENFERMEROS QUE EMPLÉAN EL MÉTODO HISTORIA DE VIDA

Adriana Teixeira Reis¹
Grace Ferreira de Araújo²
Aloir Paschoal Júnior³
Rosângela da Silva Santos⁴

RESUMO

As relações interpessoais vêm sendo cada vez mais substituídas por espaços virtuais. Ouvir o outro está cada vez mais difícil. O profissional de enfermagem, formado pelo modelo biomédico, tende a priorizar a tecnologia, as situações de maior complexidade e apresentar uma escuta surda, que consiste em ouvir o outro superficialmente. Com este artigo, objetivou-se realizar uma reflexão teórica sobre a importância da escuta atenta ao método história de vida, com o uso da entrevista não estruturada como técnica de coleta de dados para pesquisa qualitativa na enfermagem. A entrevista estruturada e a não estruturada diferenciam-se, ressaltando-se a segunda como capaz de obter dados subjetivos para aprofundar a realidade do sujeito pesquisado. Destaque-se que, no uso da entrevista não estruturada como técnica no método história de vida, o pesquisador deve estabelecer uma relação de confiança com o entrevistado. Concluiu-se que o relato na história de vida fornece um rico material para a apreensão de experiências da dimensão coletiva de grupos sociais, sendo uma ferramenta importante na relação profissional-cliente. A escuta sensível, efetivamente, é uma tecnologia leve de cuidado e torna-se terapêutica nas relações, na assistência e na pesquisa. Como seres humanos, pesquisadores e profissionais da área da Saúde, devemos exercitar algumas virtudes, tais como ouvir e silenciar, sem julgar.

Palavras-chave: Enfermagem; Entrevista; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Interpersonal relationships are being progressively replaced by virtual spaces. Listening to others is increasingly difficult. The nursing professional, trained by the biomedical model, besides prioritizing technology and more complex situations, tends to be a passive listener (superficially hearing the other). This article aimed at presenting a theoretical reflection on the importance of attentive listening to the life history method. Data was collected via structured and unstructured interviews in a qualitative research in nursing. Unstructured interviews are capable of obtaining subjective data that enable the researcher to delve into the subjects' reality. Its use in the life history method requires the establishment of a trusting relationship with the interviewee. The research concluded that the narrative in the life history method provides rich information for the recording of experiences in the collective dimension of social groups; it is an important tool in a professional-client relationship. Sensitive listening, effectively, is a soft technology that becomes therapeutic when applied in relationships, care, and research. As human beings researchers and health professionals should exercise listening and silence skills without passing judgement.

Keywords: Nursing; Interview; Qualitative research

RESUMEN

Los espacios virtuales sustituyen progresivamente las relaciones interpersonales. Escuchar a los demás es cada vez más difícil. El personal de enfermería, capacitado en el modelo biomédico, tiende a dar prioridad a la tecnología, a las situaciones más complejas y a ser oyente pasivo, es decir, escuchar superficialmente a los demás. Este artículo presenta una reflexión teórica sobre la importancia de escuchar atentamente al método historia de vida, utilizando la entrevista no estructurada como técnica de recogida de datos para la investigación cualitativa en enfermería. La entrevista no estructurada logra obtener datos subjetivos que permiten que el investigador ahonde en la realidad del sujeto investigado. Se destaca que, al emplear la entrevista no estructurada como técnica en el método historia de vida, el investigador debe establecer una relación de confianza con el sujeto entrevistado. Se concluye que la narrativa en el método historia de vida proporciona información valiosa para registrar las experiencias de la dimensión colectiva de grupos sociales y que es una herramienta importante en la relación entre el profesional y el cliente. La escucha sensible es una tecnología blanda de cuidados y se torna terapéutica en las relaciones, en la atención y en la investigación. Investigadores y profesionales del campo de la salud, como seres humanos, deben practicar algunas virtudes tales como escuchar y callar, sin juzgar.

Palabras clave: Enfermería; Entrevista; Investigación cualitativa.

¹ Doutora pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Professora assistente do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem UERJ. Tecnologista do Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro. Brasil.

