

ISSN 1415-2762

reme

Revista Mineira de Enfermagem

Nursing Journal of Minas Gerais

Revista de Enfermería de Minas Gerais

EDITORA GERAL

Heloisa de Carvalho Torres

Universidade Federal de Minas Gerais

DIRETORA EXECUTIVA

Adelaide De Mattia Rocha

Universidade Federal de Minas Gerais

EDITORES ASSOCIADOS

Andréa Gazzinelli C. Oliveira

Universidade Federal de Minas Gerais

Edna Maria Resende

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 de Oliveira Iquiapaza

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 Houssein Rassool

University Of London – Inglaterra

Helmut Kloos

Universit of Califórnia, San Fransico – USA



Revista Mineira de Enfermagem

Isabel Amélia Costa Mendes

Universidade de São Paulo – RP

José Vitor da Silva

Universidade do Vale do Sapucaí

Lídia Aparecida Rossi

Universidade de São Paulo – RP

Luiza Akiko komura Hoga

Universidade de São Paulo – RP

Magali Roseira Boemer

Universidade de São Paulo – RP

Márcia Maria Fontão Zago

Universidade de São Paulo – RP

Marga Simon Coler

University of Connecticut – USA

Maria Ambrosina Cardoso Maia

Faculdade de Enfermagem de Passos – FAENPA

María Consuelo Castrillón

Universidade de Antioquia – Colombia

Maria Flávia Gazzinelli

Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Gaby Rivero Gutierrez

Universidade de São Paulo – SP

Maria Helena Larcher Caliri

Universidade de São Paulo – SP

Maria Helena Palucci Marziale

Universidade de São Paulo – RP

Maria Imaculada de Fátima Freitas

Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Universidade Federal de Santa Catarina

Maria José Menezes Brito

Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Lúcia Zanetti

Universidade de São Paulo – RP

Maria Miriam Lima da Nóbrega

Universidade Federal de Paraíba

Raquel Rapone Gaidzinski

Universidade de São Paulo – SP

Regina Aparecida Garcia de Lima

Universidade de São Paulo – RP

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Universidade de São Paulo – RP

Rosângela Maria Greco

Universidade Federal de Juiz de Fora

Silvana Martins Mishima

Universidade de São Paulo – RP

Sônia Maria Soares

Universidade Federal de Minas Gerais

Vanda Elisa Andrés Felli

Universidade Federal de São Paulo – SP

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

Em parceria com:

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

CONSELHO DELIBERATIVO

Marília Alves - Presidente

Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Cristina Pinto de Jesus

Universidade Federal de Juiz de Fora

José Vitor da Silva

Escola de Enfermagem Wenceslau Braz

Tânia Maria Delfraro Carmo

Fundação de Ensino Superior de Passos

Rosa Maria Nascimento

Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí

Sandra Maria Coelho Diniz Margon

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Indexada em:

BDEF - Base de Dados em Enfermagem / BIREME-OPS.
CINAHL - Cumulative Index Nursing Allied Health Literature
CUIDEN - Base de Datos de Enfermería en Español.
LATINDEX - Fundación Index
LILACS - Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde

Formato eletrônico disponível em:

www.enfermagem.ufmg.br
www.periodicos.capes.ufmg.br

Secretaria Geral

Adrina Rocha França - Secretária executiva
Lúcia Helena Coelho Pereira
Bolsistas da Fundação Universitária Mendes Pimentel (FUMP/UFMG)

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@enfermagem.ufmg.br

Editoração

Saitec Editoração (Eduardo Queiroz)

Impressão

Editores e Gráfica O Lutador

Assinatura

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

Normalização Bibliográfica

Maria Piedade Fernandes Ribeiro CRB/6-601

Revista filiada à ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

Revisão de texto

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

Periodicidade: trimestral - Tiragem: 1.000 exemplares

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

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

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

NLM: WY 100
CDU: 616-83



- 09 **Editorial**
- 11 **Pesquisas**
- CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DE PROSTITUTAS DIANTE DA VISÃO INTEGRAL DA SAÚDE**
SOCIAL CHARACTERIZATION OF PROSTITUTES FRONT TO THE INTEGRAL VISION OF THE HEALTH
CARACTERIZACIÓN SOCIAL DE PROSTITUTAS FRENTE A LA VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD
Ana Izabel Oliveira Nicolau
Priscila de Souza Aquino
Ana Karina Bezerra Pinheiro
- 17 **MULHERES IDOSAS FALANDO SOBRE ENVELHECER: SUBSÍDIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE**
ELDERLY WOMEN TALKING ABOUT AGING: SUBSIDIES FOR PROMOTING HEALTH
MUJERES MAYORES HABLAN SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO: ORIENTACIONES PARA PROMOCIONAR LA SALUD
Valéria Silvana Faganello Madureira
Simone Regina Peliser
Vilma Beltrame
Mariestela Stamm
- 27 **A VIVÊNCIA DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO**
LIVING DE-GRAVIDIC PUERPERAL CYCLE IN ADOLESCENCE: SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND OBSTETRIC PROFILE
LA EXPERIENCIA DEL CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EN LA ADOLESCENCIA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y OBSTÉTRICO
Francisco Rafael de Araújo Rodrigues
Dafne Paiva Rodrigues
Emanuella Santos de Souza
Maria Emanuela Ferreira Nogueira
Ana Virgínia de Melo Fialho
- 34 **SER ASSISTIDO PELO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: UMA RICA EXPERIÊNCIA PARA O DOENTE DE AIDS E SEU CUIDADOR**
BEING CARED FOR BY THE HOMECARE SERVICE: A RICH EXPERIENCE FOR THE AIDS PATIENT AND HIS CAREGIVER
ATENCIÓN DEL SERVICIO DOMICILIARIO: UNA BUENA EXPERIENCIA PARA EL ENFERMO DE SIDA Y PARA SU CUIDADOR
Edna Lúcia Campos Wingeste
Aidé Ferreira Ferraz
- 40 **ESPAÇO E GÊNERO: O COTIDIANO DE MORADORES DE ÁREA ENDÊMICA PARA ESQUISTOSSOMOSE NO VALE DO JEQUITINHONHA**
SPACE AND GENDER: THE DAILY LIFE OF RESIDENTS OF A SCHISTOSOMIASIS ENDEMIC AREA IN THE JEQUITINHONHA VALLEY
ESPACIO E GENERO: LO COTIDIANO DE LOS MORADORES DE LA REGION ENDEMICA PARA ESQUISTOSOMIASIS EN EL VALLE DEL JEQUITINHONHA
Andréa Gazzinelli
Cláudia Maria de Mattos Penna
Gilberto Batista
Maria Flávia Gazzinelli

- 48** **AUTOPERCEÇÃO DE ESTRESSE EM EQUIPE DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA**
SELF-PERCEPTION OF STRESS IN AN INTENSIVE THERAPY NURSING TEAM OF INTENSIVE THERAPY
AUTOPERCEPCIÓN DE ESTRÉS EN EQUIPOS DE ENFERMERÍA DE TERAPIA INTENSIVA
Isbelle Arruda Barbosa
Maria Aparecida Vieira
Maria de Lourdes Carvalho Bonfim
Antônio Prates Caldeira
- 54** **ESTRESSORES E SINTOMAS DE ESTRESSE VIVENCIADOS POR PROFISSIONAIS EM UM CENTRO CIRÚRGICO**
STRESSORS AND SYMPTOMS OF STRESS LIVED BY HEALTH WORKERS IN A SURGICAL CENTER
ESTRESSORS Y SÍNTOMAS DE TENSIÓN VIVIDOS POR LOS PROFESIONALES EN UN CENTRO QUIRÚRGICO
Eniva Miladi Fernandes Stumm
Daiane Botega
Rosane Maria Kirchner
Luiz Anildo Anacleto da Silva
- 64** **INTERESSE E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DE QUEM ATUA EM EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO NOROESTE PAULISTA**
INTEREST AND PROFESSIONAL SATISFACTION OF WORKERS IN FAMILY HEALTH PROGRAM TEAMS IN THE NORTHWEST OF THE STATE OF SÃO PAULO
INTERÉS Y SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE QUIENES TRABAJAN EN EQUIPOS DEL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA EN EL NOROESTE DEL ESTADO DE SAN PABLO
Cristina Berger Fadel
Maria de Lourdes Carvalho
Renato Moreira Arcieri
Nemre Adas Saliba
Cléa Adas Saliba Garbin
- 71** **A CONTRIBUIÇÃO DOS MEMBROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA VISÃO DOS ENFERMEIROS**
THE CONTRIBUTION OF MEMBERS OF THE NURSING TEAM TO THE NURSING PROCESS ACCORDING TO NURSES
LA CONTRIBUCIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA AL PROCESO DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS ENFERMEROS
Emília Campos de Carvalho
Maria Célia Barcellos Dalri
Anamaria Alves Napoleão
Luciana Aparecida Ribeiro Ramos
Michelle Salvador
Paula Elaine Diniz dos Reis
- 79** **MOTIVAÇÕES DA VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA A CRIANÇA SOB A ÓTICA DO CUIDADOR AGRESSOR**
MOTIVATION OF PHYSICAL VIOLENCE AGAINST CHILDREN FROM THE POINT OF VIEW OF AGGRESSIVE CAREGIVERS
MOTIVOS DE LA VIOLENCIA FÍSICA CONTRA NIÑOS DESDE LA ÓPTICA DEL CUIDADOR AGRESOR
Ester Vander de Campos Cordeiro
José Geraldo dos Santos
Janete Ricas
Miguir Terezinha Vieccelli Donoso
- 86** **FATORES DE RISCO PARA QUEIMADURAS E CHOQUE ELÉTRICO EM CRIANÇAS NO AMBIENTE DOMICILIAR**
RISK FACTOR FOR BURNS AND ELECTRIC SHOCK IN CHILDREN IN THE DOMESTIC SETTING
FACTORES DE RIESGO PARA LAS QUEMADURAS Y CHOQUES ELÉCTRICOS EN NIÑOS EN EL AMBIENTE DOMICILIARIO
Bruna F. Corrêa Moreira
Paulo C. Almeida
Mônica O. B. Oriá
Luiza Jane Eyre de S. Vieira
Lorena Barbosa Ximenes

- 92** **PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS EM CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA CRECHE**
RESPIRATORY PROBLEMS IN INFANTS: KNOWLEDGE OF THE DAY-CARE CENTER WORKERS
PROBLEMAS RESPIRATORIOS EN NIÑOS: CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA GUARDERÍA
Kalyne Alves Carlos Komarsson
Andréia Batista Ferreira
Paulo César Almeida
Lorena Barbosa Ximenes
- 99** **CONHECIMENTO SOBRE PARALISIA CEREBRAL EM CRIANÇAS POR PARTE DAS MÃES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**
KNOWLEDGE OF CHILD CEREBRAL PALSY BY MOTHERS ASSISTED IN A BASIC HEALTH UNIT
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES ATENDIDAS EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD SOBRE LA PARÁLISIS CEREBRAL DE SUS NIÑOS
Maíra Costa Navais
Allison Araújo
- 104** **PERFIL DA INCIDÊNCIA BACTERIANA E RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**
PROFILE OF BACTERIAL INCIDENCE AND ANTIMICROBIAN RESISTENCE IN A HOSPITAL
PERFIL DA LA INCIDENCIA BACTERIANA Y RESITENCIA ANTIMICROBIANA EN UN HOSPITAL
Dênis Derly Damasceno
Fábio de Souza Terra
Paula Oliveira Dutra
Solange Izabel Campos Libânio
- 110** **A UTILIZAÇÃO DO GERENCIAMENTO DE CASOS NA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: RELATO DE CASO**
THE USE OF CASE MANAGEMENT IN PSYCHIATRIC NURSING: A CASE REPORT
USO DEL MANEJO DE CASOS EN ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA: RELATO DE CASO
Amanda Márcia dos Santos Reinaldo
Margarita Antonia Villar Luís
- 119** **Revisão Teórica**
- 119** **A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO CATETER VENOSO CENTRAL NO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**
PREVENTION OF COMPLICATIONS OF THE CENTRAL VENOUS CATHETER IN BONE MARROW TRANSPLANTATION
PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS AL CATÉTER VENOSO CENTRAL EN EL TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA
Kelli Borges dos Santos
Alcione Bastos Rodrigues
- 127** **Relato de Experiência**
- 127** **OFICINA DE CULINÁRIA: RESGATE DA COTIDIANIDADE DAS MÃES ACOMPANHANTES DE RECÉM-NASCIDOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**
COOKERY WORKSHOP: RECOVERY OF DAILY ROUTINE OF ACCOMPANYING MOTHERS IN A NEONATE INTENSIVE CARE UNIT
TALLER DE CULINARIA: RESCATE DE LA COTIDIANEIDAD DE MADRES ACOMPAÑANTES DE RECIÉN NACIDOS DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
Caroline Oliveira Alves
Renata Pereira Rodrigues
Erika da Silva Dittz
- 131** **UMA INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL ENTRE PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DE CÂNCER DE MAMA**
OCCUPATIONAL THERAPY FOR PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER
INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO DE CÂNCER DE MAMA
Tatiana Scandiuzzi
Sueli Riul da Silva



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG – 75 ANOS DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM EM MINAS GERAIS (1933-2008)

Os setenta e cinco anos de existência da Escola de Enfermagem da UFMG começam com a Escola de Enfermagem Carlos Chagas – a qual deu origem, bem como o início à escolarização e à profissionalização da enfermagem em Minas Gerais.

A Escola Carlos Chagas (1933 a 1968) e a Escola da UFMG (1968 a 2008) são dois grandes marcos históricos. Outros marcos foram se constituindo nesses tempos e espaços, como o de 1950 a 1968, em que a Escola funcionou anexa à Faculdade de Medicina da UFMG, e outros, mais recentes, estão em constituição. A partir de 2004, a Escola decidiu produzir novos conhecimentos, com a criação do Curso de Nutrição e, a partir de 2009, com o início ao Curso Análise de Sistema e Serviços de Saúde.

A historiografia da enfermagem brasileira mostra que a Escola de Enfermagem Carlos Chagas é a terceira escola de enfermagem criada no País que se mantém em funcionamento até os dias atuais. Ela é considerada, também, a segunda Escola a seguir as bases de formação de enfermeiras conforme o sistema Nightingale de ensino e a primeira a buscar sua equiparação ao “Padrão Ana Néri”. Ao buscar adequar-se às exigências dos modelos educacionais e culturais no campo da enfermagem, que se consolidavam no Brasil nas décadas de 1920 e 1930, a Escola construiu espaços e tempos particulares que lhe conferiram uma maneira própria de ser, de se mostrar e de legitimar-se no campo da educação e da saúde em geral e no campo da enfermagem brasileira em particular.

A Escola de Enfermagem Carlos Chagas é uma instituição que se constituiu em um momento de modernização do País no qual a enfermagem está se constituindo no diálogo com os campos da medicina, da educação, das confissões religiosas, com as cidades que se organizam; é uma instituição que é fruto desse diálogo que perpassa diversos saberes. Ao mesmo tempo em que está dialogando com diversos e diferentes movimentos sociais, culturais e políticos, é parte desses movimentos.

Assim, em seu processo de institucionalização, a Escola constituiu e legitimou uma cultura escolar que lhe conferiu singularidade. Dessa forma, deu-se visibilidade social a uma cultura institucional que foi se delineando, ao mesmo tempo em que se elaboravam representações da Escola, da enfermagem e da enfermeira, imbuídas do espírito de brasilidade, de patriotismo e de religiosidade, em consonância com o debate intelectual reinante no País, nas décadas de 1920 e 1930, em que a identidade nacional era colocada como questão de primeira ordem. Uma cultura institucional que, em sua materialidade e em suas práticas escolares – tempos, espaços, currículos, materiais didáticos, processos avaliativos e de controle, corpo docente, dentre outros –, deveria assemelhar-se às normas oficiais do sistema educacional brasileiro em geral e do ensino de enfermagem, em particular.

Nessa constituição de identidade, a Escola Carlos Chagas buscou posicionar-se como uma escola brasileira católica cristã em solo mineiro, trazendo para o seu campo de luta uma grande aliada, a Igreja Católica, representada por Laís Netto dos Reys (idealizadora, organizadora e primeira diretora da Escola) e por outros intelectuais militantes católicos, como o padre Álvaro Negromonte. Portanto, no período de 7 de julho de 1933, data de sua criação, a 3 de dezembro de 1950, data que antecede a anexação dela à Faculdade de Medicina, a Escola atuou de forma a colocar em prática o seu lema: A Deus – pela humanidade – para o Brasil

Os setenta e cinco anos de existência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais estão, indelevelmente, marcados na história da educação, da saúde e da enfermagem no Brasil. O trabalho e o conhecimento produzidos durante o cumprimento da digna missão a que se propôs – educar para “o cuidar da vida humana” – estarão guardados para sempre nos avanços realizados na educação e na saúde nas terras mineiras.

Desde o sonho e audácia das pioneiras...

... passando pela paixão traduzida pelo desejo, coragem, desafio, esforço e luta dos sucessores...

... até tudo aquilo que impulsiona cada ser humano, na busca da superação e transcendência

– eis alguns dos valores que estão presentes na construção e trajetória da Escola.

Grandes mulheres, grandes autoridades civis, militares e eclesiásticas participaram dessa construção, bem como funcionários, professores, pessoas leigas e religiosas que, por profissão, vocação e fé, assumiram a missão de preparar gerações, comprometidos em consolidar e dar visibilidade a uma profissão, a enfermagem, empenhada na luta, defesa e preservação da vida. São gerações de alunas e alunos que representam sonhos e conquistas alcançadas.

Vitórias e sucessos foram vislumbrados pela mestra Izaltina Goulart de Azevedo – aluna, professora e diretora desta Escola – em discurso proferido no XXIV Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em 1972, em Belo Horizonte, em que ela sugere que digamos sempre sim aos resultados das lutas e das peijas dos nossos pioneiros e aos grandes benefícios que nos legaram; que procuremos sempre o nosso lugar mais acertado nesse mundo em debate; e que atendamos aos apelos dos que necessitam do nosso trabalho, da nossa honestidade de propósitos, da nossa cooperação para a saúde dos seres humanos. Nas sábias palavras da mestra, verificamos que “na história das grandes conquistas uns tombaram no caminho; mas outros surgiram e empunharam as suas bandeiras, conduzindo-as, corajosamente, pelas trilhas dos predestinados à realização de altos objetivos”.

Assim, a bandeira da Escola de Enfermagem da UFMG, empunhada no dia 7 de julho de 1933, é testemunha do empenho das pioneiras e da garra de seus sucessores, que alcançaram os “altos objetivos” ao colocarem a Escola como sede-espço de fonte de conhecimentos em ciências da saúde, a jorrar bálsamo salutar nas férteis terras das Minas Gerais como em todo o solo brasileiro...

Geralda Fortina dos Santos
Professora da Escola de Enfermagem da UFMG

CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DE PROSTITUTAS DIANTE DA VISÃO INTEGRAL DA SAÚDE*

SOCIAL CHARACTERIZATION OF PROSTITUTES FRONT THE INTEGRAL VISION OF THE HEALTH

CARACTERIZACIÓN SOCIAL DE PROSTITUTAS FRENTE A LA VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD

Ana Izabel Oliveira Nicolau¹
Priscila de Souza Aquino²
Ana Karina Bezerra Pinheiro³

RESUMO

Estudo descritivo quantitativo cujo objetivo foi caracterizar o perfil socioeconômico e epidemiológico de prostitutas atuantes no centro de Fortaleza. Como instrumento para a coleta de dados utilizou-se a entrevista com 81 prostitutas, em outubro de 2005. Identificou-se a prevalência de mulheres jovens provenientes de outras cidades, solteiras com filhos, com histórias freqüentes de abortos, baixo grau de escolaridade, baixa renda familiar mensal associada à ocorrência de DST e que não exerciam outra atividade além da prostituição. Ademais, eram recentes na prática dessa profissão e apresentavam número de clientes associado à idade. Diante desses resultados, concluiu-se que as prostitutas pesquisadas fazem parte de uma parcela populacional desfavorecida economicamente, com fatores socioeconômicos e epidemiológicos que influenciam o comportamento e a adoção de práticas seguras. Os resultados, portanto, evidenciaram a importância das políticas públicas saudáveis voltadas para as populações de risco com determinantes de saúde incompatíveis com a qualidade de vida.

Palavras-chave: Prostituição; Fatores Socioeconômicos; Demografia.

ABSTRACT

This is a descriptive-quantitative study with the objective of describing the epidemiological and socioeconomic profile of prostitutes working in the Fortaleza downtown area. Interviews were held with 81 prostitutes, in October 2005. Most of them were young women from other towns, single women with children, with frequent stories of abortions, low level of education, low monthly income associated with the occurrence of STD and not having any other occupation apart from prostitution. Also, they were new in this profession and the number of clients was associated with age. These results showed that the prostitutes researched are part of an underprivileged population with socio-economics and epidemiological factors that influence the behavior and adoption of safe practices. The results, therefore, showed the importance of healthy public politics directed at populations at risk, with health determinants which are incompatible with the quality of life.

Key words: Prostitution, Socioeconomic Factors ; Demography.

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo cuyo objetivo es caracterizar el perfil socioeconómico y epidemiológico de prostitutas que trabajan en el centro de la ciudad de Fortaleza. En octubre de 2005 se entrevistaron 81 prostitutas. Se identificó que predominaban mujeres jóvenes de otras ciudades, mujeres solteras con hijos, historias frecuentes de abortos, bajo nivel de educación, bajo ingreso mensual asociado a casos de ETS y que no ejercían ninguna otra actividad aparte de la prostitución; práctica reciente de la profesión y número de clientes asociado a la edad. Ante tales resultados, se puede concluir que las prostitutas objeto de estudio integran parte de una población desfavorecida economicamente con factores socioeconómicos y epidemiológicos que influyen en sus comportamientos y en la adopción de prácticas seguras. Por lo tanto, los resultados resaltaron la importancia de políticas públicas saludables dirigidas a poblaciones de riesgo con determinantes de salud incompatibles con la calidad de la vida.

Palabras clave: Prostitución; Factores Socioeconómicos; Demografía.

* Este trabalho foi realizado em parceria com a Associação de Prostitutas do Ceará (APROCE).

¹ Estudante do 8º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET).

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Ceará, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta III da Universidade Federal do Ceará. Co-tutora do Programa de Educação Tutorial (PET). Ceará, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Cruzeiro do Sul, 221. Carlitto Pamplona. CEP: 60335-190. Fortaleza-CE.

E-mail priscilapetenf@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A palavra "prostituição" pode ser definida como a comercialização da prática sexual, geralmente em troca de favores ou vantagens monetárias.¹ A existência dessa prática é fato constante e freqüente na história da humanidade. A opção pela prostituição pode ser vista como uma forma de resistência, pois a mulher ocupa um espaço até então exclusivo dos homens, deixando o ambiente domiciliar para freqüentar as ruas.² Isso fez com que eles se sentissem ameaçados, originando o estigma.

As prostitutas faziam parte da classe trabalhadora, especificamente de uma parcela dos despossuídos que vendiam o corpo como objeto sexual. A prostituição assumiu características próprias com proporções diferentes, mesmo sendo uma atividade anterior ao capitalismo.³

Desde o século XIX, a prostituição é identificada na sociedade brasileira.⁴ A cada ano, o número de prostitutas tem aumentado significativamente, estando a cidade de Fortaleza entre os quatro centros do tráfico de mulheres no Brasil, perdendo apenas para São Paulo, Rio de Janeiro e Goiânia.⁵

Além da violência e discriminação, as prostitutas podem estar sujeitas à aquisição de DST/aids, visto que a multiplicidade de parceiros aumenta essa probabilidade. Além disso, por não apresentarem condições de trabalho que favoreçam a prática sexual segura, bem como adequado nível educacional que facilite a percepção do risco, tornam-se alvos potenciais para essas doenças.