² Doutoranda pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Tecnologista do Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro. Brasil. e-mail: gracefa@uol.com.br.

³ Aluno do oitavo período do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Bolsista Pibic/CNPq. Rio de Janeiro. Brasil. e-mail: aloir_eean@yahoo.com.br.

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora titular aposentada da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisadora 1C CNPq; Faperj. Rio de Janeiro. Brasil. e-mail:rosangelaufjr@gmail.com.

Endereço para correspondência – Boulevard 28 de setembro, 157, 7º andar, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Vila Isabel. Rio de Janeiro. CEP: 20551-030. E-mail: driefa@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

Em tempos de globalização e informatização, ouvir o outro está cada vez mais difícil. As relações interpessoais vêm sendo cada vez mais substituídas por espaços de relacionamentos virtuais. Esse movimento também é percebido nas ações de saúde. O modelo cartesiano focado em questões biomédicas consiste em ver o corpo separado em pequenas partes. A doença reduz-se às questões mecânicas; o indivíduo perde suas características psicossociais e passa a ser objeto científico e passivo; os valores, crenças e aspectos emocionais são relegados a segundo plano.¹

Nas ações de saúde, o ato de ouvir (que deveria ser primordial) tem sido deixado de lado em detrimento a ações normativas e prescritivas sobre o que se deve e o que não se deve fazer, no sentido de (des)orientar e (des)aconselhar práticas. Prioriza-se o enfoque nas tecnologias duras e leve-duras de cuidado, havendo um empobrecimento da tecnologia leve, sendo o processo de cuidar em saúde “centrado em certos procedimentos profissionais”²

Hoje, atestamos o afastamento entre as pessoas, mesmo quando se trata de ouvir na dimensão do cuidar. A palavra “cuidar” está normalmente ligada a uma dimensão técnica, cartesiana e biomédica, em um sistema de perguntas e respostas que se desenvolve com o objetivo de retirar deste sujeito informações sobre sua vida. O fato de ter nas mãos as informações do indivíduo sem, de fato, ouvi-las, torna-o, propriedade de quem pergunta.

Esse olhar cartesiano pode ser transferido para as pesquisas qualitativas e o pesquisador tende a contaminar dados, seguindo apenas a ótica de sua visão de mundo ou da necessidade de apreender o objeto pesquisado.

Despir-se de alguns pressupostos, de uma visão de mundo pessoal, nos permite ouvir o outro em profundidade, compreendendo motivações e práticas, permitindo ações de enfermagem individualizadas voltadas para causas, e não para o problema em si. Na abordagem integral ao sujeito, devemos considerar as distintas dimensões: biológica, psicológica, cultural e social do ser cuidado³. As pesquisas com o uso do método história de vida nos permitem o desvelar de histórias complexas e íntimas, em que o ato de falar e ouvir torna-se um espaço terapêutico para o repensar de trajetórias de vida, recontadas por meio da entrevista.

A enfermagem exercita o “ouvir” durante as entrevistas, na consulta de enfermagem, buscando correlacionar teoria e a prática, almejando aprender o saber do outro para a realização mais consolidada da intervenção, já que ouvir é uma maneira de compreender a ampla experiência humana.³

A entrevista é a técnica de coleta de dados mais utilizada no trabalho da enfermagem e em pesquisas qualitativas, nas áreas das ciências sociais e humanas. Com ela, o pesquisador busca obter informações por meio das narrativas dos sujeitos sociais.

O conceito de escuta surda consiste em escutar o indivíduo sem, de fato, não se preocupar com as

informações que estão sendo passadas a quem ouve. Essa forma de escutar acaba por se colocar de forma protocolar, como uma técnica de coleta de evidências, fazendo parte de um jogo interpretativo. O processo de escuta utilizado por profissionais da saúde deve diferir da escuta surda.⁴ A escuta sensível² coloca o sujeito como escritor de sua própria história, e não tem como principal interesse tornar o indivíduo um número ou uma informação. Nesse processo, escutar é preocupar-se, é ter uma postura de estar-com, tornando o discurso do outro parte do que é seu. Dessa forma, a escuta torna-se, também, uma ação de cuidado, no qual é possível estabelecer uma relação entre sujeito e sujeito, valorizando a unicidade e a individualidade de cada caso e de cada pessoa.⁵

Assim, objetivou-se, com este artigo, propor reflexões sobre a escuta atenta no método história de vida, como uma estratégia que melhor retrata as experiências vivenciadas pelos grupos sociais, sob uma perspectiva etnossociológica, na busca de desvelar a lógica das ações e das relações sociais diante da experiência de vida individual.

A ENTREVISTA NAS PESQUISAS QUALITATIVAS EM SAÚDE

A pesquisa qualitativa está cada vez mais presente em estudos da enfermagem.⁶ Denominada de holística, preocupa-se com o indivíduo, seu ambiente e suas particularidades, o que a torna mais subjetiva. É chamada, também, de “naturalista”, o que significa que não possui qualquer limitação ou controle imposto ao pesquisador.

O método qualitativo está relacionado aos significados das experiências vividas no mundo social e como essa vivência interfere na visão de mundo de determinado indivíduo. Existe uma tentativa em explicar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão – é a comumente chamada pesquisa “interpretativa”⁷

Para a enfermagem, a pesquisa qualitativa também tem a função de valorizar a voz (ou visões de mundo) dos sujeitos da pesquisa, preocupando-se em ouvir e entender a realidade do cliente e suas questões sem tornar os dados empíricos, visto que são baseados em métodos científicos, atualmente baseados em evidências.¹

Com a entrevista, podemos obter dados objetivos, que se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes, como censos, estatísticas e outras formas de registros.⁸ Também podemos obter dados subjetivos, os quais se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, suas atitudes, valores e opiniões, em um nível mais profundo da realidade, e que só podem ser conseguidos com a contribuição dos sujeitos atuantes dessa realidade a ser estudada.

As entrevistas podem ser estruturadas e não estruturadas, de acordo com o seu direcionamento. É estruturada quando as perguntas são específicas, previamente formuladas e o entrevistado responde “com seu próprio

vocabulário⁹ e não estruturadas, quando o informante aborda livremente o tema selecionado pelo pesquisador.⁸ Ainda existe, articulando essas duas modalidades, a entrevista semiestruturada, que, apesar de apresentar perguntas prévias, inclui outras perguntas abertas que conferem liberdade ao entrevistado para falar.⁹

A entrevista qualitativa fornece dados básicos para a compreensão das relações entre os atores sociais e o fenômeno. É uma preciosa ferramenta de conhecimento interpessoal, facilitando a apreensão de uma série de fenômenos. Além disso, leva o próprio pesquisador e o leitor à reflexão.¹⁰

O MÉTODO HISTÓRIA DE VIDA

A história de vida é um método de pesquisa que emergiu das Ciências Sociais em Chicago. A partir da década de 1960, a história de vida procurou superar o subjetivismo impressionista e formular o estatuto epistemológico; isto é, estabelecendo o método de coleta de dados da trajetória de vida do homem em suas relações pessoais e sociais.¹¹ Esses pesquisadores tinham o grande desejo de produzir conhecimentos com o objetivo de solucionar os problemas sociais enfrentados na cidade de Chicago, surgindo, assim, uma sociologia de ação preocupada com as questões concretas de indivíduos em um contexto social.

Nesse contexto, Daniel Bertaux, sociólogo francês pioneiro ao usar o método, ressalta que Denzin apresentou a diferença entre as expressões inglesas *life history* (história de vida) e *life story* (estória de vida). A *life history*, muito usada nas formas de autobiografia, entrevista biográfica ou estudo de caso, implica a inclusão de documentos para comprovar a narrativa do sujeito. Na *life story*, não existe a necessidade de comprovação porque, nessa modalidade de pesquisa, a narrativa do sujeito é valorizada como aspecto primordial para a compreensão dos fenômenos. O relato de vida é resultado de uma forma peculiar de entrevista, utilizada nas Ciências Sociais – a entrevista narrativa –, em que um investigador pede a uma pessoa que conte toda ou parte de sua “experiência vivida”¹².