Pesquisa nacional revelou que aproximadamente 40% das pessoas sexualmente ativas acima de 14 anos haviam apresentado sinais e sintomas compatíveis com DST alguma vez na vida.⁶

Os profissionais de saúde, grandes responsáveis pelas ações de promoção da saúde, precisam direcionar suas práticas para a clientela historicamente excluída, fornecendo uma assistência de qualidade, com informações sobre métodos de prevenção de DST/aids, além do fornecimento gratuito de preservativos nas unidades de saúde.

Diante dessa realidade, interessamo-nos em pesquisar o perfil socioeconômico e demográfico de prostitutas atuantes no centro da cidade de Fortaleza, buscando identificar a situação social a que estão submetidas e a realidade na qual estão inseridas, que podem refletir na adoção de comportamentos sexuais saudáveis. Para um programa de saúde reprodutiva ser de qualidade, é preciso conhecer as reais necessidades da comunidade, bem como os principais problemas nela existentes.⁷ Esse fato pode contribuir, efetivamente, na atuação dos profissionais junto a essa clientela.

Nesse contexto, teve-se como objetivo, neste estudo, caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico de prostitutas atuantes no centro de Fortaleza.

MÉTODOS

Este estudo é do tipo quantitativo, com abordagem descritiva e delineamento transversal. No estudo quantitativo, o pesquisador parte do ponto inicial de um estudo (a colocação da questão) para o ponto final (a obtenção de uma resposta), em uma seqüência lógica de passos que é similar em todos os estudos. A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo.⁸

Fizeram parte da amostra do estudo 81 prostitutas cadastradas na Associação de Prostitutas do Ceará (APROCE), instituição criada em 1990, que desenvolve trabalho educativo sobre sexualidade, prevenção de DST/aids, distribuição de preservativos, além de incentivar a busca pelos serviços de saúde para mulheres prostitutas e adolescentes. A referida associação possui 3 500 prostitutas cadastradas, sendo que 500 trabalham no centro da cidade, sendo essa a população do estudo.

A seleção da amostragem foi por conveniência, porém obedeceu aos seguintes critérios: eram mulheres, prostitutas, estavam cadastradas na associação, possuíam idade superior a 21 anos e aceitaram participar do estudo.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um formulário de pesquisa estruturado, cujas questões foram indagadas oralmente. O período de coleta dos dados foi no mês de outubro de 2005, no centro da cidade de Fortaleza. Foram visitadas quatro zonas de prostituição: a Praça da Estação, o Passeio Público, a Rua 24 de Maio e a Praça José de Alencar.

Os dados foram organizados em planilha do Microsoft Excell para posterior análise descritiva. Os dados foram apresentados sob a forma de tabelas ilustrativas e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

Resguardamos os preceitos éticos contidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, que trata de pesquisas com seres humanos.⁹ O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovado sob o Protocolo nº 289/05. Antes de aplicar o instrumento, cada prostituta assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo conhecimento de que poderia desistir da pesquisa em qualquer momento, se assim desejasse.

RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram dispostos em tabelas ilustrativas, com o número absoluto relativo e as respectivas freqüências percentuais acumuladas.

TABELA 1 – Distribuição da idade das prostitutas atuantes no centro da cidade de Fortaleza. Fortaleza-CE, outubro 2005

Idade (em anos) (n=81)	n°	%	Fpac
21-25	21	26,0	26,0
26-30	18	22,2	48,2
31-35	11	13,6	61,8
36-40	13	16,0	77,8
Acima de 40	18	22,2	100,0

De acordo com a TAB. 1, os dados encontrados para a idade variaram entre 21 e 57 anos, com média de 33,07, sendo que 26% da amostra possuía entre 21 e 25 anos. Ao analisar a freqüência percentual acumulada, observamos que 61,8% das mulheres apresentavam até 35 anos, achado que corrobora a idade da média encontrada.

Os dados fornecidos em relação à renda familiar mensal mostraram que 51,9% das prostitutas têm uma renda variando entre um e três salários mínimos, 39,5% referiram uma baixa renda (menor que um salário mínimo) e apenas 8,6% possuíam uma renda maior que três salários. Percebemos, então, que a prostituição no centro da cidade de Fortaleza é uma atividade que traz pouca remuneração considerando-se o risco para a saúde, além da instabilidade financeira, por não garantir direitos trabalhistas, sem falar no constante preconceito social vivenciado por essas mulheres. Cabe ressaltar que o valor do salário mínimo na época do estudo era de 350,00 reais.

Quanto ao grau de escolaridade das prostitutas, constatamos que 46,9% têm apenas o ensino fundamental incompleto, o que denota o baixo nível escolar delas. Nenhuma mulher apresentou nível superior, completo ou incompleto. Considerando tais dados, podemos dizer que as mulheres que optam pela prostituição são, muitas vezes, excluídas do processo de ensino, o que pode resultar na falta de perspectiva profissional, visto que não possuem qualificação para o mercado de trabalho.

Ao indagar o estado civil das participantes, verificamos que 87,6% das mulheres não apresentavam companheiro em situação matrimonial, pois eram solteiras, viúvas ou separadas. Essa alta porcentagem de mulheres solteiras, porém, não significa a inexistência de parceiro fixo, visto que quando questionadas sobre o assunto, 54,3% das entrevistadas afirmaram possuí-lo, independentemente do estado civil.

Em relação à cidade de procedência, utilizamos três opções para a análise: ser da capital cearense, do interior do Estado ou de outro Estado brasileiro. Verificou-se que 39,5% das mulheres procediam de Fortaleza, 35,8% do interior do Estado e 24,7% eram de outro Estado. Ao se

analisar os percentuais individualmente, observamos que a maior parte da amostra provinha de Fortaleza. Porém, sob outro ângulo, percebemos que a somatória das mulheres advindas de outras cidades (60,5%) sobressai à porcentagem encontrada para o local de exercício da profissão – Fortaleza.

TABELA 2 – Distribuição das prostitutas pelo tempo de trabalho na prostituição. Fortaleza-CE, outubro 2005

Tempo de prostituição (em anos) (n=81)	n°	%	Fpac
< 1 ano	7	8,6	8,6
1 – 5	28	34,6	43,2
6 – 10	21	26,0	69,2
11 – 15	6	7,4	76,6
Acima de 15	19	23,4	100

Segundo a TAB. 2, em relação ao tempo de trabalho como prostituta, é notório o número de mulheres ingressando na prostituição recentemente, visto que 43,2% exerciam essa prática há até cinco anos. Os dados apresentaram uma grande variação total, de dois meses a 32 anos, o que influenciou na média de tempo de trabalho encontrada – de 9,58 anos.

Quanto ao exercício de outra atividade paralela à prostituição, observamos que 66,7% das entrevistadas não exerciam outro trabalho. Dentre as mulheres que exerciam outras atividades remuneradas, verificamos a atividade de vendedora como a mais freqüente, seguida da profissão de doméstica. Dentre outras atividades mencionadas, destacam-se as de manicure, cabeleireira e camareira.

TABELA 3 – Distribuição do número de clientes atendidos semanalmente pelas prostitutas entrevistadas. Fortaleza-CE, outubro 2005

Clientes semanais (n=78)	n°	%	Fpac
Até 5 clientes	41	52,6	52,6
6 a 10 clientes	21	26,9	79,5
11-15 clientes	11	14,1	93,6
Acima de 15 clientes	5	6,4	100,0

Conforme dados da TAB. 3, observamos predominância de mulheres atendendo até cinco clientes semanais (52,6%), o que interfere sobremaneira na renda mensal

dessas mulheres. Apesar de não termos aferido o preço cobrado pelo programa, inferimos que este não é satisfatório, uma vez que as prostitutas do centro da cidade de Fortaleza caracterizam mulheres de baixa renda mensal, com peculiaridades de prostitutas de baixo meretrício.

Ao analisarmos o número de clientes por faixa etária, verificamos um nítido declínio no número de clientes pelo avanço da idade. A prostituição de crianças e jovens é um fato cada vez mais constante nas grandes capitais, principalmente influenciada pelo estímulo dos clientes ao priorizar as prostitutas com menos idade. Além disso, é na juventude que a mulher descobre seu poder de sedução.

Observamos que a maioria das entrevistadas possuía filhos vivos (92,6%), dentre as quais 46,6% tinham três ou quatro filhos, fator que pode contribuir para a permanência de dificuldades econômicas.

Quando indagadas sobre a vivência de aborto, 49,4% das prostitutas já o experienciaram, sendo que 65% dos abortos foram provocados, apresentando média de 2 abortos por mulher. Os altos índices de aborto podem estar relacionados à baixa renda relatada por essas mulheres, à gravidez indesejada, bem como à ausência de companheiro co-responsável pela criação do filho.

TABELA 4 – Distribuição da ocorrência de DST de acordo com a renda familiar mensal. Fortaleza-CE, outubro 2005

RENTA \ DST	Sim (n=13)		Não (n=68)		Valor de p
	n	%	n	%	
Menor que 1 salário (n=32)	10	12,3	22	27,1	
Entre 1 e 3 salários (n=42)	2	2,5	40	49,5	0,009
Maior que 3 salários (n=7)	1	1,2	6	7,4	

Observa-se na TAB. 4 a associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de DST e a renda familiar mensal. Ou seja, a renda interfere na aquisição de doenças sexualmente transmissíveis, provavelmente dadas as dificuldades de aquisição do condom ou a flexibilidade de negociação do uso do preservativo com o cliente, visto que, ao dispor de pouco dinheiro, a maioria não pode dispensar clientes resistentes ao uso do preservativo. Ressaltamos que ao associarmos a ocorrência de DST com a escolaridade não obtivemos associações estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO

Observamos neste estudo mulheres adultas jovens trabalhando na prostituição. Mulheres mais jovens se

iniciam na prática da prostituição na esperança de obter melhores rendimentos e condições que lhes assegurem maior acesso à aquisição de bens de consumo e sobrevivência.¹⁰

Com relação à baixa renda familiar mensal, pesquisas relatam que quase um terço da população, ou seja, 49 milhões de pessoas, vive com até meio salário mínimo *per capita*. Ao acrescentar as pessoas que vivem sem rendimento, estima-se que 54 milhões possam ser consideradas pobres. As disparidades por regiões também existem: no Nordeste: quase 51% das pessoas vivem com até um salário mínimo, enquanto no Sudeste esse número é inferior a 18%.¹¹ Ou seja, percebemos que as prostitutas, especificamente, não estão condicionadas à baixa renda, visto que essa condição é predominante no País.

Percebemos a baixa escolaridade predominante, o que pode ter relação com o exercício da prostituição ainda muito jovem, uma vez que ao ingressarem no mercado de trabalho surgem determinadas dificuldades, como desmotivação ou cansaço físico, o que contribui para a evasão escolar. A escolaridade nos níveis nacionais mostra que a proporção de mulheres não alfabetizadas continua muito significativa na Região Nordeste (22,3%). Isso totaliza mais de 5 milhões de mulheres analfabetas de 10 anos ou mais de idade.¹²

A predominância de mulheres solteiras no estudo contradiz os achados nacionais, que apontam para o aumento no número de casamentos realizados no Brasil, em parte decorrente da legalização das uniões consensuais.¹³

Em razão do estigma vivenciado pelas prostitutas e as perspectivas de melhoria das condições de vida, é notória a verificação de relatos de abandono do lar, como o foi neste estudo. Esse resultado está em concordância com pesquisas realizadas que afirmam ser comum a migração de mulheres para outras localidades em busca de melhores condições de trabalho, além do fato de estarem longe da família para exercer a prostituição sem maiores problemas.¹⁴

O tempo de exercício da profissional era recente, achado corroborado pelo estudo realizado em âmbito nacional com prevalência semelhante de tempo de trabalho inferior a cinco anos em três regiões brasileiras: Sul, Nordeste e Sudeste.¹⁵ O tempo de profissão pode ser associado à maior experiência na prática sexual, o que pode ser um fator que contribui na concorrência pelo cliente para quem possui essa característica.¹⁶

A ausência do exercício de outra prática laboral pode ser influenciada pelo reconhecimento da profissão pelo Ministério do Trabalho, na categoria de trabalhos informais. A prostituição acarreta certa liberdade em relação ao tempo e obtenção de mais lucros que outras profissões de baixa qualificação. Além disso, são comuns outros trabalhos informais antes da inserção nessa atividade.¹⁷ Os empregos anteriores à prostituição eram informais ou formais mal remunerados. Em estudo comparativo com o supracitado, na mesma população

de prostitutas, verificou-se, após dois anos, que ter outra ocupação ou renda alternativa caiu de 33,1% para 23,1%, com frequência maior do emprego de doméstica e garçone. ¹⁸ Em nosso estudo, as profissões mais citadas foram vendedora e doméstica.

Observamos que as mulheres do estudo apresentavam predominantemente até dez clientes, dados coerentes com estudo nacional realizado nas três regiões, Nordeste, Sudeste e Sul. ¹⁵ Dados de outro estudo revelaram uma média de três clientes diários em um dia de trabalho, dado considerado bom pelas prostitutas pesquisadas. ¹⁸

Em uma profissão na qual a beleza e a sexualidade são valorizadas, além de serem imprescindíveis para a aquisição de maior clientela, não foi difícil observar que as mulheres mais jovens são as que têm mais oportunidade de realizar um bom "negócio". ¹⁹

As prostitutas consideram a idade um fator de grande influência na concorrência pelo cliente, principalmente na negociação do programa. Mulheres mais velhas podem ser vistas como mais experientes; em contrapartida, mulheres jovens podem ser mais requisitadas por clientes menos interessados na experiência sexual. ¹⁶ Assim, notamos, em nosso estudo, a influência da idade da prostituta com o número de clientes semanais: as mais velhas atraíam menos clientes.

Quanto ao número de filhos, nossos achados superaram as estatísticas nacionais, bem como regionais. Em 2004, o número médio anual de filhos por mulher na Região Nordeste era de 2,39, com dados para o Ceará acima da média (2,42 filhos), o que mostra uma redução contínua no número de filhos por mulher. ²⁰

O planejamento familiar é um direito reprodutivo e tem como principal objetivo garantir aos cidadãos o direito de ter ou não filhos. ²¹ Portanto, os serviços de saúde devem garantir o acesso aos meios para evitar gravidez, além de consultas ginecológicas e ações educativas para a escolha consciente do método.

Essa prática, porém, parece que não está sendo adotada por algumas prostitutas. Os números de abortos provocados são surpreendentes e representam riscos para a saúde sexual e reprodutiva. O abortamento induzido pela mulher é considerado um problema de Saúde Pública, visto que está associado ao alto índice de mortalidade, sendo a quarta causa de morte materna, em decorrência de complicações. ²² Além disso, envolve questões éticas, morais, religiosas e emocionais.

Estudos mais recentes indicam que de 9% a 22% das mulheres relatam ter tido um ou mais abortos provocados. ²³ Verificamos, assim, que, tratando-se de mulheres prostitutas, o índice encontrado é superior ao dobro da média das mulheres que exercem outras atividades profissionais.

Um dos grandes desafios enfrentados pelas prostitutas se refere ao convencimento do cliente para o uso do preservativo. De um lado, existe a resistência dele quanto à adoção de práticas seguras e, de outro, a fragilidade

da prostituta ao lidar com tal situação. Assim, além da percepção do risco de infecção por DST/aids, são necessárias habilidades das prostitutas para lidar com as diversas situações. ²⁴

O dinheiro é considerado um fator que pode aumentar o risco de contrair DST, dado o incentivo do cliente que oferece uma quantia maior para o sexo sem preservativo. ¹⁴ Ao associarmos a renda familiar mensal com a ocorrência de DST, encontramos relevante relação estatística. Em concordância, pesquisa revelou que, mesmo preocupadas com a prevenção de DST, as prostitutas privilegiam os fatores econômicos, por estarem associados diretamente à sobrevivência delas. ²⁵

De acordo com dados da Coordenação Nacional de DST/aids, existem 66 mil profissionais do sexo no Brasil, entre homens e mulheres, em situação de pobreza. Desses, estima-se que 37% das mulheres e 51,5% dos homens estejam infectados com alguma DST. ²⁶

CONCLUSÃO

Com base na coleta de dados, pode-se caracterizar o perfil socioeconômico e epidemiológico das prostitutas atuantes no centro da cidade de Fortaleza. Observou-se que há predominância de mulheres jovens nessa profissão, fato até esperado, visto que beleza e juventude são adjetivos importantes nessa profissão. Outro dado interessante refere-se à cidade de origem, predominando mulheres de outras cidades. Possuíam um tempo de trabalho considerável e poucas possuíam outro emprego. Tal fato é preocupante, pois a prostituição é uma profissão instável, que não assegura direitos trabalhistas.

Na análise dos dados, verificou-se que a renda mensal e a escolaridade eram baixas. Uma renda familiar diminuta pode dificultar o acesso aos métodos preventivos, tornar a prostituta mais susceptível a aceitar o não-uso do método em troca de uma quantia maior, deixando-a mais vulnerável à aquisição de DST. Além disso, representam uma parte da população que não teve acesso à educação de qualidade e dificilmente contemplará o perfil exigido para inserção no mercado de trabalho, o que dificulta a manutenção de adequadas condições de vida.

Detectou-se que são solteiras, na sua maioria, mas têm parceiro fixo. Possuem filhos, a maioria três, fato que interfere na renda mensal. O aborto mostrou-se presente em números muito altos, e o número de abortos provocados denota a necessidade de intervenções eficazes relativas ao uso do preservativo.

Enfim, conhecer o perfil socioeconômico e epidemiológico de prostitutas é imprescindível para o direcionamento de práticas que objetivem promover a saúde dessas mulheres. O profissional de saúde, ressaltando-se o enfermeiro, deverá priorizar as principais necessidades dessa clientela, ajudando-a a adquirir mudanças comportamentais que visem melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, da saúde delas.

É imprescindível a participação desses profissionais nas atividades de educação em saúde como multiplicador de informações, mediante o incentivo de uma prática sexual segura, valorizando e respeitando cada cliente, além de compreender o contexto social no qual ele está inserido.

Esses resultados mostram a importância da efetivação de políticas públicas saudáveis voltadas para as populações de risco, com determinantes de saúde incompatíveis com a qualidade de vida. O estudo chama a atenção

para os fatores socioeconômicos e epidemiológicos que influenciam o comportamento das prostitutas e a adoção de práticas seguras. Percebe-se a necessidade de programas de atenção à saúde sexual e reprodutiva específicas às prostitutas como forma de prevenir gravidezes indesejadas e diminuir a incidência de abortos provocados. Além disso, os índices revelam a ausência do uso sistemático do preservativo, fato que põe em risco a saúde sexual dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Wikipédia. Prostituição. [Citado em 2005 Set 13]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Prostitui%C3%A7%C3%A3o>.
2. Rodrigues A. Sem máscara: prostituta quer profissão regulamentada. 2005- [Citado em 2005 Ago 17]. Disponível em: <http://www.carb.ufba.br/artigos/sem mascara-anai.html>
3. Mazzeiro JB. Sexualidade criminalizada: prostituição, lenocínio e outros delitos. *Rev Bras Hist.* 1998 nov; 18(35): 75-87.
4. Projeto Lazer e Prostituição [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: UFRJ. Lazer e prostituição [Citado em 2005 Ago 17]. Disponível em: <http://www.eefd.ufrj.br/lazer-prostituicao/>
5. Alves Filho M. Asas do desejo. *Jornal da UNICAMP.* [Citado em 2005 Ago 18]. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/jornalPDF/ju269pag12.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Executiva. Coordenação Nacional de DST/ Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
7. Díaz M, Díaz J. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças. In: Galvão L, Díaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec Population Council; 1999. p.151-62.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
10. Botelho SM N. Prostituição de adolescentes: uma imagem construída na adversidade da sociedade [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.
11. D'urso LFB. Um grito de indignação. O monitor: política, administração, ética e segurança 2007 Set.; 2(15) [Citado em 2007 Set 24]. Disponível em: <http://www.omonitor.info/article.asp?qid=86&sid=13>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estatísticas do registro civil 2005. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
14. Oltramari LC, Camargo BV. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. *Psicol Teor Prat.* 2004; 6(2): 75-87.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Estudos Pesquisas e Avaliação. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo em três regiões brasileiras. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Guimarães K, Merchán-Hamann E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. *Rev Estud Fem* 2005; 13(3): 525-44.
17. Amaya A, Canaval GE, Viáfara E. Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. *Colomb Med.* 2005; 36(3): 65-74.
18. Benzaken AS, Garcia EG, Sardinha JCG, Pedrosa VL, Loblein O. Baixa prevalência de DST em profissionais do sexo no Município de Manacapuru – Interior do estado do Amazonas, Brasil. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2002; 14(4): 9-12.
19. Aquino PS. Comportamento sexual de profissionais do sexo: risco para aquisição de DST? [monografia]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2005.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Indicadores demográficos. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
21. Brasil. Ministério da Saúde . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
22. Pedrosa IL, Garcia TR. Não vou esquecer nunca!: a experiência feminina com o abortamento induzido. *Rev Latino-Am. Enferm.,* 2000; 8(6):50-8.
23. Martins-Costa SHM, Ramos JGL, Hammes LS, Serrano YLG. Cesariana. In: Freitas F, Martins-Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetria. São Paulo: Artmed; 2006.p. 282-301.
24. Ceará. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Caderno de textos: Coletânea de textos para subsídio da capacitação de profissionais facilitadores da JESS e JECSS. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; 1998.
25. Miranda KCL, Barroso MGT. Educação em saúde com prostitutas: análise de uma experiência no controle de DST/Aids. In: Forte BP, Fraga MNO, Guedes MVC. Cultura e poder nas políticas de saúde: prática clínica e social aplicada. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 1998.p. 21-32.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Estratégico Programa Nacional de DST e Aids 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Data de submissão: 18/5/2008

Data de aprovação: 18/6/2008

MULHERES IDOSAS FALANDO SOBRE ENVELHECER: SUBSÍDIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

ELDERLY WOMEN TALKING ABOUT AGING: SUBSIDIES FOR PROMOTING HEALTH

MUJERES MAYORES HABLAN SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO: ORIENTACIONES PARA PROMOCIONAR LA SALUD

Valéria Silvana Faganello Madureira¹
Simone Regina Peliser²
Vilma Beltrame³
Mariestela Stamm⁴

RESUMO

Estudo qualitativo desenvolvido com o objetivo de compreender o que é envelhecer na perspectiva de mulheres idosas. Participaram dele oito mulheres de Concórdia-SC, com idades entre 60 e 75 anos. Os dados foram coletados em entrevista individual semi-estruturada, gravadas e transcritas. A análise dos dados feita com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) originou quatro idéias centrais em torno das quais os DSCs foram organizados. Os resultados indicam que o envelhecimento é percebido como um processo gradativo, como um "dom" não conferido a todos, que traz vantagens e desvantagens. A diminuição do vigor físico dificulta a realização de algumas atividades, mas não impede que a pessoa conviva com outras pessoas, aprenda coisas novas, bem como que faça amigos e planos para o futuro. Depressão e menopausa são fatores negativos e comuns da idade, mas as doenças crônicas são mais facilmente aceitas. A velhice é considerada oportunidade de realização e tempo de liberdade, em que a vida pode ser vivida intensamente, sem limites impostos por compromissos.

Palavras-chave: Envelhecimento; Mulheres; Idoso; Identidade de Gênero.

ABSTRACT

This is a qualitative study to understand what it is to grow old from the point of view of elderly women. Participants included eight women from Concórdia, State of Santa Catarina, Brazil, aged 60 to 75 years old. The data was collected through individual semi-structured interviews which were recorded and transcribed. The data was analyzed through Collective Subject Speech and four central themes arose. The results show that aging is seen as a gradual process, as a "gift" not common to all, which has its advantages and disadvantages. Reduced physical strength makes some activities difficult, but does not inhibit living with other people, learning new things, as well as making friends and plans for the future. Depression and menopause are negative factors, common at this age, but chronic diseases are more easily accepted. Aging is perceived as a time for fulfillment and a time of freedom, when life can be lived intensely without the constraints imposed by commitments.

Key words: Aging; Women; Aged; Gender Identity.

RESUMEN

El presente estudio cualitativo se ha realizado con el objetivo de entender qué significa el proceso de envejecimiento para las mujeres mayores. Participaron ocho mujeres de Concórdia, Santa Catarina, entre 60 y 75 años. Los datos fueron recogidos en entrevistas individuales semiestructuradas, grabadas y transcritas. A partir del análisis de datos llevado a cabo con la técnica del discurso del sujeto colectivo (DSC), surgieron cuatro ideas centrales donde se organizaron los discursos. Los resultados indican que el envejecimiento se percibe como un proceso gradual, como un "don" que no todos reciben, que aporta ventajas y desventajas. La disminución del vigor físico hace más difícil realizar algunas actividades pero no impide la convivencia con otras personas, aprender cosas nuevas, hacerse amigos y hacer planes para el futuro. La depresión y menopausia son factores negativos y comunes de la edad; sin embargo las enfermedades crónicas se aceptan con más facilidad. La vejez es la oportunidad de concretar proyectos y de disponer de tiempo libre, donde la vida puede vivirse intensamente, sin límites impuestos por compromisos.

Palabras clave: Envejecimiento; Mujeres; Anciano; Identidad de Gênero.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora da Universidade do Contestado-UnC, Concórdia-SC. Grupo de Estudos e Pesquisas em Promoção da Saúde (GEPEPS). Santa Catarina, Brasil.

² Enfermeira. Graduada pela Universidade do Contestado-UnC. Membro do GEPEPS. Santa Catarina, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Assistência de Enfermagem pela UFSC. Professora da Universidade do Contestado-UnC, Concórdia-SC. Aluna do doutorado em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUC-RS. GEPEPS. Santa Catarina, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora da Universidade do Contestado-UnC, Concórdia-SC. GEPEPS. Santa Catarina, Brasil
Endereço para correspondência: Rua Liberal Brezolla, 30. Bairro Bela Vista. Concórdia-SC.
E-mail: val@uncnet.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é fenômeno mundial. Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) mostram que o número de pessoas idosas crescerá muito no período de 1975 a 2025, principalmente nos países em desenvolvimento.¹ O número de idosos no Brasil será de aproximadamente 32 milhões em 2020, o que corresponde a um em cada 13 brasileiros com idade igual ou superior a 60 anos.² Essas informações evidenciam uma mudança na pirâmide etária que em 1940 tinha uma base alargada, com poucas pessoas atingindo o ápice, o que configurava o Brasil como um país de jovens. Em 1990, observava-se um estreitamento da base e maior proporção de pessoas atingindo o ápice. A tendência atual é de maiores transformações, com a pirâmide assumindo a forma de barril, semelhante aos países que já sofreram o processo de envelhecimento populacional.

Em 1970, pessoas com 60 anos ou mais compunham aproximadamente 4,95% da população brasileira. Em 2000 esse número passou para 8,6%, e a estimativa é que chegue a 14% no ano de 2025. No censo de 2000, o Estado de Santa Catarina contava com 5 357 862 habitantes, dos quais 430 241 (8%) tinham 60 anos ou mais. Na mesma época, no Alto Uruguai Catarinense, as pessoas com 60 anos ou mais representavam 8,9% do total populacional e, no município de Concórdia, 8,3% ou 5 250 idosos de um total de 63 058 habitantes.³ Por si sós, esses números indicam a necessidade de maior atenção ao envelhecimento e à velhice.

Envelhecer é um processo gradativo que, no ser humano, envolve fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Envelhecer remete a *velho*, antigo, fora de uso, antiquado, o que o associou com incapacidade para o trabalho, improdutividade, com inatividade, o que nem sempre corresponde à realidade e traduz preconceitos para com a velhice. Essa imagem da velhice acentua aspectos pejorativos, associando-a a problemas, ônus, inutilidade, doença, dependência, perda e impotência.⁴

Na Antigüidade, dificilmente uma pessoa convivia com seus pais por muito tempo e, em geral, não conhecia seus avós, pois a expectativa de vida era de aproximadamente "18 anos entre os romanos; [e] de 25 anos no século VII".^{5,217} No início do século XX, um brasileiro vivia 33 anos; em 2004, a expectativa de vida ao nascer estava em 71,7 anos, com uma diferença de seis anos entre homens e mulheres.³ Isso pode ser atribuído a vários fatores, tais como o fator hormonal, que protege a mulher de problemas cardiocirculatórios; menor exposição a fatores de risco em razão da proteção do ambiente doméstico; menor consumo de bebida alcoólica e de cigarro; a atitude de cuidado com a própria saúde, procurando informações e serviços com maior frequência que os homens.⁴

Entretanto, cabe considerar que a permanência da mulher no ambiente doméstico já não é tão intensa, e mesmo que ela desempenhe papel de cuidadora da casa e da família é cada vez mais freqüente o exercício

de outra atividade remunerada fora do lar, mesmo que informal. Essa característica do trabalho feminino e da dupla jornada comum na vida das mulheres contemporâneas não costuma ser levada em conta e permite questionar a proteção do ambiente doméstico à saúde da mulher.

No que se refere à atenção em saúde, é geralmente aceito que as mulheres procurem assistência de forma mais espontânea e preventiva.⁶ Entretanto, o controle sobre o corpo e a saúde da mulher é muito maior em virtude de seu papel na reprodução, o que a obriga a buscar o serviço de saúde com maior freqüência tanto para si (planejamento familiar, gravidez, preventivo de câncer) como para os filhos (vacinas, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, doenças). Além disso, é comum a mulher assumir o cuidado dos membros mais velhos da família, o que a leva novamente ao serviço de saúde para acompanhá-los. Essas considerações permitem questionar a espontaneidade geralmente atribuída à busca feminina por assistência em saúde.

Essa situação está muito ligada à tradicional separação dos espaços de acordo com o gênero, que situa a mulher no mundo do lar e da família e o homem no espaço público, o que tem efeitos sobre a vida e a saúde. As mulheres idosas de hoje aprenderam, na sua maioria, a viver nessa condição e acreditam ser a melhor para elas; já outras mulheres lutaram para que mudanças na maneira de viver a própria vida pudessem ocorrer; e ainda para outras a viuvez proporcionou-lhes a oportunidade de viverem mais autonomamente.

A natureza do ser humano o diferencia sexualmente em homem e mulher, porém a construção de gênero masculino ou feminino está relacionada a múltiplos fatores, como o poder que cada um tem ou o papel que assume na sociedade, valores, cultura e situação política.⁷ Gênero é uma construção social e histórica na qual as características físicas e as diferenças biológicas servem de referência e, em geral, o masculino está relacionado ao poder e o feminino, à submissão, de tal forma que homens que não exercem seu poder podem ser considerados femininos e mulheres que o possuem são vistas como masculinizadas. A perspectiva de gênero considera, reconhece e valoriza as diferenças entre homens e mulheres, mas questiona e combate as desigualdades que delas resultam.

A participação da mulher no mercado de trabalho trouxe mudanças na condição feminina e fez com que muitas mulheres começassem a sofrer com problemas de saúde até então pouco comuns a elas.⁸ Entretanto, essa inserção crescente não a tem desobrigado de suas funções tradicionais, gerando acúmulo de tarefas e riscos, o que pode elevar os níveis de estresse especialmente quando a própria mulher assume a dupla jornada como obrigação dela. Para muitas, o trabalho fora do lar é considerado uma forma de liberação, de alcançar auto-suficiência.⁶

O aumento no número de mulheres que assumem a chefia da família é fenômeno recente no Brasil.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE⁹), em 2004, 29,4% de 56,1 milhões de famílias eram chefiadas por mulheres, o que não é, necessariamente, resultado de mudanças de valores e papéis de homens e mulheres na sociedade. Entre as mulheres identificadas como a pessoa de referência da família, a maior proporção se encontrava na faixa etária de 60 anos ou mais (27,4%); já entre os homens, 35,3% dos responsáveis pela família tinham entre 25 e 39 anos de idade. Esse panorama coloca a chefia feminina também como decorrência do processo de transição demográfica da população brasileira nos últimos anos. Assim, o envelhecimento populacional e a maior expectativa de vida para as mulheres são aspectos diretamente ligados ao aumento no número de mulheres que moram sozinhas e/ou que assumem a chefia da família.

Nos países desenvolvidos, são idosas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos; nos países em desenvolvimento, como o Brasil, são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais. A aposentadoria é um marco da velhice, e a idade⁵ para que ela ocorra, é fixada pelo Estado; nessa idade, o indivíduo deixa de ser um trabalhador e muitas vezes se torna inativo para o mercado de trabalho, o que pode tanto desencadear problemas como representar o começo de uma nova vida. Entretanto, a idéia que vincula aposentadoria e velhice persiste.⁴ Para as mulheres, a aposentadoria está muito ligada à viuvez, pois a maioria das idosas brasileiras só obtém aposentadoria com a morte do marido.⁸

Diversos fatores estão relacionados ao aumento na expectativa de vida mundial, e estima-se que os avanços científicos e tecnológicos permitirão ao ser humano alcançar a idade de 110-120 anos ainda neste século.^{10:424} Apesar do aumento na expectativa de vida e da divisão do ciclo de vida em faixas etárias, uma pessoa não se torna idosa porque completou 60 anos, pois, para muitas, a cronologia não traduz sua percepção interior de idade. A velhice é um processo gradativo que, para além do aspecto cronológico, é percebido quando algumas características físicas como a flacidez da pele, as rugas e os cabelos brancos o demonstram. A maneira como cada um chega à velhice dependerá, dentre outros fatores, do estilo de vida, da situação socioeconômica, das doenças que teve/tem, do apoio familiar, o que indica que não existe um padrão único de envelhecimento.

A velhice pode ser classificada como *velhice normal*, na qual há ausência de patologias; *velhice patológica*, na qual as doenças estão presentes; e *velhice ótima*, que toma como referência algum estado ideal de bem-estar pessoal e social.^{11:34} Para a mulher, a linha divisória entre maturidade e velhice é representada pelo climatério e pela menopausa, indicadores do final da vida reprodutiva e que trazem alterações fisiológicas e psicológicas.⁴

As mulheres que hoje vivem o processo de envelhecimento não precisam mais seguir os padrões de suas mães e avós, pois já conquistaram um pouco mais de espaço. Mesmo as que hoje são idosas e aprenderam a submissão às

regras da família e da sociedade, já podem decidir o que querem e a maneira como desejam viver, embora isso exija adaptação e constante auto-regulação em termos biológicos, psicológicos e sociais.

Embora as mulheres tenham sido sempre consideradas biologicamente mais frágeis, diferentes autores^{2,8,12} mostram a maior longevidade feminina e, na maioria das vezes, os homens têm uma taxa de letalidade maior que a das mulheres¹² quando adoecem. O número de mortes de homens em idades mais jovens contribui para aumentar a longevidade feminina. Acidentes de trânsito e homicídios figuram como as principais probabilidades dessa diferenciação, principalmente entre 15 e 34 anos de idade.¹³ Entretanto, embora a mortalidade feminina seja menor em praticamente todas as faixas etárias, as mulheres apresentam indicadores de morbidade e de utilização de serviços de saúde mais elevados.⁶

Esse panorama indica que a enfermagem deve preparar-se para assistir às pessoas idosas, e para isso não é suficiente conhecer as mudanças provocadas no corpo pelo envelhecimento ou saber cuidar das alterações provocadas por patologias específicas; é necessário conhecer o que significa o envelhecimento para as pessoas, como elas o vêem e vivem, quais são suas prioridades, como se sentem, quais suas perspectivas para o futuro e o que fazem ou fizeram para melhor viver a velhice. Além disso, as questões de gênero também merecem atenção no envelhecimento e no cuidado com idosas/os, justamente para que não se considere o envelhecer como um processo universal, igual para homens e mulheres.

A compreensão do envelhecimento sob uma perspectiva de gênero não possibilitará apenas melhor assistência em situações de doença, mas também ações de promoção da saúde, considerada um recurso para a vida¹⁴ que enfatiza os recursos pessoais, sociais e as capacidades físicas na criação de oportunidades para que indivíduos possam fazer suas escolhas para uma vida mais saudável. Foi com base nessas considerações que este estudo foi desenvolvido, com o objetivo de compreender a percepção de mulheres idosas sobre o envelhecer.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo qualitativo foi desenvolvido com mulheres idosas (60 anos ou mais), participantes do "Alternativo – Programa de Extensão para Integração e Desenvolvimento de Adultos e Idosos" da Universidade do Contestado (UnC) em Concórdia-SC. A opção por esse grupo foi feita com base na manifestação de interesse da coordenação do Programa. À época do estudo, o grupo contava com 105 participantes, dos quais 48 eram mulheres com idade superior a 60 anos. Desse total, 8 atenderam aos critérios de inclusão (ser participante ativa do grupo, ter 60 anos de idade ou mais, ser mulher, morar no perímetro urbano de Concórdia e aceitar participar deste estudo).

A escolha das participantes foi feita mediante a apresentação da proposta ao grupo, ocasião em que os critérios de inclusão no estudo foram esclarecidos e, diante das manifestações de interesse e do atendimento aos critérios, os nomes e telefones foram tomados para contato posterior. Os dados foram coletados em entrevista semi-estruturada, a qual foi feita individualmente nas residências das participantes no decorrer do mês de julho de 2006, orientada por um roteiro com nove perguntas elaborado pelas autoras, o qual permitiu dar livre curso ao relato das mulheres, respeitando-lhes o fluxo de idéias e o ritmo de fala. Os questionamentos foram inseridos para aprofundar os relatos e para introduzir novos temas. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas em formulário próprio. A saturação dos dados foi observada na análise preliminar da sétima entrevista e a coleta foi encerrada depois de entrevistada a oitava participante.

Por ocasião da entrevista, foram oferecidos esclarecimentos adicionais sobre os objetivos do estudo, a metodologia a ser utilizada, a análise dos dados e a utilização dos dados obtidos. Da mesma maneira, a todas foi assegurado o respeito ao anonimato pela manutenção em sigilo de nomes e de outras informações que pudessem identificá-las. Após isso e esclarecidas todas as dúvidas manifestadas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado, ficando uma via com cada uma das participantes. Todos os cuidados éticos cabíveis ao estudo e previstos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foram tomados e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UnC (Parecer CEP-UnC nº 115/2006).

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi escolhido para a análise dos dados e se caracteriza pela construção de um discurso único baseado em trechos resumidos dos discursos originais obtidos nas entrevistas e que apresentam semelhanças entre si.¹⁵ As ferramentas propostas para a organização dos discursos são¹⁵: **Expressões-Chave (EC)**: trechos do discurso destacados pelo pesquisador e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria a ele subjacente. **Idéia Central (IC)**: nome ou expressão lingüística que revela, descreve e nomeia o(s) sentido(s) presente(s) em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de EC. **Ancoragem (AC)**: expressão de uma dada teoria ou ideologia professada pelo autor do discurso e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer. Afirmações genéricas usadas pelos depoentes para "enquadrar" situações particulares. Discurso do **Sujeito Coletivo (DSC)**: reunião num só discurso-síntese homogêneo, redigido na primeira pessoa do singular de ECs com a mesma IC ou AC. Os relatos obtidos nas entrevistas foram analisados para a identificação das expressões-chave de conteúdo semelhante. Em seguida, as ECs foram lidas repetidamente para identificação das ICs para, a partir daí, formular uma síntese originando um discurso único relativo a um tema. Os DSCs foram discutidos com base na literatura.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo, as mulheres idosas participantes mostraram similitudes e diferenças entre si, mas mesmo em contextos de vida diferentes, a forma de pensar é geralmente semelhante. A idade média delas foi de 66 anos, sendo a mínima de 60 e a máxima de 75 anos. No que se refere ao estado civil, quatro mulheres eram casadas, três viúvas e uma solteira. Das viúvas, uma vive com um novo companheiro e as demais moram com uma filha e neto(a). Entre as casadas, uma reside com o esposo e a filha e as demais vivem somente com o esposo. A solteira mora sozinha por opção, pois considera importante não depender financeiramente da família e não precisar dar satisfação de sua vida aos irmãos e cunhadas.

"A viuvez ou a separação pode levar as mulheres à chefia de famílias monoparentais ou a viver na casa dos filhos [...] Morar sozinha ou morar com parentes pode ser o resultado desses mesmos desenlaces". Os homens em geral chefiam famílias com mulher e filhos e, em sua maioria, ao ficarem viúvos ou após uma separação, encontram outra esposa; já as mulheres chefiam famílias com filhos, moram sozinhas, na casa dos filhos ou com parentes.^{2:37}

Cinco das participantes estudaram até a 4ª série do ensino fundamental. Elas relataram que encontravam dificuldade na leitura e escrita e buscavam aperfeiçoar-se no programa alternativo. Duas das participantes têm origem em famílias com melhor condição financeira e finalizaram o ensino médio. Uma concluiu o nível fundamental no ensino supletivo. Isso está de acordo com dados do IBGE³, que indicam que apenas 50% dos idosos tiveram a oportunidade de completar o ensino fundamental. Entre as mulheres, esse número é menor, pois os homens tinham mais oportunidade de estudar, principalmente antes da década de 1980, quando as diferenças entre gêneros começaram a diminuir. Essa realidade fica evidente quando analisamos as participantes deste estudo, que viveram sua juventude em uma época em que a mulher não "precisava" estudar, pois sua função era cuidar do lar, cabendo ao homem estudar e assumir os papéis de chefe e provedor da família.

Ao longo da vida, todas tiveram outro trabalho além do cuidado da casa e da família. Todas relataram ter trabalhado muito, o que as desgastou fisicamente. Uma delas não é aposentada e depende da renda do marido e da venda de trabalhos manuais; as demais são aposentadas e/ou recebem pensão por viuvez. Essas informações evidenciam que a dupla jornada de trabalho tão comum às mulheres, tão discutida e retrato fiel das desigualdades entre gêneros, também fez parte da vida cotidiana das participantes, impondo-lhes grande carga de trabalho nem sempre valorizado, porque nem sempre exercido no mercado formal.

Para se divertir ou se distrair durante o tempo livre, a maioria indicou o clube de idosos, local onde têm oportunidade de ficar com pessoas amigas, da mesma

idade e livres para passar horas agradáveis. Além dessa convivência, trabalhos manuais, atividades físicas, leituras e conversas com amigos também foram indicados como formas de lazer. A internet é também citada como forma de contato com pessoas e também de aquisição de novos conhecimentos.

Todas as participantes disseram se sentir bem mesmo quando têm algum problema crônico de saúde. Doenças crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial não são consideradas limitantes; já o climatério e seus sintomas foram citados como doença e percebidos como algo ruim. Todas fazem algum tipo de atividade física como forma de lazer, de alívio do estresse e de manutenção da saúde. As atividades mais citadas foram hidroginástica, caminhadas e ioga.

A média de filhos foi de 2,5 por mulher. Em 1940, a média era de 6,2 filhos por mulher e em 2004 caiu para 2,1 o que se aproxima da média das participantes, embora elas tenham tido filhos nas décadas de 1960 e 1970, quando o número de filhos por mulher girava em torno de 6,3 e 5,8, respectivamente.³

Na seqüência, apresentamos as temáticas extraídas, as idéias centrais e os discursos resultantes da análise, bem como a discussão com base na literatura.

MUDANÇAS RELACIONADAS AO ENVELHECIMENTO

IDÉIA CENTRAL – Continua tudo igual

DSC – *Eu não esperava chegar até essa idade, achava que quando tivesse 60 anos já era! Que nada, estou aqui e não me sinto nem velha. **Eu continuo com toda a corda.** Não sinto nada diferente, continuo fazendo as mesmas coisas: dançar, que é a minha paixão, passear e viajar que eu adoro. Não parei de trabalhar, de estudar; aliás, estou estudando mais do que quando era criança. Acho que não vi mudança, **porque a gente vai entrando devagar na velhice, vai se acostumando com ela.** Então, de ruim, nada; se continuar assim está bom.*

O discurso reflete a maneira como o envelhecimento e a velhice eram considerados há algumas décadas, quando a pessoa que chegava aos 50 anos, especialmente a mulher, já na menopausa, não tinha grandes expectativas de futuro e deveria até mesmo portar-se mais sobriamente, usar roupas discretas e ficar em casa. Entretanto, as melhorias significativas nas condições de vida ocorridas no século XX contribuíram para aumentar a perspectiva de vida, ajudando a modificar a forma de considerar a velhice. Na juventude das participantes, alguém com 50 anos era considerado idoso, o que ajuda a compreender a visão que tinham da velhice e que se modificou na própria vivência.

O aumento da expectativa de vida para cerca de 70 anos fez muitas coisas mudarem no campo do envelhecimento e da velhice, pois agora há a possibilidade de desenvolver

novas habilidades, de viver melhor e de realizar alguns sonhos da juventude e que em outras épocas poderiam ser considerados inadequados para essa idade.^{4,16} As mudanças na situação/condição social das mulheres criou novas oportunidades permitindo-lhes viver sem o alto grau de discriminação de antigamente, com mais direitos e oportunidades. O discurso revela, também, a percepção do envelhecimento como um processo que se dá ao longo da vida, o que está de acordo com o discurso científico sobre o envelhecer.

IDÉIA CENTRAL – A perda da força e as doenças

DSC 1 – *Não gosto de ter chegado nessa idade com problemas de saúde, essas coisas de velho. A menopausa é simplesmente horrível, uma fase difícil da vida, mas **a gente aprende a lidar com isso também.** A gente é como uma árvore: até que é nova é viçosa, depois vai subindo e ficando desfolhada. Quando se é nova, tudo vem, mas tudo vai. A partir dos 60, tudo vem e quase tudo fica. As forças vão acabando, não tem mais aquela disposição para trabalhar, não consegue mais fazer as coisas como antes; parece que o serviço não rende mais, o tempo vai mais devagar, **mas na cabeça é tudo igual.***

Para as mulheres em geral, as doenças são mais incapacitantes do que para os homens, razão pela qual tendem a ingerir maior quantidade de medicamentos que eles e, mesmo com o passar da idade, essas diferenças se mantêm.^{6,12} A menopausa é considerada um marco na percepção do envelhecimento por muitas mulheres, pois com ela o envelhecimento passa a ser mais sentido. Isso sugere quanto a vida da mulher gira em torno da fertilidade/reprodução e que o fato de estar biologicamente impedida de fazê-lo marca o início da velhice,¹⁶ separando a mulher de uma suposta "essência" feminina.

No passado, muitas não tinham a oportunidade de experimentar o climatério e de sentir suas conseqüências porque não viviam o suficiente para isso. Com o aumento da expectativa de vida, "as mulheres passaram a viver mais e a experimentar os efeitos da menopausa", tais como a perda de vigor, de massa óssea, de hormônios, de libido e outros sintomas que sinalizam o início de uma nova etapa na vida, considerada por muitas a mais próxima da velhice.^{17,72} Por causa dos seus efeitos, muitas mulheres e até profissionais da área da saúde consideram a menopausa uma doença. Em resumo, a ciência considera o climatério e a menopausa como algo a ser controlado e medicalizado, "e não [...] uma etapa natural do ciclo de vida feminino".^{16:179} Atualmente, com os avanços científicos, há possibilidade de postergar a menopausa e atenuar os sintomas típicos do climatério, proporcionando a muitas mulheres melhor aceitação dessa etapa.¹⁶

O discurso analisado destaca o aprender como forma de lidar com possíveis problemas de saúde que acompanham o envelhecimento, o que vai ao encontro de um dos critérios da promoção da saúde definidos na Carta de Ottawa¹⁴ e que trata do desenvolvimento de habilidades pessoais. De acordo com esse critério, aprender durante

toda a vida é importante para as pessoas se prepararem para as diferentes fases do viver, até mesmo para o enfrentamento de doenças. Há também, no discurso, referência à existência de um descompasso entre o envelhecimento do corpo e o da mente, pois, enquanto diminuem a disposição, o vigor e a agilidade física, o mesmo não acontece com a "cabeça". Essa diferença de ritmos de envelhecimento também exige adaptação e demanda ações de assistência e de promoção da saúde.