A história de vida possibilita entender a individualidade de quem é entrevistado. Quando se analisa a narrativa de cada um dos sujeitos, é possível traçar um perfil da realidade daquele grupo entrevistado. Por essa razão, é importante analisar cada entrevista individualmente desde o início. O fato de analisar histórias de vida de um mesmo grupo social possibilita entender a experiência vivida e suas singularidades. Analisar todas as narrativas de forma coletiva auxilia a identificar a posição social do grupo entrevistado, por meio dos relatos, que, de certa forma, se complementam.¹²

As histórias de vida representam a melhor forma de conhecer o indivíduo “pelo lado de dentro”, ou seja, conhecer a cultura e as realidades inerentes não somente a ele, como também aspectos de uma cultura generalizada. Pode-se dizer que cada vida é singular e generalizável, pois

está envolvida em suas redes relacionais de influência. O que é perdido estatisticamente é compensado pela riqueza dos relatos, que nos permitem adentrar em realidades sociais e culturais, fazendo-nos entender que o fato de conhecer o rótulo e seus fenômenos não significa explicá-los.¹³

Os relatos são importantes para o sujeito e para o entrevistado porque nunca deixam de ter efeito em ambos. A experiência de relatar a história de vida oferece ao que conta a oportunidade de experimentá-la, dando novo significado à sua vida. O método, por sua vez, faz com que o pesquisador tenha acesso a uma realidade que ultrapassa o narrador. Isso significa que por meio da história de vida contada da maneira do sujeito é possível buscar e entender a realidade social em que está inserido.¹

O método é a ferramenta apropriada para as informações sociais, culturais e, também, de cunho histórico, visto que o sujeito da pesquisa fala de um tema que apresenta completo domínio – sua própria experiência de vida –, tornando a descrição mais confiável. O sujeito e o pesquisador têm um objetivo comum: tecer o discurso. Dessa forma, a cumplicidade é pré-requisito para um diálogo concreto.¹³

É importante deixar claro que a história de vida orientada pelo pesquisador é totalmente diferente de uma autobiografia realizada pelo sujeito, uma vez que, durante a entrevista, o entrevistador tem a possibilidade de orientar o indivíduo. Quando a intenção da entrevista é percebida, o sujeito cria uma espécie de filtro, de forma implícita, atingindo o objetivo do pesquisador. Isso garante uma coleta mais específica, possibilitando uma análise fidedigna.¹²

O USO DA ENTREVISTA NO MÉTODO HISTÓRIA DE VIDA

Preparar-se para a entrevista não é apenas uma questão organizacional, é preparar a mente e o “aparelho psíquico” para entrevistar os sujeitos e estar preparado para perguntar questões em momentos oportunos.

No primeiro momento, o pesquisador tem a intenção de “conhecer o terreno”. Deve-se realizar uma escuta inicial com o objetivo de estabelecer algum vínculo com o indivíduo e, posteriormente, orientar o relato com um caráter mais analítico. Essa formação de vínculo torna-se fundamental e sua ausência pode ser uma dificuldade encontrada no momento da realização da entrevista. O fato de o pesquisador e de o entrevistado não se conhecerem gera situação de desconforto, principalmente para este último. Pode ser constrangedor falar de sua vida ou de suas dificuldades para alguém que não se conhece. Por isso, é necessário um período de ambientação do pesquisador no cenário de pesquisa, a fim de que ele possa tornar-se “familiar” ao cotidiano dos indivíduos.