IDÉIA CENTRAL – As mudanças dependeram também dos outros

DSC 1 – *Minha vida mudou, depois que **ele parou de beber**, é outra vida, uma tranquilidade.*

DSC 2 – *Minha vida mudou bastante depois que **fiquei viúva**, porque antes estava mais presa ao casamento. Eu me libertei para fazer as coisas do jeito que eu achava que devia ser feito*

DSC 3 – *Até que os **netos eram pequenos**, não dava para sair, porque sempre me dediquei muito a eles.*

DSC 4 – *Mesmo já de idade, eu **morava com meus irmãos, cunhadas e sobrinhos**. Então, eu não tinha como mudar nada. Só queria ter tido a oportunidade de estudar, ter liberdade, porque quando morava com a família a gente não era nada. Depois que saí, mudou! Estudei, fui trabalhar fora, comecei a comprar minhas coisas. Só depois disso, fiz a minha vida.*

Fazer mudanças na própria vida não é tarefa fácil, principalmente para mulheres que aprenderam a aceitar muitas coisas (tal como a relação de dependência com o marido e/ou outros homens da família) como naturais e a seguir regras. Em razão da naturalização dos papéis femininos que enfatizam a maternidade, as mulheres podem ter maior circulação social dado o cuidado dos filhos e de outros membros da família, bem como um vínculo afetivo mais forte com eles, o que atua reforçando a percepção deles como naturais. Esse maior envolvimento atua a seu favor como fator protetor, mas, por outro lado, "elas podem ser relativamente prejudicadas pelas imposições sociais de prestar cuidados aos cônjuges e ascendentes"^{12:16} O **cuidar** também interfere na forma como a mulher vive o seu envelhecimento e a sua velhice porque a necessidade de fazê-lo limita-lhe a liberdade, como acontece quando assume o cuidado dos netos.

Os discursos deixam evidente que mudanças no curso da vida dessas mulheres nem sempre dependem apenas da iniciativa individual ou da própria vontade, mas de ações dos outros ou de fatos que as permitam. Assim, a mudança vem intimamente vinculada a terceiros: o marido que deixou de beber ou morreu; o crescimento dos netos; o fato de não morar mais com parentes. Isso sugere a vinculação da vida da mulher com o viver de outros, dependentes dela ou dos quais ela depende, que perdura, restringindo-lhe iniciativas e oportunidades.

Com o seu viver relacionado ao cuidar, a mulher permaneceu profundamente ligada ao lar durante

muito tempo, vivendo em famílias nucleares formadas pelo casal e filhos. Nessa conformação, pessoas solteiras permaneciam com os pais ou com outros parentes, seguindo as suas regras. Essa situação é especialmente verdadeira para as mulheres jovens e/ou velhas que, em sociedades cuja história é dominada pelos homens, "podem até disputar a autoridade na vida privada; [mas] na vida pública, seu estatuto é idêntico; são eternas menores"^{5:111} Esses arranjos familiares sofreram alterações ao longo do tempo em razão de mudanças culturais e de fatores financeiros, já que muitas mulheres passaram a trabalhar fora do lar, exercendo atividades remuneradas. A criação dos planos de aposentadoria, a aposentadoria para as agricultoras e as pensões para viúvas, conferiu independência financeira a muitas mulheres, possibilitando o aumento do número de idosas que moram sozinhas por opção. Essa é uma grande conquista, mesmo que, em muitos casos, possa ser uma condição temporária, limitada ao período em que tenham condições físicas e mentais para desempenhar as atividades básicas diárias.⁸

PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO

As participantes do estudo revelam percepção repentina do envelhecimento vinculada à idade de 60 anos, como se ele acontecesse abruptamente "do dia para a noite". A mudança do *status* de adulto para idoso nessa idade pode provocar perturbação, pois, se a passagem cronológica se dá facilmente, na mente as coisas ocorrem assim. As alterações físicas acontecem gradativamente, mas a percepção delas não se dá dessa maneira, e algumas pessoas podem não compreendê-las, sendo tomadas de surpresa ao se darem conta da velhice. Estudo desenvolvido em Goiânia com dez idosos(as) faz referência a eventos como menopausa, ganho de peso, rugas e doenças, que fazem com que a velhice seja percebida abruptamente ainda na quarta década de vida¹⁸, o que difere do presente estudo, onde a percepção súbita do envelhecimento é marcada pelo aniversário de 60 anos.

Esses conflitos e a não-aceitação do envelhecimento e da velhice podem ser aprofundados pela sociedade contemporânea, que supervaloriza a juventude, bem como os aspectos físicos e estéticos a ela relacionados. Em um mundo como esse, o corpo jovem, firme e esbelto é muito valorizado e desperta nas pessoas o desejo de prolongar a juventude, agindo para apagar/amenizar as marcas do tempo. Soa como "se o velho bom fosse o eterno jovem, como se fosse possível aumentar a longevidade sem chegar à velhice"^{4:33} Essa é uma visão que desvaloriza a velhice, considerando o envelhecer como sinônimo de fatores tidos como negativos (doenças, problemas físicos, mentais, dependência dos outros, incapacidades e inatividade) que induzem as pessoas a pensar que a velhice deve ser prevenida e que os efeitos do envelhecimento devem ser amenizados.

Nesse sentido, a cobrança é ainda maior para as mulheres, em razão dos padrões estéticos considerados

ideais e desejáveis para todas e em qualquer idade, o que contribui para reforçar a idéia da velhice como anomalia contra a qual é preciso lutar. Querez e Neri¹⁹ afirmam que isso abre a possibilidade de conflitos internos, pois envelhecer não é uma opção; para as autoras, os homens conseguem conviver mais serenamente com seus conflitos internos do que as mulheres, o que pode explicar os estados depressivos que muitas referem ao perceberem que estão envelhecendo.

Com todas essas alterações, é necessário preparar-se para envelhecer, pois as mudanças corporais são inevitáveis, embora seja possível atenuá-las ou retardá-las. Nesse sentido, conhecer a si mesmo(o), perceber as mudanças e buscar melhorar as condições da vida na velhice é importante para que a(o) idosa(o) se mantenha integrada(o) na sociedade.¹⁷

IDÉIA CENTRAL – Envelhecer é um dom

DSC – *Não sinto que estou envelhecendo! Eu sempre tive espírito jovem, e a mente não envelhece. Tu tens o dom de ficar velha, de conquistar a velhice. Então, velho é só maneira de dizer. Eu tenho mãe, e ela é que é velha.*

A idéia hoje tão enfatizada da necessidade de preparar-se para a velhice está presente no discurso que a trata como uma conquista. Envelhecer é processo gradativo, contínuo e inexorável, mas sentir-se velho depende de como a pessoa percebe a si própria e de seu modo de ver a vida. Existem diferentes percepções do envelhecimento e da velhice, o que varia de acordo com a cultura. Para o grupo Bambara do Mali, a velhice é uma conquista e o envelhecimento é “um processo de crescimento que ensina, enriquece e enobrece o ser humano”.^{20:850} Nessa visão, prevalecem o conhecimento, os ensinamentos que podem ser transmitidos e a maior proximidade com ancestrais. Na cultura ocidental, prevalece a idéia de que é preciso manter-se fisicamente jovem, o que supervaloriza os aspectos visíveis em detrimento dos internos à própria pessoa e da trajetória de vida. O ideal é unir o exterior com o interior, pois é o conjunto que leva uma pessoa a sentir-se bem, uma vez que tudo o que ela vivenciou pode interferir em seu processo de envelhecimento.⁴

No discurso analisado, nova referência é feita ao fato de a mente não envelhecer, o que contribui para reforçar a idéia de que, nas diferenças de ritmo de envelhecimento, o corpo envelhece mais rapidamente.

A VIDA HOJE

IDÉIA CENTRAL – Aprender e se cuidar

DSC – *A gente tem que conhecer as coisas, ler, fazer cursos, ouvir palestras, ir para a aula no 'Alternativo'. Eu continuei me aperfeiçoando e sou feliz assim, aprendi muita coisa. É preciso também se cuidar e percebi isso na hidroginástica; diminui o estresse e me sinto melhor. Então, a vida não acabou, porque a vida nunca pára, a gente sempre tem algo para aprender.*

As mulheres que hoje são idosas viveram por muitos anos à margem dos homens (pais, maridos), os quais tinham mais oportunidades e mais direitos assegurados. As mulheres participantes que não estudaram quando jovens o fazem agora, buscando coisas novas, bem como integrar-se à sociedade e interagir com um mundo novo.

O ato de aprender é muito estimulado na velhice, atualmente, como “forma de manter a mente ativa, possibilitando adaptação às mudanças, à convivência em sociedade, em família e consigo mesmo”.^{21:114} O mesmo acontece com a atividade física, cada vez mais enfatizada na velhice. Os profissionais da saúde vêem as atividades intelectual e física como alternativas para prevenção de doenças crônico-degenerativas de alto custo para a sociedade. Entretanto, o discurso indica que não é apenas isso; nele, essas atividades surgem também como oportunidade de desenvolvimento e de bem viver a velhice, colocando-a como um período pleno de possibilidades.

Sobre a relação entre exercício físico e longevidade, uma pesquisa feita por geriatras da Universidade de Harvard com médicos que lá estudaram na década de 1950 e que praticavam exercícios físicos regulares indicou que eles aumentaram em um ano a expectativa de vida na faixa dos 80 anos, mas a maior vantagem encontrada foi a melhoria na qualidade de vida e na disposição deles para viver na velhice.²² A prática de exercícios é benéfica em qualquer idade, postergando ou atenuando o processo de envelhecer, mas em idades mais avançadas ajuda a prevenir doenças e o envelhecimento não saudável.

IDÉIA CENTRAL – O convívio com as pessoas

DSC 1 – *A melhor coisa que tem são os grupos de idosos, porque a gente convive com a turma da nossa idade, que tem as mesmas idéias; os jovens pensam de outra maneira. E eu tenho cada vez mais amigos, porque não tenho preconceito.*

DSC 2 – *A família também é importante. Minhas filhas estão me 'pageando' mais agora. Eu tenho um marido que me acompanha e, quando as coisas não estão certas, a gente conversa.*

O convívio com pessoas é importante para manter-se ativa(o) e saudável, e nos grupos de idosos ocorrem novas descobertas, novas amizades e, em alguns casos, relacionamentos amorosos. Os discursos reforçam a idéia de que os grupos de idosos proporcionam troca de experiências, desenvolvimento de diferentes atividades e a criação/fortalecimento de vínculos afetivos. O convívio com as pessoas da maneira como apresentado nos discursos converge com o critério de criação de ambientes saudáveis para a promoção da saúde, como forma de estímulo à ajuda recíproca (cuidado de si, do outro, da comunidade e do meio ambiente).¹⁴

IDÉIA CENTRAL – A vida sem compromissos

DSC – *Agora, faço as coisas quando tenho vontade, sem horário fixo. Não preciso levantar tão cedo e saio quando quero. Hoje, penso que tem que viver o máximo, não só trabalhar o máximo.... e viver bem.*

Envelhecer sugere a possibilidade de uma vida sem os compromissos habituais da vida de um adulto jovem ou médio. Poder aproveitar a vida, sem seguir tantas regras impostas pelo trabalho, pela família e não ser tão submetido às diferentes maneiras de controle da vida, oportuniza conhecer um mundo novo, mudar e experimentar novas maneiras de viver e realizar as próprias vontades. Durante a vida adulta, as pessoas, geralmente, trabalham para sustentar a família e assegurar algumas possibilidades de uma velhice tranqüila. Sonham com a aposentadoria e com a liberdade que ela sugere, fazem planos para viver sem as cobranças e responsabilidades que vivenciaram como trabalhadores.^{23,24} Mas nem sempre é assim em um mundo que valoriza o trabalho e a produtividade e, ao aposentar-se, a pessoa pode sentir-se inútil, ultrapassada, um peso social. Os discursos indicam que esse não é o caso das participantes.

O FUTURO

IDÉIA CENTRAL – Importante é viver o presente

DSC – *Daqui para frente, tudo que vier é lucro. Então, é viver o momento. Amanhã é amanhã; não sei se vou estar aqui e então vivo o presente.*

IDÉIA CENTRAL – Quero aproveitar o que vem

DSC – *Eu quero viver na natureza até o final da vida, plantar, cuidar das minhas árvores, viajar e me doar para os meus filhos. Enfim, quero aproveitar tudo o que vem pela frente. Não gosto de ficar em casa; gosto de sair.*

Muitas pessoas aprenderam, ainda quando crianças, que não existem perspectivas de futuro ao envelhecer. Esse conceito se modificou muito, mas, mesmo assim, muitos o aceitam e o traduzem na sua forma de viver a velhice, como apresenta o primeiro discurso acima. É necessário conhecer as mudanças, saber o que está por vir e aceitar a finitude, mas reconhecendo a possibilidade de realizar, de sonhar, viver e ser feliz. Ter a oportunidade de conhecer um mundo novo dedicando-se a coisas a que não podiam dedicar-se anteriormente em razão das próprias demandas da vida de adulto com muitas responsabilidades e compromissos, poder estar mais perto da natureza, conviver com a família e, para algumas mulheres, poder sair de casa é sinônimo de liberdade. O enfoque dado atualmente pelos meios de comunicação ao aumento no número de idosos, geralmente, sugere a idéia de doenças e perdas físicas, mentais, materiais e sociais. Nesse contexto, resta aceitar o destino, mas a

realidade pode ser bem diferente, principalmente se o(a) próprio(a) idoso(a) estiver consciente da importância de se manter atuante e integrado em seu meio.

Abre-se, aqui, mais um espaço para a atuação em promoção da saúde no sentido de reforçar o desenvolvimento de habilidades pessoais, bem como a criação e a inserção em ambientes favoráveis nos quais o convívio com os outros seja incentivo à ajuda recíproca, à reorientação de modos de vida, ao cuidado de si e do outro.

IDÉIA CENTRAL – Quero ter saúde

DSC – *Eu espero não ficar doente, não ficar de cama, quero trabalhar, fazer as minhas coisas em casa sem depender de ninguém... e poder chegar ao final da vida com saúde. Quero estar lúcida e saber o que se passa em volta. Tendo saúde, não preciso de mais nada.*

O envelhecimento ainda está muito ligado ao declínio das funções físicas, mentais e a problemas de saúde, e o fato de a pessoa não ter doenças consideradas características da velhice é um fator importante para a felicidade. As doenças crônicas ameaçam a preservação do corpo e da mente e são muito mais freqüentes na velhice. Entre os idosos, principalmente mulheres, é cada vez maior o número de doenças crônicas que incapacitam para a realização de tarefas consideradas simples.²⁴ O discurso indica que a percepção da própria velhice está ligada à possibilidade de realizar essas tarefas, sugerindo que a mulher se consideraria velha quando não conseguisse mais realizá-las.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do que é ser mulher e de como viver sendo mulher nas diferentes etapas da vida mudou muito, mas ser mulher e idosa é uma situação relativamente nova, pois vivemos em uma época com número crescente de pessoas idosas. Com este estudo, foi possível perceber semelhanças entre a maneira de perceber o processo de envelhecer e de agir na velhice das participantes e na literatura. Para as participantes, mesmo quando a velhice é repentinamente percebida, o envelhecimento se dá gradativamente, possibilitando à pessoa aprender a conviver com ele, e alguns indicadores, tais como rugas e cabelo grisalho, marcam o início desta etapa. A linha divisória entre a vida adulta e a velhice é representada pelos 60 anos, mas as participantes percebem o envelhecimento como um "dom" não conferido a todas, que traz vantagens e desvantagens.

O desgaste físico foi indicado como ponto negativo por, em algumas situações, impedi-las de executar tarefas que anteriormente executavam com facilidade. As mudanças psicológicas, hormonais e a depressão vêm em conseqüência das alterações percebidas no

corpo e que as levam a ver a vida com outros olhos. As mulheres destacam os problemas de saúde como aspectos negativos do envelhecer, mas as doenças crônicas não são consideradas como problema porque não as incapacitam.

O cuidar de outros (filhos, marido, familiares) e a dependência de terceiros esteve muito presente ao longo da vida dessas mulheres. As próprias demandas da vida as levaram a postergar sonhos, muitos dos quais puderam ser concretizados na velhice, depois de cumpridas obrigações como encaminhar os filhos, cuidar dos netos e ajudar o marido a abandonar o álcool. Situações como adquirir independência financeira ou mesmo a viuvez, vinculadas à conquista de liberdade, ajudaram-nas a realizar sonhos, permitindo-lhes viver a vida à maneira delas.

Os discursos analisados deixam claro que as mulheres não se prepararam para o envelhecimento e expressam que, se o tivessem feito, se soubessem o que as esperava e se tivessem tido a oportunidade de aprender mais sobre como é o envelhecer, poderiam estar em melhor forma.

Dentre as maneiras de preparo para a velhice e de melhor vivê-la, destacam a prática de exercícios físicos como forma de movimentar o corpo e aliviar o estresse. Somado a isso, fazer amigos, divertir-se e conviver com outras pessoas atuam como estímulos para que se mantenham atualizadas. O aprendizado e a possibilidade de aprender coisas novas servem como forma de renovação, fazendo com que se sintam inseridas no mundo.

A velhice é vista como um recomeçar. As idosas têm consciência de que a etapa que estão vivendo é a última da vida e procuram vivê-la intensamente. Entretanto, isso não é visto como algo que impõe limites, mas, ao contrário, leva-as a perceber que é possível sonhar e concretizar sonhos justamente porque não existem mais os muitos compromissos da juventude e da vida adulta que lhes tolham tempo, o que lhes permite ver a vida com outros olhos e simplesmente viver bem.

Para o futuro, almejam ter saúde para manter a independência e para cuidar de si mesmas sem precisar de auxílio para desenvolver as atividades diárias. Com isso, esperam aproveitar cada momento da vida e ser felizes.

Os discursos analisados indicam que poder decidir o que fazer da própria vida sem sentir-se obrigada a dar satisfação de seus atos é muito importante para essas mulheres que passaram por grandes mudanças culturais, chegando à velhice com vigor físico e mental, para vivê-la em tempos de maiores direitos e possibilidades para as mulheres. Tudo isso lhes permite viver cada vez melhor, realizando coisas que não fizeram quando jovens por

falta de recursos, em razão das obrigações ou porque muitas possibilidades lhes eram vetadas justamente porque são mulheres.

As participantes não consideram a velhice de forma negativa, apesar das limitações que esta traz em vários campos do viver. Além disso, o envelhecer é tido como algo bom, um "dom", que é aprendido na própria vida. Embora possa ser uma surpresa perceber-se velha, o que pode até mesmo provocar depressão justamente por evidenciar subitamente uma série de perdas, especialmente no plano físico, esse não é o pensamento predominante entre essas mulheres. Mesmo quando isso acontece, é situação passageira que demanda aceitação e adaptação à nova fase, ao corpo idoso, à nova condição. A necessidade de adaptação à velhice ajuda a desnaturalizar essa fase da vida que, como tantas outras, quando percebida como "natural", não demanda atenção ou estudo, exceto nos seus desvios.

A resignação com a velhice e com a aproximação do final da vida não é o resultado trazido pela superação da "surpresa" provocada por perceber-se velha. Ao contrário, a velhice passa a ser considerada como oportunidade de realização e como tempo de liberdade, em que a própria vida pode ser vivida intensamente, sem limites impostos por compromissos. É a velhice vista como oportunidade e realização.

Esses são elementos importantes para os profissionais de saúde, que precisam conhecer a população com a qual trabalham para além dos aspectos biomédicos e epidemiológicos que, embora essenciais para um bom planejamento da atenção em saúde, não são suficientes para o cuidado. O envelhecimento populacional exigirá cada vez mais conhecimento e tecnologia. Entretanto, é preciso também dar maior atenção aos sonhos e desejos, mesmo na velhice, quando há uma tendência a focalizar as doenças do corpo e da mente, ao invés dos aspectos saudáveis, e este estudo ajuda a demonstrar isso.

Esse é precisamente o foco da promoção da saúde, cujas estratégias podem desenvolver-se nas direções individual e/ou coletiva, envolvendo o fortalecimento da capacidade para lidar com os múltiplos fatores que condicionam a saúde e da capacidade de escolha.^{25:706} Uma atenção de saúde de boa qualidade técnico-científica e humana demanda que se pense a velhice como processo que envolva também o corpo biológico, bem como as/os que a vivem tendo dela uma visão bem diferente daquela que os profissionais de saúde têm. Isso implica mudança para deixar de ver as(os) idosas(os) como um aglomerado de doenças crônicas, vendo o que não está ao alcance dos olhos e dando oportunidade de participação às/aos idosas/os, hoje muito conscientes de suas próprias necessidades, nem sempre evidentes nas estatísticas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002 jul./ago.; 7(4):899-906.
2. Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Neri AL, Debert GG, Organizadores. *Velhice e sociedade*. 2ª ed. Campinas (SP): Papirus; 2004.
3. Brasil. Projeção da população do Brasil: 1980 – 2050. Censo Demográfico. [Citado em 19 mar 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
4. Kachar V. *Terceira idade & informática: aprender revelando potencialidade*. São Paulo: Cortez; 2003.
5. Beauvoir S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
6. Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Rev Saúde Pública*. 1992 jun.; 26(3):195-202.
7. Louro GL. Nas redes do conceito de gênero. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, Organizador. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
8. Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estud Avan* 2003 set./dez.; 17(49):35-63.
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais e de saúde 2005. *Estudos & Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica* nº 17. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
10. Veras R, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004 abr./jun.; 9(2):423-32.
11. Neri AL. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: Neri, AL, Organizador. *Qualidade de vida e idade madura*. 3ª ed. Campinas: Papirus; 2000.
12. Neri AL. *Velhice e qualidade de vida na mulher*. In: Neri AL, Organizador. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus; 2001.
13. Oliveira JC, Albuquerque FRPC. A mortalidade no Brasil no período de 1980-2004: desafios e oportunidades para os próximos anos. [Citado em 15 out 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadavida/2004/metodologica.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Informação Educação e Comunicação. *Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Saundsvall, Declaração de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
15. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCAS; 2003.
16. Mori ME, Coelho VLD. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicol Reflex Crít*. 2004; 17(2):177-87.
17. Oliveira MC. Menopausa, reposição hormonal e a construção social da idade madura. In: Neri AL, Debert GG, Organizadores. *Velhice e sociedade*. 2ª ed. Campinas: Papirus; 2004.
18. Silva EV, Martins F, Bachion MM, Nakatani AYK. Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. *Reme Rev Min Enferm*. 2006 jan./mar.; 10(1):46-53.
19. Querosz NC, Neri AL. Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e velhice. *Psicol Refl Crít*. 2005; 18(2):292-9.
20. Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública*. 2003 maio/jun.; 19(3):849-53.
21. Cachioni M. Universidade da terceira idade das origens à experiência brasileira. In: Neri AL, Debert GG, Organizadores. *Velhice e sociedade*. 2ª ed. Campinas: Papirus; 2004.
22. Timo-laria C. O envelhecimento. *Acta Fisiátrica* 2003 dez.; 10(3):114-20.
23. Coelho S. *Envelhecer e ser feliz: conversando com a terceira idade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.
24. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*. 2003 maio/jun.; 19(3):705-15.
25. Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad Saúde Pública*. 1999 out/dez.; 15(4):701-9.

Data de submissão: 8/10/2007

Data de aprovação: 7/4/2008

A VIVÊNCIA DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ADOLESCÊNCIA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO*

LIVING DE-GRAVIDIC PUERPERAL CYCLE IN ADOLESCENCE: SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND OBSTETRIC PROFILE

LA EXPERIENCIA DEL CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL EN LA ADOLESCENCIA: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y OBSTÉTRICO

Francisco Rafael de Araújo Rodrigues¹
Dafne Paiva Rodrigues²
Emanuella Santos de Souza³
Maria Emanuela Ferreira Nogueira⁴
Ana Virgínia de Melo Fialho⁵

RESUMO

Neste trabalho, identificou-se o perfil sociodemográfico e obstétrico de 121 adolescentes em ciclo gravídico-puerperal, atendidas em um hospital-maternidade público de Fortaleza-CE. Os dados foram obtidos por meio de entrevista estruturada e processados no software de computador SPSS 11.0. Os resultados foram apresentados na forma de tabelas e discutidos com base na literatura revisada. Os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução nº 196/96. A vivência do ciclo gravídico-puerperal na adolescência causa impactos e conseqüências negativas para o desenvolvimento sociodemográfico e obstétrico da jovem. Esses prejuízos não afetam apenas a mãe, mas também o bebê, diminuindo as perspectivas de futuro de ambos. Portanto, fazem-se necessários programas educativos sobre a saúde sexual da adolescente a fim de prevenir o alto risco para a maternidade precoce.

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

ABSTRACT

This research has identified the social-demographic and obstetric profile of 121 (one hundred and twenty-one) adolescents in gravidic-puerperal cycle, examined in a public maternity-hospital in Fortaleza-CE. The data were obtained by structured interview and were processed by computer *software* SPSS 11.0. The results were shown in table form and discussed based in revised literature. The ethical aspects were respected according to Resolution (Law) 196/96. Living through the gravidic-puerperal cycle in adolescence causes negative impacts and consequences to the social-demographic and obstetric development of adolescents. These impairments affect not only the mother, but also the baby, affecting the life prospects of both. Hence, educational programs about adolescent sexual health are necessary in order to prevent high risk to precocious maternity.

Key words: Adolescent; Pregnancy; Pregnancy in Adolescence; Postpartum Period.

RESUMEN

Este trabajo identificó el perfil sociodemográfico y obstétrico de ciento veintiuna adolescentes en ciclo gravídico-puerperal, atendidas en una maternidad pública de Fortaleza-CE. Los datos se recogieron a través de entrevista estructurada y se procesaron en el *software* SPSS 11.0. Los resultados se presentaron en forma de tablas y se discutieron en base a la literatura revista. Se respetaron los aspectos éticos, en conformidad con la resolución 196/96. La experiencia del ciclo gravídico-puerperal en la adolescencia causa impactos y consecuencias negativas en el desarrollo sociodemográfico y obstétrico de la joven. Los prejuicios no afectan sólo a la madre, sino también al bebé, disminuyendo las perspectivas de futuro de ambos. Por lo tanto, se necesitan programas educativos sobre salud sexual de la adolescente con la finalidad de prevenir el alto riesgo de una maternidad precoz.

Palabras clave: Adolescencia; Embarazo en Adolescencia; Embarazo; Período Postparto.

* Artigo extraído do Projeto *O Processo de Adolescer e Ser Mãe: representações sociais de puéperas adolescentes*.

¹ Acadêmico de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista do PIBIC/CNPq. Ceará, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora adjunta do Curso de Enfermagem da UECE. Ceará, Brasil.

³ Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará UECE. Ceará, Brasil.

⁴ Estatística, graduada pela Universidade Federal do Ceará UFC. Ceará, Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora assistente do Curso de Enfermagem da UECE. Ceará, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Francisco Glicério, n. 937, bloco A, apto.103, Maraponga. CEP: 60711-050 Fortaleza-CE.

E-mail: dafneprodriues@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

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

Com a erotização do cotidiano, observam-se os adolescentes despertando, de maneira precoce, a curiosidade e criando um fascínio pelo sexo. Nesse contexto, a educação sexual é apreendida informalmente nas situações do cotidiano. O sexo e a sexualidade vão sendo concebidos de maneira imatura e inconseqüente.

Os censos demográficos e a contagem populacional para os anos intercensitários mostram, por meio de estimativas preliminares, que em 2007 o Brasil já contava com mais de 39 milhões de jovens na faixa etária de 10 a 19 anos.¹ No Estado do Ceará, em 2007, os jovens nessa mesma faixa etária totalizaram cerca de 22,7% da população cearense. Esse mesmo perfil demográfico para a cidade de Fortaleza, capital do Ceará, apresenta como percentual preliminar, em 2007, 21,3% dos residentes na capital, mostrando uma grande representatividade populacional.² É nessa faixa etária em que o jovem passa por um período de transformações e consolidações que se tornam importantes para o seu amadurecimento biológico, psicológico e sociocultural, marcado por descobertas, dúvidas sobre sua própria identidade e necessidade de fazer escolhas decisivas para o futuro.³

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como o período da vida a partir do qual surgem às características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia, prolongando-se dos 10 aos 20 anos incompletos.⁴

Na visão do adolescente, a juventude é caracterizada pelo aumento da autonomia em relação à infância, permitindo-lhe que deixe o espaço doméstico e penetre em espaços públicos. É nesse momento que as influências socioculturais se mostram bastante significativas na formação do futuro adulto.

As transformações biológicas, entretanto, não são os poucos fatores que influenciam na transição da adolescência para a idade adulta. As definições, as reações e a maturação psicológica, social e cultural, também, agem de forma incisiva nessa transição. A sociedade assinala o término da adolescência mediante o estabelecimento da identidade sexual e possibilidade de estabelecer relações afetivas estáveis, capacidade de assumir compromissos profissionais e manter-se economicamente independente, adquirir uma moral própria e relações de reciprocidade com os adultos, principalmente os pais.⁵

A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde de 1996 mostrou que 14% das adolescentes já tinham pelo menos um filho, e entre as garotas grávidas entre 10 a 14 anos,⁶ atendidas pelo Serviço Único de Saúde (SUS), no período de 1993 a 1998, houve aumento de 31%.

As últimas décadas evidenciam dados alarmantes sobre o comportamento dos adolescentes no tocante à precocidade das relações sexuais de ambos os sexos. O número médio de filhos de mulheres adultas vem diminuindo no Brasil, enquanto a taxa de fecundidade entre adolescentes está em crescimento constante. Anualmente, 14 milhões de adolescentes no mundo tornam-se mães e 10% dos abortos realizados são praticados por mulheres entre 15 e 19 anos.⁴

Com isso, em conseqüência da gravidez na adolescência, além da antecipação na formação dos papéis sociais, temos as questões socioeconômicas, como o abandono da escola, o trabalho de menor prestígio e a baixa remuneração, a dependência financeira da família e do companheiro que poderão repercutir negativamente na consolidação dos projetos de vida da jovem.

Com a intenção de minimizar as conseqüências sociodemográficas e obstétricas da adolescente e promover-lhes a atenção obstétrica qualificada e humanizada, observa-se, por meio da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, a consolidação de estratégias de qualificação da assistência obstétrica a esse perfil de clientela, levando em consideração a capacitação de recursos humanos e a disponibilização de recursos materiais para a garantia mínima de funcionamento dos serviços de saúde, além da elaboração de protocolos técnicos para condutas no pré, trans e pós-parto para adolescentes em ciclo gravídico-puerperal.⁷

Nesse contexto, tivemos como objetivo identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico das adolescentes em ciclo gravídico-puerperal. Pretende-se, com base nestes dados, fornecer subsídios para todos os que lidam com a saúde e o bem-estar nessa faixa etária, a fim de possibilitar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde com enfoque na prevenção da maternidade na adolescência implementando intervenções adequadas para essa população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado no hospital-maternidade público de atenção secundária em saúde, localizado em Fortaleza-CE. A seleção dessa instituição para a realização da pesquisa residiu no fato de estar localizado em uma região populosa e com elevada quantidade de adolescentes.

A população estudada foi constituída por meio de amostragem não probabilística por conveniência. O quantitativo foi de 121 adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos que estivessem vivenciando o ciclo gravídico-puerperal. As adolescentes foram contactadas

para a pesquisa enquanto gestantes durante o acompanhamento pré-natal, quando puérperas no sistema de alojamento conjunto e por ocasião da consulta de revisão de parto.

A coleta dos dados aconteceu de janeiro a setembro de 2006, conforme disponibilidade dos pesquisadores, sempre nas segundas e quintas-feiras de cada semana desse período. Foi utilizada a técnica de entrevista estruturada como instrumento de coleta de dados.

A entrevista teve como parâmetros a definição de variáveis demográficas (faixa etária), variáveis sociais (situação conjugal, escolaridade, ocupação e renda familiar) e variáveis obstétricas (classificação dentro do ciclo gravídico-puerperal: puérpera ou gestante, número de gestações, abortos e partos, trimestre de gestação, tempo de puerpério, intercorrência no puerpério, realização da consulta de pré-natal, número de consultas de pré-natal realizadas e participação em atividades educativas durante o ciclo gravídico-puerperal).

A categorização das informações em variáveis fixas permitiu a construção de um banco de dados. O perfil das adolescentes apresentou-se após o banco de dados ser processado pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.0, que possibilitou realizar cálculos estatísticos, em apresentação e interpretação sucinta dos resultados.

O cálculo estatístico feito pelo software permitiu visualizar os resultados primários na forma de tabelas com frequências simples e percentagem de acordo com cada variável isolada. Os dados primários foram cruzados para encontrar possíveis relações entre as variáveis e maior compreensão das informações prestadas pelas participantes. As tabelas geradas estão apresentadas a seguir e debatidas à luz da literatura que subsidia a investigação.

Os preceitos éticos da pesquisa foram respeitados conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde,⁸ com início da pesquisa de campo somente após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Foram concedidas as participantes informações dos procedimentos que fizeram parte do estudo e consentimento livre e esclarecido.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tem sido muito preocupante o crescimento, em todo o mundo, do número de adolescentes que vivenciam a maternidade. Em 2005, foram realizados mais de 3 milhões de partos pelo SUS. Desses, 662 mil, ou 22%, foram de jovens entre 10 e 19 anos.⁹

A cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes, número que representa três vezes mais garotas com menos de 15 anos grávidas do que na década de 1970.⁶ Quase um terço (27,4%) das mulheres jovens já tiveram filhos.¹⁰

TABELA 1 – Classificação das participantes de acordo com o ciclo gravídico-puerperal. Fortaleza-CE, 2006

CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	N	%
Puérpera	54	44,6
Gestante	67	55,4
Total	121	100
Trimestre de gestação		
1º trimestre	21	31,3
2º trimestre	24	35,8
3º trimestre	22	32,8
Total	67	100
Tempo de puerpério		
Puerpério imediato	37	68,5
Puerpério tardio	16	29,6
Puerpério remoto	01	1,9
Total	54	100

Em nosso estudo, observamos um grande quantitativo (121 participantes) de adolescentes em ciclo gravídico-puerperal em atendimento no serviço pesquisado. Destas, a maioria era gestante compondo um percentual de 55,4%. O percentual restante foi de puérperas, num total de 44,6%. (TAB. 1).

A maior parte das gestantes adolescentes participantes do estudo informaram que estavam (35,8%) no segundo trimestre, as demais (32,8%), no terceiro trimestre e 31,3% no primeiro trimestre de gestação (TAB. 1). O Ministério da Saúde (MS) sugere a captação precoce da gestante ainda no primeiro trimestre da gestação, recomendando que o calendário de atendimento pré-natal deva ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Esse atendimento deve ser regular e completo, garantindo que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchidos o cartão da gestante e a ficha de pré-natal. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece que seis deverá ser o número mínimo de consultas de pré-natal, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último.^{11,12}

A maioria das puérperas encontrava-se em puerpério imediato (68,5%), definido da primeira hora do parto ao 10º dia do pós-parto; 29,6% em puerpério tardio, que corresponde do 11º ao 45º dia de pós-parto; e 1,9% no pós-parto remoto, caracterizado a partir de 45 dias de pós-parto em diante. (TAB. 1)

TABELA 2 – Distribuição das participantes segundo as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2006

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
Faixa etária		
10 - 14	23	19
15 - 19	98	81
Situação conjugal		
Solteira	46	38
Casada	05	4,1
União estável	70	57,9
Escolaridade		
Fundamental incompleto (1º a 5º ano)	17	14
Fundamental incompleto (6º a 9º ano)	36	29,8
Fundamental completo	23	19
Médio incompleto	38	31,4
Médio completo	07	5,8
Ocupação		
Serviços domésticos	56	46,3
Estudante	25	20,7
Autônoma	14	11,6
Outras	12	9,8
Não informou	14	11,6
Renda familiar		
Sem renda	07	5,8
Menor que um salário mínimo	32	26,4
Apenas um salário mínimo	37	30,6
Entre um e dois salários mínimos	42	34,7
Acima de dois salários mínimos	03	2,5
Total	121	100

Pela distribuição da idade, observou-se que 81% das adolescentes tinham idade entre 15 e 19 anos (adolescência tardia), enquanto 19% pertenciam à faixa de 10 a 14 anos de idade. (TAB. 2)

Mesmo com a redução da taxa de fecundidade no País para as adolescentes na faixa etária entre 15 e 19 anos de idade, está ocorrendo um aumento de 26% da fecundidade, ou seja, é nessa esta faixa de idade que há maior número de adolescentes em ciclo gravídico-puerperal.^{13, 14, 15, 16, 17}

Quanto à *situação conjugal* (TAB. 2), tem-se que 57,9% das adolescentes classificaram-se em união estável com o companheiro, 38% encontravam-se solteiras e 4,1%, somente, informaram que estavam casadas.

A maioria (67,1%) das mulheres jovens da Região Nordeste do Brasil é solteira.¹⁰ Os estudos^{14,16} confirmam

esse dado, já que, mesmo com a maternidade, as adolescentes, em sua maioria, afirmam se manterem solteiras ou em união estável, fato que reforça para a sociedade a idéia de relacionamento inconstante entre os adolescentes.

Na Região Nordeste brasileira, apenas 43,1% das mulheres jovens são estudantes.¹⁰ Observa-se que a maior parte das adolescentes tem baixo nível de educação, já que 43,8% afirmaram ter o Ensino Fundamental incompleto, 14% do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental e 29,8% do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental. Das entrevistadas, 31,4% garantiram que possuem Ensino Médio incompleto; 19%, o Ensino Fundamental completo; e somente 5,8%, o Ensino Médio completo. (TAB. 2).

O papel que a educação tem na vida das pessoas é indiscutível para um futuro promissor. O fato de engravidar precocemente é visto como causa da baixa escolaridade ou interrupção dos estudos. A ausência na escola provoca ociosidade na jovem, deixando-a mais vulnerável a uma gravidez precoce.¹⁴ Autores referem que a maioria (64%) das mães adolescentes possui o Ensino Fundamental incompleto,¹⁸ conforme nossos resultados.

Quanto à *ocupação* realizada, observou-se que as adolescentes compõem a economia informal, pois desenvolvem atividades sem vínculo empregatício. Assim, uma consequência aparente é a impossibilidade de usufruir os direitos trabalhistas conquistados com a chegada da maternidade. Os dados mostram que 46,3% ocupam-se em serviços domésticos, 20,7% como estudantes, 11,6% não informaram que atividades desempenhavam e 11,6% são autônomas (vendedoras ambulantes, criadoras de bijuterias, bordadeiras e lavadeiras). O restante (9,8%) caracteriza o grupo de atividades pouco praticadas pelas entrevistadas, como vendedora em loja, cuidadora informal (babá de familiares), costureira, cozinheira e garçonzete. (TAB. 2).

A maioria dos serviços da adolescente em ciclo gravídico-puerperal não possui vínculo empregatício e, portanto, tem baixa remuneração.^{16,19} Com isso, na perspectiva social, ser mãe na adolescência é uma causa da dificuldade de melhorar economicamente a renda familiar.

A maior parte das entrevistadas referiu dispor de baixa renda familiar. Esse resultado está conforme conclusões de outro estudo que mostram que as famílias da mãe adolescente vivem na linha da pobreza.¹⁴ As participantes afirmaram que recebem entre um e dois salários mínimos mensais (34,7%), somente um salário mínimo mensal (30,6%), menos que um salário mínimo mensal (26,4%), sem renda mensal (5,8%) e mais de dois salários mínimos mensais (2,5%) das adolescentes. (TAB. 2)

TABELA 3 – Distribuição das participantes segundo variáveis obstétricas. Fortaleza-CE, 2006

VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS	N	%
Intercorrência		
Não apresentou intercorrência	115	95
Febre e sangramento	01	0,8
Febre por causa não informada	02	1,7
Infecção neonatal por amniorrexe prematura	01	0,8
Prematuridade (recém-nascido pré-termo)	02	1,7
Número de gestações		
Primigesta	69	57
Multigesta	52	43
Número de abortos		
Nenhum	99	81,8
Um	20	16,5
Dois	02	1,7
Paridade		
Nulípara	45	37,2
Primípara	53	43,8
Múltipara	23	19
Pré-natal		
Sim	100	82,6
Não	21	17,4
Número de consultas		
Nenhuma consulta	21	17,4
Uma a cinco consultas	70	57,9
Seis ou mais consultas	30	24,8
Atividades educativas		
Sim	44	36,4
Não	77	63,6
Total	121	100

Geralmente, as mães adolescentes procuram mais tardiamente a assistência pré-natal, agravando os riscos que acometem a maior parte das gestações nessa fase, como complicações no parto, aumento da mortalidade materna, aumento da mortalidade infantil, dentre outros. Observa-se a necessidade de uma educação sexual cada vez mais efetiva.²

A grande causa de mortalidade materna em adolescentes está relacionada a complicações por ocasião da gravidez, parto e puerpério, provocadas por aminiorexe prematura, prematuridade fetal, toxemia gravídica e maiores índices de cesariana.¹⁷ No referido estudo, analisamos as *intercorrências no puerpério*, sendo que a maioria das puérperas (95%) referiu não ter apresentado intercorrência. Nas demais, apareceram como complicações em 1,7%, respectivamente, febre

por causa não informada ou prematuridade (recém-nascido pré-termo), e em 0,8%, respectivamente, febre e sangramento ou infecção neonatal por aminiorexe prematura. (TAB. 3).

Muitos estudos demonstram que as adolescentes não planejam a gestação. Assim, a categorização de acordo com o *número de gestações* das adolescentes pesquisadas apresentou que 57% eram primigestas, enquanto 43% eram multigestas (TAB. 3). Esses resultados se confirmam em outros estudos, já que a maioria das jovens vivenciam sua primeira gestação entre 16 e 19 anos de idade.¹⁶ O aborto traz repercussões negativas para a adolescente que inicia sua vida sexual. A maior frequência de abortos é provocada por adolescentes entre 17 e 19 anos, solteiras, primigestas e no segundo mês de gestação.²¹ Entre nossas participantes, o aborto não foi uma prática muito realizada. A maioria (81,8%) informou não ter realizado nenhum aborto, enquanto 16,5% somente um aborto e 1,7% já o praticou por duas vezes. Em relação à *paridade*, classificaram-se como nulíparas, primíparas e múltiparas, com um percentual, respectivamente, de 37,2%, 43,8% e 19%.

Quanto à utilização do *atendimento pré-natal* (TAB 3), a maioria das adolescentes (82,6%) realizou consultas pré-natais. As 17,4% das adolescentes restantes não informaram ter tido essa prática durante a gravidez. A quantidade de adolescentes que não procuram o serviço pré-natal demonstra a fragilidade na assistência e a necessidade de acolhimento eficaz, busca de vínculo, responsabilização e construção de uma comunicação usuário e profissional de saúde.²²

O número de consultas de pré-natal realizadas pelas adolescentes mostra-se insatisfatório se comparado ao que preconiza o MS do Brasil. Autores apontam baixa na média esperada de consultas para a adequação do processo de assistência pré-natal para as usuárias do SUS.²³ Em nosso estudo, também se verificou que a maioria (57,9%) das adolescentes realizou de uma a cinco consultas, enquanto apenas 24,8% cumpriram as seis ou mais consultas preconizadas pelo MS. As 17,4% restantes informaram não ter realizado nenhuma consulta pré-natal. (TAB. 3)

A realização de práticas educativas durante todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal propicia à mulher, dentre outras coisas, compreender suas transformações e alteração de papel: preparar-se para o parto e puerpério, e para cuidar do bebê; conhecer e compreender os sinais de trabalho de parto e as sensações corporais; e agir ativamente no processo, facilitando a transição para mais esta etapa do desenvolvimento humano.²⁴

Em nosso campo de estudo, as atividades educativas são operacionalizadas por meio do "Curso da Gestante", promovido pela enfermeira obstétrica e que reúne um grande número de adolescentes grávidas em acompanhamento pré-natal no ambulatório da instituição.

O curso divide-se em dois módulos. O primeiro é destinado as gestantes que se situam no primeiro

trimestre de gestação e o segundo, às gestantes que se encontram no segundo e terceiro trimestres. Os módulos auxiliam as futuras mães a lidar com as alterações da gestação, além de orientar para o trabalho de parto e os cuidados consigo mesmas e com os recém-nascidos no puerpério.

A variável *participação em atividades educativas durante o ciclo gravídico-puerperal* (TAB. 3) demonstra necessidade de integrar a adolescente nas atividades educativas oferecidas pela instituição. Os resultados mostram que 63,6% não participaram das atividades educativas, enquanto 36,4%, apenas, afirmam terem participado.

CONCLUSÃO

Por meio da discussão, observamos como a maternidade na adolescência causa impactos e conseqüências negativas para o desenvolvimento sociodemográfico e obstétrico da jovem. A vivência do ciclo gravídico-puerperal na adolescência tem prejuízos não só para a mãe, mas também para o bebê, diminuindo as perspectivas de futuro de ambos.

As questões relacionadas à informalidade de trabalho, à baixa escolaridade e à baixa renda da família implicam diminuição de possibilidades de um futuro promissor para a mãe e para o bebê, já que as famílias que estão na linha da pobreza são consideradas de risco e tendem a apresentar ou vivenciar problemas de caráter biopsicossocial.

As tendências sempre são de gravidezes sucessivas entre as adolescentes, principalmente as que não dispõem

de acompanhamento com profissional de saúde. A multiparidade e a multigestação na adolescência implicam a fragilidade das relações.

A informação de encontrar-se em união estável e solteira como estado civil da maioria das jovens caracteriza o envolvimento afetivo delas em uma atmosfera de instabilidade por meio de relações amorosas superficiais e imaturas, o que aponta a necessidade de um olhar diferenciado dos profissionais para a abordagem do planejamento reprodutivo e saúde sexual da adolescente.