As narrativas são coletadas utilizando-se uma pergunta-chave, mediada por uma questão: “Fale-me a respeito de

sua vida que tenha relação com” (o objeto de estudo a ser desvelado). Lançada essa questão, o sujeito começa a relatar sua experiência, falando superficialmente sobre alguns aspectos e apresentando outros temas que considera relevantes. É permitido ao pesquisador fazer perguntas sobre algum ponto que não ficou claro ou que deseja aprofundar-se, desde que o entrevistado tenha abordado anteriormente.¹⁴

É importante ressaltar que o sujeito pode ser entrevistado em qualquer momento de sua vida, ou seja, ele não precisa estar vivenciando o tema que está sendo abordado no decorrer da entrevista. É indiferente se acabou de ocorrer ou se meses ou anos se passaram. No momento em que é abordado pelo pesquisador, o sujeito remonta à sua experiência vivida, relatando as sensações, emoções e falas inerentes àquele momento vivido. O pesquisador deve ter a tranquilidade e não se preocupar com essa variável, porque o método história de vida privilegia o sujeito da pesquisa. Logo, ele abordará tudo o que considerar relevante e importante em sua ótica, independentemente da época em que o evento ocorreu.

Esse aspecto é muito importante, principalmente para o pesquisador iniciante, que, por insegurança, acaba por contaminar a entrevista com perguntas que não deveriam ser realizadas. É mister enfatizar que o entrevistado, certamente, abordará e dissertará a respeito de tudo o que considerar importante. Caso não faça referência a algo que o pesquisador julga importante, pode-se, em ocasião oportuna, solicitar que fale mais a respeito do que foi abordado superficialmente. Se, ao contrário, o depoente demonstrar indecisão, titubear, mostrar-se desconfortável ou mesmo solicitar ao pesquisador não falar a respeito, a entrevista deve ser interrompida. Trata-se, do “não dito”¹² e, como tal, pode ser referenciado no estudo.

O entrevistador iniciante deve ter em mente que a história de vida não é uma progressão ao longo de um *continuum*, mas um vaivém sobre a experiência anterior de um indivíduo ou de um grupo que se revela estranha a um modelo de sucessão cronológica linear. Organiza-se apenas com dificuldade a partir de uma reconstrução temporal definida. Nesse ambiente, pode-se abordar a diacronia e a cronologia dos fatos. A primeira refere-se à sucessão temporal de acontecimentos, ou seja, as relações antes/depois. A cronologia se refere à datação dos acontecimentos ou à idade dos fatos.¹⁴

As entrevistas são gravadas por intermédio de gravador e fita cassete ou digital (MP3 *player*), em local tranquilo e reservado, onde os depoentes possam sentir-se à vontade para falar, sem tempo preestabelecido.

Durante a entrevista, o pesquisador deve usar empatia, atitudes e posturas que poderão incrementar a tomada dos relatos e demonstrar interesse pelo que está sendo verbalizado. O interesse pela história do outro (entrevistado) demonstra um estar-com, que pode ser traduzido por expressões corporais como: balançar a cabeça demonstrando compreensão (de forma positiva); debruçar-se à mesa, buscando proximidade; utilizar expressões entusiastas, em concordância com o

entrevistado, como “hum, hum”, sem, contudo, interferir na sua fala.

As dificuldades apresentadas começam a diminuir à medida que a intimidade com o ato de realizar as entrevistas vai surgindo, ou seja, quanto mais acostumado estiver com as entrevistas, mais fácil será contornar as situações possivelmente desagradáveis. Ambientar-se com o processo torna o olhar do pesquisador mais crítico e mais analítico, e, assim, este aproveita melhor as oportunidades que surgem durante a entrevista.¹²

Nossa experiência como pesquisadores com o uso do método mostrou que a enfermeira tem, a princípio, dificuldade em conduzir a entrevista. Geralmente, interrompe-a para perguntar sobre assuntos que estão diretamente relacionados ao objeto de estudo. Existe o receio de que o entrevistado não responda ou não aborde aspectos relevantes para a pesquisa. Outrossim, ao ouvir uma informação que não está correta ou que implica a realização de práticas de saúde inadequadas, por exemplo, imediatamente a enfermeira interrompe a narrativa para esclarecer e orientar aquilo que é normativo.

É mister ressaltar que, ao contar sua vida, o entrevistado fala de sua realidade, expressa o que foi por ele experimentado. Esse processo está inserido em uma conjuntura social e, ao se trabalhar com seus relatos subjetivos pelo método história de vida, é possível ter acesso à sua cultura, à sua realidade social, aos seus valores e até a suas ideologias.