Contudo, o contexto da maternidade na adolescência revela a importância de programas educativos sobre a saúde sexual, com enfoque na intersetorialidade entre as escolas, os serviços de saúde e a sociedade para o desenvolvimento de mecanismos que identifiquem as adolescentes com alto risco para a maternidade precoce e as orientem.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e ao Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Família da Universidade Estadual do Ceará (UECE) pelo apoio no desenvolvimento da pesquisa, bem como aos alunos Marcos Paulo de Oliveira Lima, Mônica Taynara Muniz Ferreira, Lidiane Colares Monteiro e Ítalo Reuber de Oliveira, pelo suporte técnico na estruturação deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). DataSus. [homepage na Internet] Brasília: [acesso em 2007 set 15]. Censo demográfico e contagem populacional para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais preliminares dos totais populacionais estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/DataSus/IBGE. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popuf.def>
2. Ministério da Saúde (Br). DataSus. [homepage na Internet] Brasília: [acesso em 2007 set 15]. Censo demográfico e contagem populacional para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais preliminares dos totais populacionais estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/DataSus/IBGE. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popCE.def>
3. Frida AS, Andrade-Silva M. Crenças, informações e comportamentos sexuais na "Era AIDS": um perfil dos adolescentes da Ilha de Paquetá, RJ, Brasil. Rev. Scientia Sexualis do mestrado em sexologia da UGF. 1999 Ago; 5(2):61-84.
4. Rede Feminista de Saúde. Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2004.
5. Maranhão LF. Paternidade na adolescência: significado da experiência [monografia]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará. Curso de Especialização em Saúde da Família. Centro de Ciências da Saúde; 2003.
6. Ministério da Saúde (Br). Gravidez na Adolescência. Brasília: (DF). 2004.
7. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Ministério da Saúde (Br), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes de normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996.
9. Ministério da Saúde (Br). DataSus. [homepage na Internet] Brasília: [acesso em 2007 set 15]. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: Nascimentos por ocorrência por Unidade de Federação segundo idade da mãe no período de 2005 - SINASC MS/SVS/DASIS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
10. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1995. Rio de Janeiro: IBGE; 1997.
11. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento 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: Ministério da Saúde; 2005.
12. Ministério da Saúde (Br). Programa Humanização do Parto: humanização do pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

13. Ballone GJ. Psiqweb [homepage na Internet]. Campinas: [atualizada em 2003; acesso em 2006 Out 24]. Gravidez na adolescência. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adolesc3.html>
14. Ponte Junior GM, Ximenes Neto FRG. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú-Ceará-Brasil: uma análise das causas e riscos. Rev. Eletr. Enferm. 2004 Abr [acesso em 2007 Jan 5]; 6(1): [aproximadamente 16 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/>
15. Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. Cad. Saúde Pública. 2004; 20 suppl 1:112-20.
16. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. Perfil de adolescentes com repetição de gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. Rev. Latino-Am.Enferm. 2004 Out; 12(5):745-50.
17. Ballone GJ. Psiqweb [homepage na Internet]. Campinas: [atualizada em 2004 Dez 01; acesso em 2006 Dez 02]. Gravidez na adolescência; [aproximadamente 15 telas]. Disponível em: <http://http://www.psiqweb.med.br>
18. Magagnin L, Miyassaki M, Ribeiro AH, Sikitani L, Ferri S, Lima SS et al. Gravidez na adolescência: falta de informação?. Semina. 1995 Set; 16 (ed.esp.);69-72.
19. Spinola T, Penna LHG, Progianti JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. Rev. Esc Enferm USP. 2006; 40(3):381-8.
20. Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.
21. Souza VLC, Corrêa MSM, Souza SL, Beserra MA. O aborto entre adolescentes. Rev. Latino-Am. Enferm. 2001 Abr; 9(2):42-7.
22. Oba MDV, Tavares MSG. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. Rev. Latino-Am. Enferm. 2000 Abr; 8(2):11-7.

Data de submissão: 12/5/2007

Data de aprovação: 18/6/2008

SER ASSISTIDO PELO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: UMA RICA EXPERIÊNCIA PARA O DOENTE DE AIDS E SEU CUIDADOR*

BEING CARED FOR BY THE HOMECARE SERVICE: A RICH EXPERIENCE FOR THE AIDS PATIENT AND HIS CAREGIVER

ATENCIÓN DEL SERVICIO DOMICILIARIO: UNA BUENA EXPERIENCIA PARA EL ENFERMO DE SIDA Y PARA SU CUIDADOR

Edna Lúcia Campos Wingeste¹
Aidé Ferreira Ferraz²

RESUMO

Trata-se de um estudo etnográfico cujo objetivo foi compreender a experiência de quem vivencia a internação domiciliar terapêutica na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado no Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) do Hospital Eduardo de Menezes. Foi desenvolvido com 17 informantes, de ambos os sexos, com idade entre 25 e 65 anos, residentes em Belo Horizonte. Todos os doentes que tinham aids eram cuidados em suas casas pelo familiar cuidador de referência. A coleta de dados consistiu na associação da observação participante, como preconizada por Leininger, com a entrevista etnográfica, conforme Spradley. A análise dos dados obteve fundamentou-se na proposição de Leininger para a pesquisa etnográfica. Da análise dos dados emergiram dez descritores culturais que permitiram a identificação dos subtemas: "Adoecer de aids: um processo transformador da vida e dos relacionamentos"; "O ADT proporciona tratamento humanizado e com suporte profissional"; e "A internação hospitalar: uma experiência difícil e complexa". Esses subtemas constituíram o suporte para o tema central: *Ser assistido pelo ADT: uma rica experiência para quem cuida e para quem é cuidado*. As reflexões sobre as entrevistas, os subtemas e o tema central foram essenciais para aprofundar o conhecimento sobre crenças, valores, sentimentos e necessidades de quem cuida e de quem é cuidado no ambiente domiciliar, participantes deste estudo. As angústias por que passaram os doentes e seus cuidadores no processo de adoecimento da aids e das freqüentes internações os levaram a perceber o ADT como fonte de apoio. A melhoria da qualidade de vida é atribuída pelos informantes como consequência dos cuidados prestados pela família e pela equipe do ADT.

Palavras-chave: Assistência a Saúde; Família; Cultura; Assistência Domiciliar; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

ABSTRACT

This is an ethnographic study which has the objective of understanding the experience of those who give care and are cared for in the Therapeutic Homecare Service (THS) of the Eduardo de Menezes Hospital. Seventeen informers of both genders aged 25-65 living in the city of Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil, informed the study. All the patients had AIDS and were cared for at home by the reference family caregiver. The data was collected through observation of the participants according to Leininger, with ethnographic interviews according to Spradley. The analysis of data obtained was based on Leininger's proposition for ethnographic research. From the analysis of the data, ten cultural descriptors emerged, that made it possible to identify the sub-themes: becoming sick with AIDS - a process that transforms life and relationships; THS provides humanized treatment with professional support, and hospitalization: a difficult and complex experience. These sub-themes constituted the support for the central theme: to be cared by THS: a rich experience for those who give care and those that are cared for. The reflections on the interviews, the sub-themes and the central theme were essential to deepen knowledge about beliefs, values, feelings and needs of those who give care and those who are cared for in the home environment and participated in this study. The anguish felt by the patients and their caregivers in the process of getting AIDS and the frequent hospitalizations led them to perceive THS as a source of support. The improved quality of life is attributed by the informers as a consequence of the care given by the family and by the THS team. All the informers considered themselves privileged in being able to be served by THS.

Key words: Delivery of Health Care; Family; Culture; Home Nursing; Acquired Immunodeficiency Syndrome

RESUMEN

Se trata de un estudio etnográfico con la finalidad de entender la experiencia del que vive la internación domiciliar desde el punto de vista de quién cuida y de quién cuidan en el servicio de atención domiciliar terapéutica – ADT del Hospital Eduardo de Menezes. Se llevó a cabo con diecisiete informantes, de ambos sexos, con edad entre 25 y 65 años, residentes en Belo Horizonte. Todos los infectados de SIDA eran cuidados en sus respectivas casas por el familiar cuidador asignado para ello. La recogida de datos se basó en la asociación de la observación participativa tal como lo indica Leininger, con entrevista etnográfica según Spradley. El análisis de datos se basó en la propuesta de Leininger para investigación etnográfica. Al analizar los hechos se revelan diez informantes culturales que permiten identificar los siguientes temas: enfermarse de SIDA: un proceso cambiante de la vida y de las relaciones; la ADT proporciona un tratamiento humanizado con respaldo profesional y hospitalización: una experiencia difícil y compleja. Tales temas en derivación constituyen un soporte para el tema central: atención de la ADT: una buena experiencia para quién cuida y para quién cuidan. Las reflexiones sobre las entrevistas, los temas en derivación y el tema central fueron esenciales para profundizar el conocimiento sobre creencias, valores, sentimientos y necesidades de quién cuida y de quién cuidan en el ambiente domiciliario. Las angustias que viven los enfermos y sus cuidadores en el proceso de infección de SIDA y sus internaciones frecuentes los llevaron a sentir que la ADT es una fuente de apoyo. Los informantes sostienen que la mejor calidad de vida se debe a los cuidados brindados por la familia y por el equipo de ADT.

Palabras clave: Prestación de Atención de Salud; Familia; Cultura; Atención Domiciliar de Salud; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

* Extraído da dissertação *Ser Assistido pelo Serviço de Assistência Domiciliar: uma rica experiência para o doente de Aids e seu cuidador*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Nível Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela EEUFG. Docente da Faculdade de Pará de Minas (FAPAM) e Gerente de Unidade Básica de Saúde em Belo Horizonte - Minas Gerais, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG. Minas Gerais, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua José Ildel Gramiscelli 145/102, Bonfim, Belo Horizonte-MG.

E-mail: ednalcw@pbh.gov.br.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde do Brasil criou em 1995, como uma das alternativas assistenciais em aids, o serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). Esse serviço foi implantado em várias cidades, e o serviço do ADT do Hospital Eduardo de Menezes inaugurado em agosto de 1995 é um dos pioneiros no país. O ADT é uma modalidade de assistência domiciliar prestada aos pacientes com aids por meio de equipes multidisciplinares. A equipe básica é composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta.¹

Por meio desse serviço, os pacientes com aids recebem cuidados paliativos ou curativos, permanecendo no ambiente familiar. No início, essa modalidade de assistência teve o caráter básico de desospitalizar o doente de aids fora de possibilidade terapêutica, propiciando, assim, a redução dos custos com a internação convencional e, sempre que possível, o óbito no domicílio. No entanto, com a evolução da epidemia, com a cronificação da doença e com os novos valores que foram sendo acrescentados na forma de ver e assistir as pessoas com aids, o perfil do doente assistido pelo ADT mudou e, atualmente, possui três características: o doente com dificuldade de deambular para ir às consultas ambulatoriais, que por questões físicas ou sociais necessita da assistência de profissionais de saúde e cuidados contínuos, ou seja, o doente “sem risco”, mas que necessita de um nível de assistência que, em outras circunstâncias indicaria, invariavelmente, uma internação convencional; o doente com dificuldade de adesão com terapia anti-retroviral; e o doente fora de possibilidade terapêutica.

Para que o paciente seja admitido no ADT são necessários pré-requisitos básicos. O domicílio tem de ter condições básicas como: água potável, escoamento adequado do esgoto e que o doente tenha uma cama exclusiva. É necessário, também, que tenha uma pessoa que more no mesmo domicílio que se proponha ser o cuidador do doente, o qual a equipe denomina de “cuidador de referência”. A decisão de quem será essa pessoa é feita pelos membros da família e pelo doente. A equipe do ADT sempre acata essa decisão, mas, durante o período em que o doente estiver inserido no serviço, esse cuidador pode ser substituído.

O cuidador de referência é aquela pessoa a quem a equipe de ADT se reporta, prioritariamente, nas questões concernentes à assistência e de quem recebe as informações escritas e verbais sobre a evolução do doente. Ele é fundamental para o sucesso do cuidado domiciliar e, em alguns núcleos familiares, pode haver mais de uma pessoa nesse papel.

Os profissionais da equipe de ADT devem proporcionar aos cuidadores o maior número possível de informações e orientações sobre cuidados e sobre as possibilidades de evolução do quadro clínico do doente e ainda fornecer os equipamentos básicos para a manutenção da assistência no domicílio, tais como equipamentos de proteção individual (EPI), cadeira de rodas, andador,

etc. Existe no domicílio um prontuário para a anotação dos dados que a equipe solicita ao cuidador ou que este julgar necessário.

Uma grande vantagem desse tipo de assistência é possibilitar ao doente de aids melhor qualidade de vida, incluindo a qualidade do tratamento e, quando for o caso, melhor condição de vivência do processo de morrer e da morte. A diminuição dos custos de tratamento apresenta-se também como uma grande vantagem.

OBJETIVO

Com este estudo teve-se como objetivo compreender a experiência da ADT na perspectiva das pessoas que vivem com HIV/aids e de seus cuidadores, usuários desse serviço.

MÉTODO

O referencial metodológico adotado para este estudo foi a etnografia, por ser esse um método que possibilita ao pesquisador descrever, compreender e interagir com os participantes da pesquisa, sejam estes parte de um grupo específico, subgrupo ou até mesmo uma família. A etnografia utiliza o conhecimento e a experiência vivenciados pelos indivíduos pesquisados buscando a compreensão de seu sistema de significados, comportamentos e relações sociais com base em suas próprias expectativas. Um dos grandes desafios neste estudo foi fazer uma etnografia no meio urbano e ainda entender o que caracteriza esse grupo de pessoas tão diferentes, morando em lugares distantes uns dos outros, em um grupo cultural. Com relação a isso, citamos Magnani:

Em outros pontos, porém a diferença com relação à idéia tradicional de pedaço é que, aqui, os freqüentadores não necessariamente se conhecem – ao menos não por intermédio de vínculos construídos no dia-a-dia do bairro –, mas, sim, se reconhecem enquanto portadores dos mesmos símbolos que remetem a gostos, orientações, valores, hábitos de consumo, modos de vidas semelhantes.²

No processo de coleta e análise dos dados foram seguidos todos os pressupostos da resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa em seres humanos. A coleta foi realizada nos meses de junho a outubro de 2003. Tanto as etapas da observação participante quanto as entrevistas ocorreram nos domicílios dos pacientes, foram gravadas e transcritas na íntegra.

OS INFORMANTES

Para melhor análise do grupo cultural estudado, segue a apresentação de seus componentes, com suas

principais características. Todos foram identificados por nomes fictícios e separados por grupos familiares. Todos os informantes estavam inseridos no programa de Assistência Domiciliar Terapêutica do Hospital Eduardo de Menezes pelo menos trinta dias antes do início da coleta de dados.

QUADRO 1 – Caracterização dos informantes

Família	Nomes fictícios	Idade	Sexo	Relação familiar
1	José	26	M	Doente
1	Maria	60	F	Cuidadora/Mãe
2	Benjamim	26	M	Doente
2	Raquel	45	F	Cuidadora/Mãe
3	Moisés	42	M	Doente
3	Miriam	45	F	Cuidadora/Irmã
4	Samuel	25	M	Doente
4	Ana	50	F	Cuidadora/Mãe
5	Rubens	32	M	Doente
5	Léa	60	F	Cuidadora/Mãe
6	Lázaro	30	M	Doente
6	Marta	35	F	Cuidadora/Irmãs
7	Dorcas	35	F	Cuidadora/Voluntária
7	Lídia	40	F	Cuidadora/Voluntária
7	Paulo	32	M	Doente
7	Pedro	50	M	Doente
7	Priscila	38	F	Doente

O local de residência dos informantes está distribuído em cinco Regionais de Saúde, dentre as nove existentes em Belo Horizonte. Com exceção dos moradores da Casa de Apoio, os demais residiam em domicílio próprio, de construção simples, mas que, decididamente, poderia ser chamado de lar.

Após a coleta e análise dos dados, foram identificados os seguintes descritores culturais: “ADT faz a diferença e melhora tudo”; “O envolvimento da família no cuidado do doente com aids provoca alteração na dinâmica familiar”; “Adoecer de Aids provoca sentimentos e reações diversas e singulares”; “A internação hospitalar gera angústia para o doente de aids e seus familiares”; “Ir ao hospital é muito difícil para quem cuida e para quem é cuidado”; “A permanência no hospital é triste”; “Adoecer de aids diminui o convívio social”; “ADT está sempre presente”; “Ao cuidar do doente com aids em casa, é possível acompanhar melhor o tratamento”; “Estar bem espiritualmente fortalece o doente e o cuidador”.

Com base nos dados obtidos, foi possível identificar aspectos da vida dos informantes que sempre eram mencionados e observados durante as visitas domiciliares. Os descritores culturais emergentes dos dados permearam a totalidade das entrevistas e originaram os três subtemas: “Adoecer de aids: um processo transformador da vida e dos relacionamentos”; “O ADT proporciona um tratamento humanizado e com suporte profissional” e “A internação hospitalar: uma experiência difícil e complexa”.

Adoecer de aids: um processo transformador da vida e dos relacionamentos

Adoecer de aids é, certamente, um caminho longo e perpassado por contínuas e mudanças extremas. Na vivência das pessoas que passam por esse adoecer, seja o próprio doente, seja um familiar ou um amigo, os relatos desse processo são permeados não só pelos sentimentos dolorosos que acompanham esse adoecimento, mas, também, por relatos de confrontos com situações de superação, de novo começo, de esperança. Ferraz³ afirma que, para quem recebe o diagnóstico de aids, faz-se necessário aprender a viver de novo, e isso significa, além da necessidade de aprendizado constante sobre a evolução da doença, a ressignificação de suas próprias crenças e valores, bem como aprender uma nova forma de convivência com as pessoas de seu meio familiar, social e profissional. Isso significa conviver com as mudanças em sua condição de saúde, às vezes bruscas e irreversíveis, outras vezes amenas, mas sempre contínuas, assim como se faz a evolução da doença.

As causas do adoecimento e como este afeta a vida de quem o vivencia têm estreita relação com questões culturais. A forma de enfrentamento do diagnóstico de soropositividade para o HIV ou da aids é marcada e diferenciada pelos indivíduos em muitos aspectos. Entretanto, um aspecto é comum a todos: afirmam terem sido transformados a partir do momento em que souberam do diagnóstico. Ferraz³ e Costa⁴ citam que na trajetória de se tornar doente de aids o momento da descoberta do diagnóstico é aquele que expressa o momento da ruptura, pois é ele quem os coloca diante da inevitabilidade da doença.

Na descrição dos informantes são freqüentes os relatos de como o diagnóstico mudou-lhes definitivamente a vida. Em um primeiro momento, a notícia lhes chegou como algo avassalador, mas, com o passar do tempo, foi se revelando um divisor de águas entre a forma de encarar a vida antes e depois do diagnóstico de soropositividade para o HIV. O fato de conhecerem o diagnóstico os levou a buscar o tratamento e a mudar de atitude.

Aí ele resolveu me contar. Reuniu a gente aqui, sabe. Aí ele pegou e falou que tinha contraído o vírus. De lá pra cá eu fui correr atrás do tratamento certo. (Ana)

Muitas vezes, o processo de adoecimento implica o retorno da pessoa doente ao convívio familiar, e em alguns casos isso significa voltar a morar na mesma casa com os familiares e ter de retomar os relacionamentos, mesmo sem estar preparado para fazê-lo. Isso ocorre, muitas vezes, simultaneamente à vivência de inúmeras e complexas situações determinantes de outro estilo de vida, crenças, valores e comportamentos sem que ele tenha se adaptado à condição de doente com aids e aceitado a doença e que seus familiares o aceitem como pessoa vivendo com aids. Após a aids, passam a experimentar dificuldades de relacionamentos antes existentes de forma atenuada ou pouco evidenciada, como apontam as falas a seguir:

Depois que ele tem este problema ele fica mais aqui comigo mesmo. Porque ele fica aqui uns dias, aí resolve ir lá pra casa dele, mas não dá certo lá, ele e a esposa dele... Ele fica lá uns dias, depois volta. Ele fica mais é aqui. (Lea)

Ele estava morando sozinho lá no interior, mas quando ele adoeceu eu tive de ir buscar ele. Eu trouxe ele pra ficar junto de mim, pra eu cuidar dele. (Raquel)

Ele era caminhoneiro e viajava muito e no tempo que tava aqui ele morava com uma companheira, mas depois que ficou doente ela não quis mais ficar com ele. Aí eu trouxe ele pra morar com a gente. Nós somos irmãs e vamos cuidar dele. Agora ele fica em casa com a gente, tá ajudando, dando uma força até na hora que tá doente. Ele dorme com a gente, fica no bar com a gente, dando a maior força pra gente. Então se sente útil. (Miriam)

O ADT proporciona um tratamento humanizado e com suporte profissional

O ADT é uma alternativa de assistência para as pessoas com HIV/aids que tem como premissa possibilitar ao doente e a seus familiares uma assistência de qualidade e humanizada. Faria⁵ afirma que o ADT é uma forma de se ter um compromisso menos formal, ou, ainda, uma atenção menos elaborada por parte das políticas públicas de saúde, mas lembra que este não deve ser algo “menos”, e sim “uma outra opção melhor de cuidar”. A presença da família, segundo Gruner e Faria,⁶ interagindo com o sistema profissional e o contexto comunitário são elementos essenciais para se criar um ambiente terapêutico. Para que isso ocorra é necessário, segundo Althoff *et al.*,⁷ que haja um sistema de parceria, em que a família e a equipe formam uma unidade de cuidado em saúde e em que todos compartilham saberes, decisões e poder.

Para muitas famílias participantes desta pesquisa, o ADT vem trazer o suporte profissional de que elas necessitavam para prestar um cuidado de qualidade em casa ao familiar doente, como se vê nas falas que se seguem:

Esta ajuda aí esta sendo ótima, né? Porque eu sozinha não dou conta mesmo dele. Quando o pessoal vem, orienta a gente. (Ana)

Eles chegam explicam tudo direitinho, conversa. Quando saem perguntam também. Preocupam com tudo. (Miriam)

A família do doente com aids também se sente cuidada pela equipe do ADT e com isso se sente mais segura para cuidar dele.

O pessoal trouxe segurança pra mim. Antes eu achava que não ia dar conta de cuidar dele. Agora com eles eu sinto que vou conseguir. (Marta)

Para algumas famílias, a presença da equipe do serviço de ADT faz com que elas se sintam valorizadas, apoiadas e vistas em um contexto de individualidade:

Eu adoro quando eles vêm aqui. Isto pra mim é muito importante. Eu nunca imaginava de conseguir o que eu consegui hoje com meu filho. (Maria)

O processo de cuidar exige a interação entre quem cuida e quem é cuidado. Estar com alguém caracteriza o próprio processo de cuidar. Essa interação é defendida pelos informantes que são cuidadores como a melhor forma de acompanhar o tratamento de seu familiar e que o ambiente domiciliar é o melhor lugar para ocorrer essa interação^{8,9}:

Pra mim tá sendo muito bom, porque, além dele estar comigo, eu estou vendo, estou acompanhando, né? o que está acontecendo dia a dia com ele, né? Não precisa sair de casa e ir no hospital. Não precisa de ficar preocupada como ele está hoje, como passou a noite. Como ele passou hoje o dia que eu não pude ir, né? Fico com minha cabeça quente, né? (Ana)

Eu acho que a pessoa estando em casa e os médicos acompanhando é muito melhor do que no hospital. Porque em casa ele tem o acompanhamento da família. No hospital ele tem alimentação, mas aqui ele tem alimentação a hora que quer, come o que quer. (Miriam)

A internação hospitalar: uma experiência difícil e complexa

O ambiente hospitalar ocupa um lugar de acumulação e de desenvolvimento do saber, onde se pode ter acesso à tecnologia e a um atendimento rápido e pronto. Mas é também um ambiente no qual, muitas vezes, se perde a individualidade. Os costumes e hábitos não são respeitados e as rotinas são impostas. As instituições hospitalares surgiram com a intenção de isolar os doentes do convívio social.¹⁰⁻¹² Mesmo sob outro enfoque, os hospitais brasileiros sofrem a influência do modelo anterior. Na maioria das vezes, disso resulta um conflito vivenciado pela pessoa hospitalizada, quando este percebe que sua história de vida é totalmente desconsiderada, em razão de ter de seguir as normas e rotinas impostas pela instituição, quando esta não consegue dar conta do doente em sua integralidade.⁶

O processo de internação é doloroso em vários aspectos para quem está internado. O afastamento da família e dos amigos resulta, muitas vezes, em um sentimento de abandono e de tristeza:

No hospital fica isolado da família, então se sente rejeitado, né? Só vai na hora da visita, volta, e em casa está todo mundo, toda hora. (Miriam)

A morte e a lembrança da doença são uma constante na rotina diária do hospital. Isso faz com que a pessoa com aids pense em sua própria morte todo o tempo. Nesse momento, a comparação da evolução de sua doença com os colegas da enfermaria é inevitável:

Morreram os quatro no quarto. É deprimente ver as pessoas doentes lá. A turma que você tem morreu. Faz amizade e tudo. Era visto que eles não iam viver sabe. Um estava com câncer, o outro com meningite, o outro chegou a ficar cego, né? Isto chocou. (Raquel)

Para os familiares, a internação tem outros dificultadores. A falta de notícias gera angústia e a família está sempre preocupada. Em contrapartida, ir ao hospital é difícil, o que restringe a quantidade de visitas e o revezamento de visitantes. Além de demandar muito tempo, o deslocamento em transporte coletivo para longas distâncias é também oneroso, o que nem sempre permite assiduidade do cuidador familiar durante a internação do doente com aids.