Em alguns momentos, o entrevistado poderá chorar ou mostrar-se triste com alguma passagem difícil de sua vida. Cabe ao pesquisador conduzir a situação, confortando-o e perguntado-lhe se deseja continuar ou prefere retomar a entrevista em outro momento.

Dependendo do objeto a ser desvelado, tanto o entrevistador quanto o entrevistado podem ficar mobilizados emocionalmente. O entrevistador não deve se preocupar ou tentar esconder sua emoção. Para o entrevistado, é positivo perceber que o outro se preocupa com ele, que também se envolve emocionalmente. Significa que está se colocando no lugar do outro, e isso aumenta a empatia entre os dois. Cuidados devem ser tomados em relação à forma como o entrevistador, inadvertidamente, expressa sua emoção. Ele nunca deve dizer ao entrevistado que “imagina como ele está se sentindo” porque é impossível a qualquer pessoa sentir na mesma intensidade e profundidade a dor, a mágoa ou a decepção do outro. Ao ouvir essa afirmação, o depoente, imediatamente, pode reagir e interromper bruscamente sua entrevista.

Em relação à quantidade de entrevistados, a princípio, o método história de vida não tem um número de sujeitos predeterminados. A coleta das narrativas se encerra à medida que o pesquisador percebe a ocorrência do “ponto de saturação”, que ocorre quando as entrevistas não trazem mais valor agregado ao conhecimento sociológico do objeto social. Nesse ponto, o pesquisador começa a perceber que as entrevistas não acrescentam informação nova à análise. Não significa que ouvir o sujeito não seja importante, mas, normalmente, não

possui mais eventos que sejam contados como algo de novo. Por isso é imprescindível transcrever e iniciar a análise das entrevistas concomitantemente, para saber exatamente o momento de parar de entrevistar.¹²

É recomendável utilizar um caderno de campo, onde devem ser anotados todos os encaminhamentos, encontros, observações e reflexões. Dessa forma, nada é perdido pelo pesquisador. Ao reler o caderno, um verdadeiro "diário", o pesquisador remonta ao dia da entrevista, lembrando-se de detalhes que podem ser utilizados, posteriormente, no momento da análise. O caderno (ou diário) de campo auxilia o pesquisador durante a entrevista. Ele poderá utilizá-lo para anotar o que mais interessar na entrevista e, logo depois que o relato terminar, perguntar sobre o ponto anotado. Essa ação garante uma entrevista sem interferências.

Não se pode esquecer de que os relatos de vida são secretos; isso quer dizer que se deve analisar a informação que o relato possui utilizando nomes fictícios para citá-los durante o estudo. O relato de vida é uma história real e orientada pelo pesquisador, devendo constar no estudo somente o que tiver relevância com a abordagem escolhida por este e que permita apreender aspectos subjetivos do objeto a ser desvelado, com base na trajetória de vida do entrevistado.

Nas entrevistas, cada relato de vida é contado em uma linguagem particular, inserida em um conjunto de significados, por isso o indivíduo sempre deve ser interpretado como um todo, não em partes ou categorias. Somente com base no significado que cada depoente atribui à sua história de vida é que o pesquisador pode determinar a orientação teórica do estudo. Os fragmentos da narrativa não são utilizados de forma isolada, pois um relato só é compreendido inserido na história do sujeito.¹²