Alguém tem de estar disponível. Gasta muito tempo. Às vezes pra ir lá gasta uma tarde inteira ou um dia inteiro. (Dorcas)

Para os familiares essas dificuldades somente são superadas pelo enorme desejo em acompanhar seu parente hospitalizado:

Ele ficou seis meses internado. Eu e a minha irmã ia todos os dias. A gente ia sozinha. Sabe-se lá quanto tempo pra chegar no hospital. (Miriam)

A internação hospitalar foi para essas pessoas uma difícil e complexa experiência que somente foi superada pela força gerada nos laços afetivos existentes entre elas.

TEMA CULTURAL

Ser assistido pelo ADT: uma rica experiência para o doente de aids e seu cuidador

O tema central deste estudo surgiu das falas dos informantes e foi identificado por estar presente em todos os descritores e subtemas culturais. Revelou ser um marco importante na vida dos informantes. Os informantes, ao relatarem o que significava para eles serem assistidos pelo ADT, disseram quão significativa e transformadora foi essa experiência na vida deles.

Ter um familiar doente em casa é um processo difícil para qualquer família. As rotinas são intensamente modificadas, e, quanto maior o grau de dependência do doente, maior o nível de comprometimento do tempo de quem cuida. O cuidado solitário e sem apoio em casa é muito difícil.

Ele não queria nada. Eu tô achando que ele está melhorando bastante. Esta ajuda aí está sendo ótima né? Porque eu sozinha não dou conta mesmo dele. (Ana)

Para os informantes, serem assistidos pelo ADT significou um suporte importante quanto às suas necessidades de estímulo para a continuidade do tratamento e da própria vida. Muitas vezes, a família já se sente cansada pelas exigências do cuidado diário do familiar doente e o fato de a equipe se fazer presente em seu cotidiano é, por si, um grande estímulo para quem cuida e para quem é cuidado.

Porque assim, ele parece que tem aquela preocupação que vai vir uma pessoa de fora né? Ai ele toma os remédios. Porque com a gente parece que não quer saber das coisas. (Ana)

Eu gosto muito do trabalho deles, porque quando eles vêm eles realmente animam a pessoa. (Priscila)

Quando eles vêm é uma ajuda legal. Eles dão a maior força pra gente. (José)

Existia, por parte dos informantes, um desejo de cuidar de seu familiar doente, mas também uma necessidade de segurança e apoio para o cuidado. Segundo Gruner,⁶ ser assistido pelo ADT significa estar desospitalizado, mas não estar desinstitucionalizado, pois a instituição é, junto com a família, co-responsável pelo cuidado, garantindo a eficiência e a eficácia da assistência.

Porque mãe você já viu, né? Mãe tem sempre de estar junta. O sofrimento do filho é junto com mãe. A mãe sofre junto. Então pra mim foi uma coisa que eu não esperava nunca dele poder ser tratado em casa. (Maria)

Não se pode trabalhar no contexto domiciliar reproduzindo meros padrões e rotinas que são utilizadas no hospital ou em outros contextos semelhantes. Cada indivíduo, cada família e os significados que atribuem às suas experiências são únicos. O respeito às singularidades de cada família é essencial para se estabelecer um cuidado domiciliar adequado.¹³⁻¹⁵

A presença da equipe do ADT no domicílio vem trazer para a família não somente a sensação de segurança, mas também um sentimento de ser valorizada:

O ADT é uma coisa excelente. Eu nem esperava por isso. Eu me sinto muito importante quando eles vêm aqui. (Maria)

Todos os informantes atribuíram à assistência pela equipe de ADT o fato de que os doentes melhoraram, ganharam peso e já podiam retornar à vida normal:

Porque o médico me receitou um remédio e disse pra eu seguir a receita e toda semana eles iam vim aqui em casa. Aí, todas as vezes que vêm eles traz a balança, eu peso, e tem quatro meses e já voltei com meu peso no normal. (Moisés)

Eles tem um cuidado muito importante comigo, né? Eu devo muito a eles. Só de me dar a vida de novo é o suficiente. (Paulo)

Depois que ele tá em casa que eles começaram a cuidar dele ele reviveu. (Maria)

Eles fazem de tudo pra ele não parar de tomar os remédios. Porque ele tomando os remédios ele é uma pessoa saudável. Tem uma vida normal. Pode até trabalhar. Até arrumar um servicinho. Mas não tomando os remédios... (Lea)

O serviço de ADT entra na vida dessas pessoas num momento em que elas estão diante de uma grande diversidade e conflitos de várias origens. Para alguns, fazia pouco tempo que se descobriram HIV positivos e tudo era ainda muito novo e desconhecido. Para outros, que se sabiam soropositivos há mais tempo e já haviam compartilhado com a família, esse era o tempo

de diagnóstico da aids, com todos os transtornos físicos e emocionais que ele traz. Todos já haviam passado pela internação hospitalar e traziam consigo lembranças dos desgastes provocados por esse processo.

Quando a possibilidade de ser assistido em casa é oferecida a essas pessoas, nenhuma delas pensa duas vezes antes de aceitar. Percebemos nas falas dessas pessoas e, também, por meio da observação de suas expressões corporais, risos e choros durante as visitas, que todas elas se consideravam privilegiadas em estar sendo assistidas em casa. Muitas delas esperavam que fosse bom pelo simples fato de estarem em casa. No entanto, ser assistido pela equipe do ADT foi o grande diferencial da assistência recebida quando estiveram em casa após uma alta hospitalar, sem o acompanhamento da equipe e, após essa assistência, no domicílio.

Todas as famílias dos participantes deste estudo eram dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, estavam acostumadas a uma forma de assistência muitas vezes desprovida de recursos e nem sempre com uma atenção individualizada e específica. Eram famílias que sempre buscaram os recursos necessários para a saúde delas e muitas vezes não os encontraram:

É o fato deles trazer os remédios pra mim em casa é uma grande vantagem porque eu não tenho condições de comprar os remédios e da outra vez eu tive de comprar. Eu tive de mandar fazer porque no posto não tem. Posto (de saúde) não tem nada que é caro. Tudo o que você precisa não tem lá. (Ana)

O ADT significou para elas um atendimento regular, seguro e que sempre lhes provia os recursos necessários

e revelaram ser melhor do que poderiam imaginar. Para essas famílias, o fato de serem assistidas pelo ADT foi mais do que uma alternativa assistencial em aids, foi a resposta certa no momento certo para a necessidade delas. Para a instituição, essa assistência significa desospitalização, redução dos custos e otimização da ocupação dos leitos hospitalares. Para os profissionais desse serviço, o ADT é a escolha por uma modalidade de assistência que, mais do que suprir as necessidades das famílias, vem ao encontro daquilo que acreditam como forma de assistir integralmente ao ser humano. Segundo Lico,¹⁶ para trabalhar no serviço de ADT é necessário que o profissional se identifique com essa modalidade de assistência, que goste e queira trabalhar nesse serviço e que tenha o perfil adequado para saber trabalhar em situações difíceis. Para as pessoas que foram assistidas pelo ADT, essa assistência significou ganho de recurso, possibilidade de melhora, mais entendimento do seu tratamento, mais condições de intervir em seu adoecimento. Enfim, revelou ser uma rica experiência para quem cuida e para quem é cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos que este estudo contribua para que os profissionais de saúde assistam os doentes com aids em consonância com suas singularidades e, conhecendo suas subjetividades, possam desencadear maior sensibilização dos profissionais de saúde em geral. Agindo assim, estarão contribuindo, na medida do possível, para a adequação do cuidado domiciliar a ser prestado aos doentes com aids, ajustando-os às necessidades das pessoas doentes e seus familiares, considerando-os como participantes ativos no seu processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Alternativas assistenciais em HIV/AIDS. [Citado em junho 2002]. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br>.
2. Magnani JGC. Quando o campo é a cidade In: Magnani JGC, Torres LL. Organizadores. Na metrópole: textos de antropologia urbana. São Paulo: Edusp, FAPESP; 1996.
3. Ferraz AF. Aprender a viver de novo: a singularidade da experiência do portador do HIV e doente com AIDS [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1998.150f.
4. Costa LPM. Contando histórias de AIDS [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998.107f.
5. Faria EM. Orientações acadêmicas: Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
6. Gruner MF, Faria EM. Percepções de um sistema profissional de saúde sobre o cuidado domiciliar terapêutico ao indivíduo (família) portador do HIV/AIDS. Texto & Contexto Enferm. 2000 maio/ago.; 9(2):402-13.
7. Althoff CR, Elsen I, Laurindo AC. Família: O Foco de Cuidado na Enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 1998 maio/ago. ; 7(2):320-7.
8. Marques SM. Singularidades do cuidado domiciliar durante o processo de morrer: a vivência de familiares cuidadores [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003. 151f.
9. Stanhope M. Teorias e Desenvolvimento Familiar. In Stanhope M, Lancaster J. Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. Lisboa: Lusociência; 1999. p. 492-514.
10. Antunes JLF. Hospital: instituição e história social. São Paulo: Letras e Letras; 1991.
11. Foucault M. Microfísica do poder. Trad. Roberto Machado. 19ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
12. Sena RR, Silva KL, Rates HF, Vivas KL, Queiroz CM, Barreto FO. O cotidiano da cuidado no domicílio: desafios de um fazer solitário. Cogitare Enferm. 2006; 11(2):124-32.
13. Lacerda MR. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar. Cogitare Enferm. 1997; 2(1):44-9.
14. Puschel VAA, Ide CAC. A capacitação de enfermeiros para a assistência domiciliar: uma abordagem psicossocial. Acta Paul Enferm. 2007; 20(1):91-4.
15. Merhy EE, Feuerwerker LM. Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade. [Acesso em 18 Out. 2007]. Disponível em: www.hucff.ufrj.br/micropolíticas.
16. Lico FMC. De dignidade, cidadania e vínculos nos cuidados à AIDS: os sentidos da Assistência Domiciliar Terapêutica para os profissionais da saúde [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.

Data de submissão: 5/4/2007

Data de aprovação: 10/2/2008

ESPAÇO E GÊNERO: O COTIDIANO DE MORADORES DE ÁREA ENDÊMICA PARA ESQUISTOSSOMOSE NO VALE DO JEQUITINHONHA

SPACE AND GENDER: THE DAILY LIFE OF RESIDENTS OF A SCHISTOSOMIASIS ENDEMIC AREA IN THE JEQUITINHONHA VALLEY

ESPACIO E GENERO: LO COTIDIANO DE LOS MORADORES DE LA REGION ENDEMICA PARA ESQUISTOSOMIASIS EN EL VALLE DEL JEQUITINHONHA

Andréa Gazzinelli¹
Cláudia Maria de Mattos Penna²
Gilberto Batista³
Maria Flávia Gazzinelli²

RESUMO

Neste estudo teve-se como objetivo compreender o cotidiano de famílias moradoras de área endêmica para esquistossomose no Vale do Jequitinhonha-MG, assim como as expectativas e funções atribuídas aos indivíduos na perspectiva de gênero nos contextos social, cultural e econômico. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 6 famílias em um total de 43 indivíduos. Os resultados mostraram que as práticas do cotidiano do grupo de moradores estão intimamente relacionadas com o modo como os membros de uma família obtêm e estruturam as condições e os recursos ligados à sobrevivência deles. As condições de risco a que estão submetidos são determinadas por fatores econômicos, culturais e sociais que atuam na estrutura do espaço, na relação homem-ambiente, nas relações sociais que ocorrem no espaço micro do contexto familiar e na oposição entre homem e mulher.

Palavras-chave: Esquistossomose; Atividades Cotidianas; Espaço; Identidade de Gênero.

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the practices of families living in an endemic area for schistosomiasis in the Jequitinhonha Valley, State of Minas Gerais, Brazil as well as the roles and expectations of individuals from the point of view of gender and related to the social, cultural and economic context. Semi-structured interviews were used with 6 families and a total of 43 people. The results showed that the day-to-day practices of individuals are closely related to the way family members structure the conditions and resources to their survival. The risk of infection is determined by economic, cultural and social factors that influence the space structure, the relationship between man and environment and the social relations that occur in the micro space of the family context and also in the opposition between men and women.

Key words: Schistosomiasis; Activities of Daily Living; Gender Identity; Space.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es analizar las prácticas de las familias que viven en áreas endémicas para la esquistosomiasis en la región del valle del Jequitinhonha, Minas Gerais. También se pretende analizar las expectativas y los roles atribuidos a los individuos desde la perspectiva del género dentro del contexto social, cultural y económico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 6 familias, 43 personas en total. Los resultados demuestran que las prácticas diarias del grupo de habitantes están relacionadas con la manera cómo los miembros de una familia logran las condiciones que estructuran la calidad de vida. Las condiciones del riesgo a las que están sometidas las familias están determinadas por los factores económicos, culturales y sociales que inciden en la estructura del espacio, en la relación hombre-ambiente, en las relaciones sociales que ocurren en el microespacio del contexto familiar y entre los hombres y las mujeres.

Palabras clave: Esquistosomiasis; Actividades Cotidianas; Espacio; Identidad de Gênero.

¹ Enfermeira Doutora. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

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

³ Mestre em Enfermagem. Enfermeiro do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida Alfredo Balena 190. Bairro Santa Efigênia. CEP. 30.130-100 - Belo Horizonte-MG-Brasil
E-mail andreag@enf.ufmg.br

INTRODUÇÃO

O espaço onde as pessoas vivem tem sido considerado há algum tempo como relevante para os estudos na área da saúde pela influência que exerce sobre a vida das pessoas. Assim, o espaço, como importante unidade de organização social, torna-se foco para o estudo de várias doenças, dentre elas aquelas com características de transmissão ambiental, como a esquistossomose.¹ Esta é considerada uma das maiores endemias do mundo atingindo, principalmente, as populações de nível socioeconômico mais baixo, que vivem em piores condições de vida.

No microespaço domiciliar, a ocorrência de doenças pode ser entendida como o resultado de um conjunto de práticas compartilhadas, como as domésticas e de higiene, que envolvem o uso de água.^{1,2} Em estudos sobre esquistossomose relacionados ao domicílio, são considerados fatores fundamentais a fonte de água à qual as pessoas têm acesso, a distância e a disponibilidade da água, bem como os bens materiais de que dispõem, que influenciam nas escolhas que as famílias fazem sobre o tipo de água (córrego, minas d'água, cisterna ou nascente) que utilizam no dia-a-dia.^{2,3}

Segundo Czeresnia,⁴ o espaço onde se desenvolvem as interações entre o homem e a natureza interfere no adocimento das pessoas, no surgimento das doenças ou mesmo as modifica. Compreender o processo de organização do espaço pelas comunidades em diferentes momentos e lugares é uma forma de entender essas comunidades e a distribuição das doenças.

Para melhor compreender a natureza das doenças infecciosas, sua distribuição, determinantes, conseqüências, bem como a vulnerabilidade das pessoas, é necessário conhecer os diferentes espaços onde elas desenvolvem suas práticas, assim como as funções de cada um. A vulnerabilidade a algum agravo está relacionada, basicamente, às atitudes que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças. Essas atitudes, associadas à maior vulnerabilidade, podem não ser decorrentes da ação voluntária das pessoas, mas estão relacionadas com as condições objetivas do ambiente, além das condições culturais e sociais em que as atitudes e práticas ocorrem.⁵

O domicílio tem sido considerado o ponto de partida para compreender o contexto que faz com que pessoas entrem em contato com águas potencialmente infectadas por cercárias.^{6,7} No contexto familiar, as atividades desenvolvidas por homens e mulheres, no que se refere ao contato com água, reforçam as diferentes funções atribuídas a cada um deles, as relações de gênero e como interferem na divisão social do trabalho. Tal diferenciação determina atividades próprias às mulheres e aquelas atribuídas aos homens, que caracterizam a condição de ser homem ou mulher em determinada sociedade, numa visão de gênero. Essa pode até mesmo delimitar o conhecimento e as atitudes dos indivíduos adiante da aquisição, transmissão e tratamento da doença.⁸

Estudos sobre a esquistossomose mostram que as atividades de contato com água e o local onde são realizadas estão relacionadas não somente ao espaço, mas também ao gênero. Em geral, as mulheres realizam atividades domésticas, como lavar roupas e vasilhas próximas a casa, com menor duração e exposição do corpo em contato com a água, em relação àquelas desenvolvidas pelos homens, mais distantes do domicílio, tais como nadar, limpar córregos, construir canais e agricultura.⁹⁻¹²

Conhecer essas diferenças, assim como a rede de organização social construída pela famílias, é essencial para a elaboração de programas de controle eficazes. É necessário compreender o cotidiano dos diferentes sujeitos no domicílio, onde as mulheres, os homens e as crianças dividem os mesmos espaços e interagem no dia-a-dia. Ao mesmo tempo, deve-se compreender a interação dos indivíduos com a comunidade e a maneira como aprendem a conviver com a ausência de água tratada e de saneamento básico. Não só isso. Há também a forma como determinado grupo social pensa individual e coletivamente suas práticas. Isso aponta para a complexidade das situações sociais reais.

Para o desenvolvimento deste trabalho, partiu-se do pressuposto de que as atividades de contato do homem com as águas contaminadas não constituem simplesmente uma série de atividades executadas pelas pessoas, mas, sim, um processo social dinâmico e holístico relacionado ao gênero e que ocorre em um contexto social e espacial específico.² Neste estudo, buscou-se, portanto, compreender a variedade de práticas dos diferentes membros da família, assim como expectativas e funções atribuídas a eles, por meio da estrutura social em que vivem. A abordagem familiar mostrará as diferenças que podem ocorrer no impacto da doença, na perspectiva de gênero no contexto social, cultural e econômico.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido em Virgem das Graças, zona rural do município de Ponto dos Volantes, Vale do Jequitinhonha, na região norte do Estado de Minas Gerais. Essa localidade é considerada endêmica para esquistossomose com prevalência de 57%. A principal fonte de renda da população é proveniente da agricultura, relacionada ao cultivo da mandioca, do milho, do feijão e do arroz, além de criação de gado.

As principais fontes de provisão de água são nascentes, represas e córregos existentes nas proximidades das residências. A maior parte das famílias, usando seus próprios recursos, guiam o volume de água dessas fontes por meio de mangueira até o domicílio, que é, muitas vezes, desprovido de reservatório. Essa forma de abastecimento é exclusiva por família e, com freqüência, insuficiente para suprir todas as necessidades domésticas, o que faz com que as pessoas recorram de forma complementar aos córregos para realizar aquelas atividades que requerem maior volume d'água, como

lavar vasilhas, roupas e, às vezes, tomar banho. Várias outras utilizam apenas águas dos córregos e de minas de água para suprir as necessidades domésticas por não terem condições de encanar água de nascente.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas sobre os hábitos e as práticas da população em relação às atividades domésticas, de trabalho e lazer com seis famílias (pais e crianças maiores de 12 anos) no total de 43 indivíduos. Foram incluídas no estudo famílias compostas por pai, mãe e filhos, que aceitaram participar. A coleta de informações foi considerada completa quando ocorreu a saturação teórica, ou seja, quando não foram mais encontrados dados novos ou adicionais em nenhum grupo. As entrevistas tiveram duração de, aproximadamente, 40 minutos e foram gravadas e transcritas na íntegra levando sempre em consideração as expressões e regionalismos locais, além de serem registradas também as práticas cotidianas dos moradores.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o nº 683/99. Todos os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, o anonimato e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados foi feita baseada nos passos da Teoria Fundamentada nos Dados¹³ e realizada em duas etapas. Na primeira, fez-se a identificação das categorias emergentes com base no exame do conjunto das descrições das famílias. A segunda envolveu um processo de análise em profundidade de cada família, buscando compreender a dinâmica de funcionamento, as práticas e as representações de seus membros. Os dados obtidos por meio das duas abordagens permitiram que as categorias emergentes do estudo fossem agrupadas em trabalho, lazer e aspectos ligados à educação e à formação. A coleta de informações foi considerada completa quando ocorreu a saturação teórica, ou seja, quando não foram mais encontrados dados novos ou adicionais em nenhum grupo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A compreensão do cotidiano das famílias de Virgem das Graças permitiu observar que as práticas dos sujeitos no dia-a-dia, a relação com a fase da vida na qual se encontram, com os diversos ambientes por onde circulam e com os outros desenvolvem-se em três dimensões interdependentes: o espaço, o gênero e as relações microsociais. Tais dimensões estão presentes de modo transversal nas categorias que emergiram dos resultados relacionadas ao trabalho, ao lazer e a alguns aspectos ligados à educação e à formação deles. Ao analisá-las, depreende-se que há representações e práticas que são comuns entre as pessoas de várias famílias e as que são singulares de uma família como instância produtora de subjetividade. Há determinadas práticas que, ao serem desenvolvidas, tendem a modificar e a possibilitar a reinvenção de maneiras de ser no seio do casal, da família, do contexto da vida social e do trabalho.

A questão é literalmente reconstruir o conjunto das modalidades do ser em grupo, por mutações existenciais que dizem respeito à essência da subjetividade.

Em decorrência de se pertencer a uma família que compartilha práticas com outras, mas que, simultaneamente, experimenta situações incitadoras de novas significações e vivências, é que os indivíduos acabam por se expor ao maior ou menor risco de infecção pelo *Shistosoma mansoni* e de outras doenças. Alcança um destaque singular, aqui, as práticas marcadas pelas questões de gênero e que devem ser analisadas mais amplamente como relações e socializações ligadas ao poder social.

Em relação ao trabalho como modo de sobrevivência, os respondentes mostram formas diferenciadas de falar sobre o trabalho em si, que estabelece a geração de renda familiar e constitui produto de um esforço coletivo. Para alguns, o trabalho coletivo é visto como meio, ou seja, em uma perspectiva que é primeiramente utilitária. Assim, é comum os sujeitos assumirem tarefas de que não gostam, mas que se sentem obrigados a realizar.

O fato de indivíduos de área endêmica estarem frequentemente expostos à infecção pelo *Shistosoma mansoni* advém da falta de opção de trabalho diferenciado e da obrigatoriedade de executar determinadas tarefas no lar e na agricultura para sua própria subsistência, que tem relação com contato com água.^{9,10,11,12} Pelo fato de residirem em uma área endêmica, esperava-se que a preocupação em relação à doença estivesse presente no cotidiano delas. Entretanto, os sintomas da doença passam despercebidos e o adoecer só se concretiza em um estágio grave, quando há perda de suas atividades cotidianas. De fato, estudo realizado em outra área endêmica para esquistossomose, também em Minas Gerais,^{14,15} mostrou que a esquistossomose, na ordem de prioridades dos moradores, perde para diferentes problemas dentre os quais a própria questão de sobrevivência e a presença de outras doenças como hipertensão, problemas cardiovasculares e neurológicos.

Pôde-se constatar que o trabalho coletivo é uma prática determinada pelas relações objetivas materiais de produção da existência no lugarejo. Por essa razão, é vivenciado de forma semelhante pelos moradores entrevistados. Juntos, os membros da família trabalham na roça, andam pelos mesmos lugares, atravessam os mesmos córregos e bebem a mesma água. Filhas trabalham com as mães nas atividades domésticas ajudando-as sempre e muitas vezes levam o almoço para os que estão na roça. Filhos ajudam os pais a limpar córrego, a fazer canais e a desentupir os canos que transportam água do córrego até as casas. Por isso, é comum que os familiares tenham contato com água, nos mesmos locais, na realização das atividades do cotidiano.

Alguns familiares atribuem ao trabalho coletivo valores pessoais, diferentemente da perspectiva de obrigatoriedade referida anteriormente. Nessa

perspectiva, o trabalho não é apenas uma organização coletiva cuja função é primeiramente instrumental, mas permite agrupamento e solidariedade entre os membros da família. Cada um vê a atividade do outro como fundamental, sem a qual o todo não poderia existir. Conseqüentemente, isso faz com que pais e filhos executem coletivamente o trabalho na roça, em maior ou menor quantidade, dependendo da idade da criança ou do sexo. Vivenciam no trabalho os limites de si e do outro, as fragilidades e fortalezas de cada um, o que facilita a percepção do trabalho coletivo não só como necessidade, mas como desejo de completude. Estabelecem as atividades de cada membro reforçando a questão de gênero; assim a responsabilidade da educação masculina cabe ao homem e, conseqüentemente, a das meninas cabe à mulher, como se pode notar neste relato:

Os meninos eu levo para roça. O mais velho me ajuda na hora que chega da escola e o outro não faz nada porque é pequenininho. A minha outra filha sai para trabalhar na roça, mas às vezes ela fica aqui ou ela vai em outro serviço. E a minha mulher fica fazendo o trabalho de casa. E ela está ajudando da mesma forma, quando faz a comida e quando arruma a casa. A partir de 8 anos a gente já leva a criança pra roça pra incentivar, mesmo sem ele fazer nada.