REFERÊNCIAS

1. Camillo SO, Nobrega MPSS, Theo NC. Percepções de graduandos de enfermagem sobre a importância do ato de ouvir na prática assistencial. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(1): 99-106.
2. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturas produtivas do setor saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2000; (6):109-16.
3. Bracciali LAD, Marvulo MML, Gomes R, et al. Cuidado ampliado em enfermagem. 2009; 13(3):391-8.
4. Heckert ALC. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro R; Mattos RA de, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. ABRASCO/CEPESC. 2007; 1(1): 199-212.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Planejamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Brasília (DF). Ministério da Saúde; 2005.
6. Lucchese R, Barros S. A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa. *Rev Eletrônica Enferm*. 2007; 9(3): 796-805.
7. Pope C, Mays M. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. *Pesquisa qualitativa: na atenção à saúde*. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2005.
8. Silva GRF, Macêdo KN de F, Rebouças CBA, Alves e Souza AM. Interview as a technique of qualitative research a literature review. *Online Braz J Nurs*. 2006; 5(2).
9. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez; 2008.
10. Minayo MC, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2002.
11. Bertaux D. Los relatos de vida: perspectiva etnociológica. México: Edicions Bellaterra, 2005.
12. Camargo A. Os usos da história oral e da história de vida: trabalhando com elites políticas. *Rev Ciênc Sociais*. 1984; 27(1):5-28.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A entrevista é uma técnica de coleta de dados muito utilizada em pesquisas qualitativas. Em qualquer método, principalmente no método história de vida, deve-se praticar a escuta atenta a fim de apreender em profundidade aquilo que os sujeitos querem falar. Escutar atentamente exige método do pesquisador para que o sujeito seja efetivamente valorizado em suas experiências.

Tudo isso corrobora a importância da utilização do método de história de vida na pesquisa em saúde. A inserção do método torna o sujeito o foco da pesquisa: aquele que, de fato, norteia o caminhar do pesquisador por meio da escuta sensível.

No método história de vida, a entrevista requer preparo do entrevistado e deve ser mediado por características do pesquisador importantes para a interlocução com os sujeitos, tais como mostrar-se solícito, ser entusiasta e saber oferecer conforto quando houver a emergência de emoções.

O relato na história de vida fornece um rico material para a análise da experiência de vida do indivíduo, que, ao ser analisado, traduz experiências da dimensão coletiva de grupos sociais. Quando utilizamos essa ferramenta, nos transformamos em pessoas (nas relações humanas) e em sujeitos na prática de cuidar de vidas (nas relações de cuidado). A escuta sensível, efetivamente, é uma tecnologia leve de cuidado e torna-se terapêutica nas relações, na assistência e na pesquisa.

É importante lembrar que quanto mais ouvimos mais aprendemos a ouvir o outro. Como seres humanos, pesquisadores e profissionais de saúde, devemos exercitar virtudes humanas: ouvir e, concomitantemente, silenciar sem julgar.

13. Glat R, Santos RS, Pletsch MD, Nogueira MLL, Duque MAF. O método de história de vida na pesquisa em educação especial. Rev Bras Ed Esp. 2004; 10(2): 235-50.

14. Santos IMM, Santos RS. A etapa de análise no método história de vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):714-9.

Data de submissão: 1º/2/2011

Data de aprovação: 1º/8/2012



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>

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)

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/196/96).

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros, estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

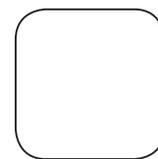
Os manuscritos devem ser enviados para:

At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP: 30130-100 Belo Horizonte-MG – Brasil – Telefax.: 55(31) 3409-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br

6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.
(Versão de setembro de 2007)



REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM INSTRUCTIONS TO AUTHORS

1. THE MISSION OF THE MINAS GERAIS NURSING MAGAZINE – REME

REME is a journal of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais in partnership with schools and undergraduate courses in Nursing in the State of Minas Gerais, Brazil: Wenceslau Braz School of Nursing, Higher Education Foundation of Vale do Sapucaí, Higher Education Foundation of Passos, University Center of East Minas Gerais, Nursing College of the Federal University of Juiz de Fora. It is a quarterly publication intended to contribute to the production, dissemination and use of knowledge produced in nursing and similar fields covering education, research and healthcare.

2. REME SECTIONS

Each quarterly edition is structured as follows:

Editorial: raises relevant issues from the scientific, academic, political and social setting.

Research: articles with qualitative and quantitative approaches, original and unpublished, contributing to build knowledge in nursing and associated fields.

Review of theory: critical reviews of literature on important issues of nursing and associated fields.

Reports of experience: descriptions of interventions and experiences on healthcare and education.

Critical reflection: texts with special relevance bringing contributions to nursing and health thinking.

Publication norms: instructions to authors on the layout of manuscripts in the languages: Portuguese, English and Spanish.

3. EVALUATION OF MANUSCRIPTS

The manuscripts received are reviewed by REME's Editorial Council, which has the right to accept or refuse papers submitted. The peer review has the following stages:

a) protocol, recorded in a database for control

b) evaluated as to layout – initial review as to minimal standards required by REME – (cover note with the name of authors and titles of the paper) and documentation. They may be sent back to the author for adaptation to the norms before forwarding to consultants.

c) Forwarded to the General Editor who name an Associate Editor who will indicate two consultants according to their spheres of work and qualification.

d) Forwarded to two specialist reviewers in the relevant field, anonymously, selected from a list of reviewers, without the name of the authors or origin of the manuscript. The reviewers are always from institutions other than those of the authors.

e) After receiving both opinions, the General Editor and the Executive 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>

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)

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

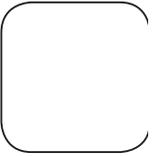
E-mail: reme@enf.ufmg.br

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 adotarán 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>

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)

Para los manuscritos resultados de trabajos de investigación que involucren seres humanos deberá enviarse una copia de aprobación emitida por el Comité de Ética reconocido por la Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – Comisión Nacional de Ética en Investigación, en conformidad con las normas de la resolución del Consejo Nacional de Salud – CNS/196/96. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 107

Para los manuscritos resultantes de trabajos de investigación que hubieran recibido algún tipo de apoyo financiero, el mismo deberá constar, claramente identificado, en el propio manuscrito. El autor o los autores también deberán declarar, juntamente con la autorización de transferencia del derecho de autor, no tener interés personal, comercial, académico, político o financiero en dicho manuscrito.

Los manuscritos deberán enviarse a:

At/REME – Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG, sala 104 Bloco Norte

CEP 30130- 100 Belo Horizonte MG – Brasil – Telefax **55 (31) 3409-9876

Correo electrónico: reme@enf.ufmg.br

6. SOBRE LA RESPONSABILIDAD EDITORIAL

Los casos omisos serán resueltos por el Consejo Editorial.

REME no se hace responsable de las opiniones emitidas en los artículos.

(Versión del 12 de septiembre de 2007)



Revista Mineira de Enfermagem

Nursing Journal of Minas Gerais

Revista de Enfermería de Minas Gerais

reme

FORMULÁRIO PARA ASSINATURA DA REME

Nome / Name / Nombre ou Instituição assinante: _____

Endereço / Address / Dirección: _____

Cidade / City / Ciudad: _____ País / Country / Pais: _____

UF / State / Provincia: _____ CEP / Zip Code / Código Postal: _____

Tel. / Phone / Tel.: _____ fax: _____ Celular / Cell Phone / Cellular: _____

E-mail: _____

Categoria Profissional / Occupation / Profesión: _____

Data / Date / Fecha: ____/____/____

Assinatura / Signature / Firma: _____

Encaminhar este Formulário de Assinatura acompanhado do comprovante de depósito bancário, por fax (31 3409-9876) ou e-mail (reme@enf.ufmg.br)

Send your subscription to:

Enviar la inscripción a:

Dados para depósito:

BANCO DO BRASIL

Agência / Branch Number / Sucursal Número: 1615-2

Conta / Bank Account / Cuenta de Banco: 480109-1

Código identificador / Identification code / Clave de identificación: 4828011

Valores Anuais:

Individual: R\$100,00 () US\$80,00 ()

Institucional: R\$150,00 () US\$100,00 ()

ESCOLA DE ENFERMAGEM – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REME – Revista Mineira de Enfermagem

Av. Alfredo Balena, 190 - sala 104, Bloco Norte

Campus Saúde, Bairro Santa Efigênia - CEP: 30130-100

Belo Horizonte - MG - Brasil

Telefax/Fax: +55 (31) 3409-9876

Home page: www.enf.ufmg.br/reme.php