Observou-se que as relações entre os membros de uma família e entre estes e o processo de trabalho não visam apenas à manutenção da estrutura de produção de bens de consumo. O relato mostra que, diante das ocupações disponíveis, fica sempre implícita uma atitude cooperadora e até mesmo educativa. Nesse caso específico, essas atitudes retratam o desejo do pai de ter o filho em sua companhia e a preocupação com a formação de aspectos relativos ao caráter dele. Fica evidente que a simples presença do filho no cenário de ocupação do pai é suficiente para provocar nele reações de satisfação e segurança quanto à formação do filho.

Entra em jogo aqui, quando se fala em exposição ao risco, um componente pouco percebido pelos estudos neste campo, que é o sistema de valores dos sujeitos que orientam suas práticas. O reconhecimento da importância desse sistema permite que se compreenda a situação e evita a formulação de hipóteses explicativas unidirecionais para interpretar os fatores de risco da doença.

Essa agregação familiar imposta pelo trabalho mostra-se importante quando se pensa nas situações de risco da esquistossomose. Mas é preciso lembrar-se, também, de que esse risco está associado ao fato de que os sujeitos conferem sentido ao trabalho. Assim, não se trata apenas de necessidades humanas e demandas por subsistência. Para alguns, o trabalho coletivo constitui-se em uma resposta original para o problema de sobrevivência e existência nas condições reais em que se vive na localidade. É assim que, nesse contexto, não se pode deixar de referenciar o trabalho coletivo como uma experiência subjetiva.

Os indivíduos incorporam um sistema de disposições que não necessariamente os conduzem a ações de modo mecânico. Há modos de pensar, ver e agir que são condicionados pela estrutura social e pelo pertencimento a uma classe social; porém, são esses mesmos modos que, articulados, compondo uma maneira de ser, podem ser recriados pelos sujeitos, configurando-se como estratégias de existência individuais e coletivas voltadas para determinado contexto.¹⁶

Reforça-se a divisão social do trabalho, há atividades que pertencem aos homens que são diferentes daquelas que são das mulheres. O fato de as mulheres estarem voltadas para o trabalho doméstico, que é realizado dentro das casas, pode explicar o pouco desprendimento delas para deslocarem-se de casa em busca de novos espaços de realização. Assim, como uma resposta a uma demanda por sobrevivência, as mulheres assumem um papel complementar e não central na renda familiar. É aplicada às mulheres a idéia de uma privação, de uma falta de algo, de uma virtude, circunstância que parece ser fácil e naturalmente incorporada por homens e mulheres, sem necessitar até mesmo de intenções justificadoras.

Esse modelo de família no qual a produção é atribuição do homem e a casa ocupação da mulher nem sempre foi identificado entre as famílias estudadas. Embora em muito menor grau, observa-se que esse modelo é contraditório em alguns momentos e o que parece importar, nesses casos, são as qualidades ligadas à personalidade dos indivíduos, e não somente os papéis sociais que eles devem desempenhar. Nesse caso específico, o padrão tradicional sofre variação. Há mudança no papel convencionalmente atribuído a determinado ator social. Isso pode ser impulsionado por uma diversificação de competências exigida pelo mundo do trabalho, em resposta, portanto, à necessidade de sobrevivência.

Bordieu¹⁶ assinala que os indivíduos possuem uma matriz de pensamento por meio da qual lêem e interpretam suas experiências repetidas e acumuladas com o tempo. É assim que a sociedade, com suas normas e valores, perpetua-se de geração em geração. Todavia, é também Bordieu que, com base na noção de *habitus*, anuncia que os indivíduos não só reproduzem representações e práticas, mas (re)elaboram-nas, o que vem definir o caráter não só instituído das disposições para pensar e agir dos indivíduos, mas seu caráter simultaneamente instituinte. O instituído e o instituinte representam forças distintas em luta constante na sociedade. Por um lado, o instituído consiste nas normas e valores estabelecidos; por outro, o instituinte, a contestação e a inovação é que possibilitam o movimento e também o estabelecimento de novos valores.

Mas importante assinalar que no estudo, mesmo nos casos em que o modelo se contradiz, às mulheres é imposta uma sobrecarga de atividades, e ao trabalho fora de casa soma-se aquele de dentro dos domicílios. Para a maioria dos familiares, a mulher por estar de prontidão no seu domicílio, reúne mais condições para realizar o trabalho doméstico e as atividades próximas

a ele, incluindo aquelas relacionadas à agricultura própria, de subsistência. Nesse contexto, as práticas desenvolvidas pelos sujeitos ao longo do tempo e assumidas de maneira muitas vezes inconsciente define a natureza da situação e o grau de autonomia diante dela. Importante pensar aqui na complexidade de que se reveste a questão da exposição ao risco de contágio da esquistossomose, bem como da adoção de atitudes preventivas.

Nesse conjunto de trabalhos, as próprias mulheres julgam as atividades que executam em casa como enfadonhas, repetitivas e sem fim. Essa regra torna-se uma exceção quando a atividade consiste em lavar roupas e vasilhas nos córregos. Para as mulheres, trata-se de um momento de convívio entre elas. Nesses espaços, as mulheres criam oportunidades e sentem-se com coragem de falar dos problemas familiares em grupo, acompanham o que acontece com os filhos em suas diferentes fases, informam-se sobre outros assuntos. Pode-se pensar que em um lugar onde os espaços de lazer são limitados, e principalmente no caso das mulheres em menor número do que os dos homens, estas criam novas formas de sociabilidade e de convívio social, nas quais os laços entre os membros de uma família e da comunidade podem ser estreitados. Parece ter menor importância o fato de que o córrego seja potencialmente contaminado por cercárias e, portanto, ao permanecerem por maior tempo em contato com a água, o risco de infecção aumenta.⁹

Quando falam das suas preferências, as mulheres relatam apreciar mais o trabalho na roça do que o de casa. Segundo elas, no primeiro pode-se ver o produto, o resultado, situação que traz uma satisfação imediata, uma vez que leva as pessoas nela envolvidas a se sentirem profundamente renovadas. Ao lado disso, as mulheres dizem apreciar os itinerários para o campo, ou seja, o deslocamento físico por ambientes naturais, o contato com a natureza, com a chuva, com o ar puro, com a paisagem da roça, que lhes permite sair de uma condição de confinamento para ganhar um espaço livre e aberto.

É notório para essas mulheres que o “fazer na roça” permite que trabalho e entretenimento sejam conciliados. Na verdade, o “fazer na roça” aqui opera como um catalisador de energia, revigorando as pessoas emocionalmente.

Entretanto, embora na quase sua totalidade as mulheres tenham expressado um sentimento muito positivo de afeição com o trabalho na roça em comparação com o da casa, até mesmo elegendo-o como o trabalho com o qual se identificam, verbalizam opiniões que revelam o consentimento com uma divisão do trabalho que, em momento algum, vem ao encontro dos desejos e sentimentos delas. Nesse contexto, muitas vezes, elas pensam dessa maneira e acreditam que lhes foi dado um tipo de “dom”. Elas internalizam o “discurso das virtudes”, isto é, das qualidades próprias femininas para que se produza, num determinado espaço de tempo e lugar, uma grande diversidade de ações que são vitais para o desenrolar normal do cotidiano.

É importante lembrar à luz de Bordieu,¹⁷ que a internalização do “discurso das virtudes” cumpre uma função ideológica, uma vez que perpetua a divisão entre o masculino e o feminino, que continua a se organizar, respectivamente, entre o exterior e o interior, ou seja, entre o trabalho e a casa. Assim, observa-se que nesse dilema entre o ditado e o desejado a aprendizagem pode ser a da resignação e do silêncio. De acordo com o autor,¹⁷ no momento em que esse princípio se institui completamente na objetividade das estruturas sociais e na subjetividade das estruturas mentais, organizando as percepções, os pensamentos e as ações, o sistema de organização do trabalho passa a funcionar como uma representação auto-realizadora e auto-reguladora.

Dessa forma, as mulheres vêem atribuir-lhes todos os trabalhos domésticos, isto é, os trabalhos privados, escondidos, repetitivos, monótonos, penosos e humildes. A elas são destinadas as preocupações banais relativas à gestão doméstica no cotidiano. Como o trabalho dos homens está situado no lado exterior, do oficial, do público, do visível, eles se arrogam todos os atos pesados, às vezes perigosos, espetaculares, tais como a lavragem ou a colheita, que tem o poder de marcar rupturas no curso comum da vida deles, e, também, os negócios financeiros que têm lugar em outras localidades.

Em relação ao trabalho das crianças e jovens, o início do ofício da agricultura se dá em torno dos 12 anos. Começam acompanhando os pais nas idas à roça, desde os 8 anos, para olhar o trabalho e brincar com eles. Na opinião dos pais, é a partir dessa idade que os filhos adquirem capacidade para suas aprendizagens no que diz respeito às atividades no campo. Já as atribuições domésticas, segundo as mães, suas filhas só adquirem competência para fazê-las em torno dos 10 anos de idade. Quando pequenas, as crianças são levadas pelas mães e brincam nos córregos durante a realização das atividades domésticas.

O lazer é uma dimensão da existência humana que faz parte do cotidiano da maior parte dos familiares moradores de Virgem das Graças. Observa-se, entretanto, que os lugares para lazer da localidade configuram-se, na visão dos entrevistados, como espaços predominantemente masculinos. Os homens têm ampla permissão de transitar por todos os espaços. Podem nadar, pescar ou caçar, por isso mesmo estão com frequência expostos ao contato com água, aumentando, conseqüentemente, as chances de contrair esquistossomose.

No que se refere ao lazer das mulheres, não se pode dizer que são inexistentes. O que ocorre é que as mulheres são condenadas a espaços separados, pois a censura é implacável em todas as formas de expressão pública, verbal e corporal. As mulheres, então, buscam outras formas de divertimento, como ir à casa de amigas e parentes, à noite e aos domingos, para conversar. Muito raramente, elas vão à cachoeira nadar. Interessante notar que, conforme o relato das participantes, nos “banhos de cachoeira” só entram as mulheres acompanhadas.

E, quando o fazem, é com roupa, já que o corpo não deve ser exposto por inteiro. A vida como espaço de sociabilidade na conformação desse grupo de familiares expressa um conjunto de relações de poder que traduz, em última instância, determinado sistema de valores.

Se para as mulheres a prioridade é o trabalho, ou melhor, a sua vida é o trabalho e a ele se restringe, para as crianças, por causa do calor intenso da região e da falta de maiores opções de lazer, brincadeiras e brinquedos, o tempo que passam no córrego é essencial, principalmente os menores, que estão localizados próximos a casa. As atividades de lazer são geralmente realizadas em grupo, como jogar futebol, pular corda, brincar na água, banhar-se, dentre outros. Brincam enquanto as mães trabalham lavando roupa ou vasilha.

Importante assinalar, nesse contexto, que todas as atividades descritas, práticas, atitudes e postura das pessoas no cotidiano podem ser movidas pelos sentimentos que se têm com relação ao lugar. Quando questionados sobre o que sentem sobre o lugar, os entrevistados falaram sobre seus gostos e tensões.

A principal tensão vivida pelos familiares é a escassez de emprego e, em consequência, de recursos monetários para a sobrevivência. Não há emprego de remuneração fixa. Decorre daí um sentimento de desalento adiante da falta de perspectiva do lugar, além da ausência de um trabalho que traga benefícios que assegurem alguma qualidade de vida. Trata-se de um quadro real, do qual os familiares só conseguem se desvencilhar migrando para outras localidades em busca de novas possibilidades de obtenção de renda. Esse fato traz como consequência maior contato dos homens com águas contaminadas distante dos domicílios.¹⁰

Se, por um lado, os moradores de Virgem das Graças apontam motivos de tensão ligados ao viver em uma comunidade rural, por outro, várias são as razões para eles exprimirem afeição pelo lugar. Assim, todas as pessoas entrevistadas expressaram sentimentos positivos com relação ao lugar. Apesar das dificuldades e incertezas quanto ao futuro deles, expuseram que têm boas relações com a vizinhança – relações de confiança e apreço; possuem um modo de viver muito simples; não precisam conviver com a violência, já que o lugar é muito tranquilo; e há intenso contato com a natureza; dentre outras razões.

Além dessa qualidade apontada – a ausência de violência – há outras indicadas que caracterizam o lugar positivamente e, até mesmo, de forma idealizada. Nesse contexto, as expressões mais freqüentemente utilizadas são: *Bom para as crianças; Bom para nadar; Bastante amigável; Prazeroso; Sem violência; Não dá medo; Gosto da roça e do trabalho em casa; Tem lugares bonitos para conhecer; A roça é um paraíso.*

Se, por um lado, a esse cenário repleto de imagens positivas contrapõem-se os acontecimentos ligados à falta de recursos para sobrevivência, por outro, sobressai como positivo a presença no lugarejo de uma rede de amigos. Parece importar menos aqui a condição social e

econômica dos moradores e mais o seu pertencimento afetivo à comunidade. Para Ferrara,¹⁸ gostar da cidade não necessariamente relaciona-se com o fato de ela ser bonita ou feia, boa ou ruim, pobre ou rica, mas, sim, por ser nela que se vivem relações de proximidade com os moradores do lugar. Mais precisamente, o que autor¹⁸ afirma é que o importante é que os moradores do lugar existem para os outros indivíduos e em relação a eles.

Nesse sentido, observa-se que entre os indivíduos que pertencem a um grupo social existem aspectos relacionados à organização do trabalho que são comuns, sendo condicionadas pelas relações objetivas dos indivíduos entre si e com os seus meios. Porém, diferentes grupos sociais interiorizam sua situação objetiva distintamente. Assim, há atividades que pertencem a determinados indivíduos ou são próprios de famílias específicas e que demonstram que nos grupos sociais e na sociedade há a construção de dispositivos produtores de subjetividade e de novos modos de singularização.

Todo esse processo vincula-se à noção de *habitus*, segundo a qual há entre os sujeitos um conjunto de disposições duráveis e transponíveis que se constituem em matriz de percepções, apreciações e de ação, formados com base nos modos de viver e de pensar daquela classe social. Incluem-se aqui os traços constituintes e constituidores do *habitus* familiar.¹⁶

Assumir isso como verdade implica reconhecer como importantes, quando dos estudos e propostas de intervenção, não apenas a realidade, mas a maneira como esta vem adquirir novas configurações no imaginário dos sujeitos. Assim, o fato de os sujeitos gostarem da cidade pode lhes favorecer a apropriação do seu lugar e a consequente adoção de posturas e atitudes mais autônomas diante dos problemas ligados ao ambiente e à saúde individual e coletiva do agrupamento social em questão.

Os sentimentos gerados pelo lugar podem, certamente, definir representações e práticas nos moradores no cotidiano deles. Determinadas atitudes e posturas podem ser impulsionadas ou não pelos sentimentos dos moradores com relação ao lugar onde vivem. Assim, a afeição com o lugar pode favorecer atitudes de recusa e negação do que há ali de anômalo, como as doenças cujas situações de risco se encontram nas condições ambientais do lugar.^{15,19} Maffesoli²⁰ diz que o homem sente afeição pelo território onde partilha com outros e ali constrói sua história, fazendo com que a história do lugar se torne sua história pessoal, por isso a tendência é ressaltar aquilo que se tem de positivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, fica patente que as práticas do cotidiano do grupo de moradores de Virgem das Graças estão intimamente relacionadas ao modo como os membros de uma família obtêm e estruturam as condições e os recursos ligados à sobrevivência deles

nesse contexto específico. O conjunto formado pelas necessidades de subsistência e condições locais, o modo como estão dispostas as fontes de recursos, a forma como se organiza o trabalho, as tendências e inclinações e as representações sociais definem práticas que são executadas pelos membros de uma família.

Ao compreender o cotidiano de moradores de área endêmica para esquistossomose em zona rural, observa-se que as condições de risco a que estão submetidos são determinadas por fatores econômicos, culturais e sociais que atuam na estrutura do espaço, ou seja, na oposição entre casa e campo, na organização do tempo, na relação homem-ambiente, nas relações sociais que ocorrem no espaço micro do contexto familiar e na oposição entre masculino e feminino.

Fica implícito que não são apenas as questões objetivas que determinam as práticas de contato com água realizadas pelos indivíduos e pela família. Existem outras, ligadas à dimensão infra-estrutural e, indubitavelmente, ao peso delas no tipo de prática que é desenvolvida. Como há, também, aquelas ligadas à subjetividade tanto dos indivíduos como da família, que nos permitem apontar uma unidade familiar, uma funcional e uma subjetiva.

Percebe-se que as representações sociais acumulam-se ao longo do tempo, originando a memória coletiva, que vai sendo reproduzida de geração em geração, reforçando as questões de gênero nessas relações. A menção aqui é ao *habitus* familiar, que é introjetado pelos indivíduos e perpetuada pela família, de pai para filho. Assim, cada indivíduo, em razão das condições objetivas que caracterizam sua posição na estrutura social, constitui um sistema específico de disposições para a ação que é transmitida na família na forma de *habitus*.

Assumir isso implica negar ao indivíduo uma autonomia absoluta na produção de suas representações e práticas. Desse modo, ao investigar as formas como os indivíduos lidam, no cotidiano, com aspectos dos seus ambientes imediatos e com a sua sobrevivência e existência, constata-se a necessidade de estudar as dinâmicas internas de uma família, buscando entender o grau e o modo como os recursos disponíveis (o *habitus*) são ou não apreendidos pelos familiares.

Os indivíduos não pensam sobre as atividades deles e as executam de modo simplesmente idiossincrático. Eles vão vivenciando experiências e construindo uma visão positiva ou negativa a respeito delas. É como se eles, de modo não consciente, fossem selecionando as

experiências em razão do resultado delas. Desse modo, as ações que resultam em características adaptativas – em analogia com o processo biológico evolutivo – são selecionadas e transmitidas de geração em geração, como uma espécie de memória coletiva.

Pode-se, dessa maneira, concluir, com base neste estudo, que as práticas do cotidiano ligadas ao espaço, gênero e relações microssociais são condicionadas pela estrutura social que desvela nos indivíduos uma propensão a pensar e a agir de determinada forma, mas, ao mesmo tempo, é essa a propensão construtora de novas práticas e representações.

Mais especificamente, conclui-se, e este estudo é importante por demonstrá-lo, que a “doença” está presente nos diversos lugares dos moradores: os lugares do prazer, do trabalho, do imaginário, dos sonhos, os não-lugares, os lugares proibidos e censurados; no que cada um pode fazer naquele momento; nas atividades que são intrinsecamente dos homens e as das mulheres; nas diferentes relações, no modo como os homens organizam o trabalho, como o dividem com as mulheres e demais familiares; na natureza de relação que estabelecem.

Deve-se ressaltar que, mesmo moradores de uma região endêmica, as necessidades prementes do cotidiano nem sempre estão relacionadas com os parasitos presentes no ambiente. Nota-se que as preocupações são mais de cunho familiar, de sobrevivência e em relação às parasitoses se dá muitas vezes em relação aos sintomas que elas produzem. A relação com a água pode, muitas vezes, ser um fator agregador para as relações sociais que as pessoas mantêm entre si, o que deixa a questão da contaminação para um segundo plano. Reafirma-se, portanto, que a preocupação com a doença é geralmente dos profissionais, e não dos sujeitos que habitam esses espaços, por isso torna-se necessário repensar formas educativas para sensibilizá-los para a mudança de atitudes que facilitem a prevenção das doenças.

Conclui-se que, para formular um programa educativo e de controle da esquistossomose ou de outras endemias, deve-se buscar compreender as representações e as práticas dos sujeitos, quais os seus pontos de inflexão e que tipos de resistência podem ser ali encontrados. Seria muito reducionista pensar, ao se debruçar sobre o cotidiano dos familiares residentes em Virgem das Graças, que a doença e as possibilidades de contraí-la estariam apenas relacionadas com as atividades que se ligam de maneira mais estreita com os modos de transmissão da doença.

REFERÊNCIAS

1. Cairncross S, Blumenthal U, Kolsky P, Moraes L, Tayed A. The public and the domestic domains in the transmission of disease. *Trop Med Int Health*. 1996; 1:27-34.
2. Watts S, Khallaayoune R, Bensefia R, Laamranf H, Gryseels B. The study of human behavior and schistosomiasis transmission in an irrigated area in Morocco. *Soc Sci Med*. 1998; 46(6):755-65.
3. Bethony J, Williams JT, Brooker S, Gazzinelli A, Gazzinelli MF, LoVerde P, Correa Oliveira R, Kloos H. Exposure to *Schistosoma mansoni* infection in a rural area in Brazil. Part III: household aggregation of water contact behavior. *Trop Med Int Health*. 2004; 9(3):381-9.

4. Czeresnia D, Ribeiro AM. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. 2000; 16(3):595-617.
5. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRMC. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Publica*. 2006; 22(60):1335-42.
6. El Katsha S, Watts S. *Gender, behavior and health*. Cairo, Egypt: American University in Cairo Press; 2002.
7. El Katsha S, Watts S. Schistosomiasis in two Nile delta villages: an anthropological perspective. *Trop Med Int Health*. 1997; 2:846-54.
8. Berman P, Kendall C, Bhattacharyya K. The household production of health: integrating social science perspectives on micro-level health determinants. *Soc Sci Med*. 1994; 38:205-15.
9. Gazzinelli A, Bethony J, Alves Fraga L, LoVerde P, Correa-Oliveira R, Kloos H. Exposure to *Schistosoma mansoni* infection in a rural area of Brazil: Part 1: water contact. *Trop Med Int Health*. 2001; 6:126-35.
10. Kloos H, Rodrigues JC, Pereira WR, Velásquez-Meléndez G, Loverde P, Oliveira RC, Gazzinelli A. Combined methods for the study of water contact behavior in a rural schistosomiasis-endemic area in Brazil. *Acta Trop*. 2006; 97(1):31-41.
11. Sama MT, Oyono E, Ratard RC High risk behaviours and schistosomiasis infection in Kumba, South-West Province, Cameroon. *Int J Environ Res Public Health*. 2007; 4(2):101-5.
12. Anguzu J, Oryema-Lalobo M, Nuwaha F. Community perception of intestinal schistosomiasis in Busia district of Uganda. *East Afr Med J*. 2007; 84(2):56-66.
13. Corbin J, Strauss A *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. New York: Sage; 1990.
14. Gazzinelli A, Gazzinelli MF, Cadete MMM, Pena Filho S, Sá I, Kloos H. Sociocultural aspects of schistosomiasis mansoni in na endemic área in Minas Gerais, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(4):841-9.
15. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Santos RV, Gonçalves LA. A interdição da doença: uma construção cultural da esquistossomose em área endêmica, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(6):1629-38.
16. Bourdieu, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.
17. Bourdieu P. A dominação masculina. *Educ Realidade*. 1995; 20:133-84.
18. Ferrara LC. As cidades ilegíveis, percepção ambiental e cidadania. In: Del-Rio V, Oliveira L, organizadores. *Percepção ambiental: a experiência brasileira*. São Paulo: Studio Nobel; 1996.
19. Penna CMM. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores em um distrito brasileiro. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(1):80-8.
20. Maffesoli M. *O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa*. Rio de Janeiro (RJ): Forense-Universitária; 1987.

Data de submissão: 31/3/2008

Data de aprovação: 27/5/2008

AUTOPERCEÇÃO DE ESTRESSE EM EQUIPE DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTENSIVA

SELF-PERCEPTION OF STRESS IN AN INTENSIVE THERAPY NURSING TEAM

AUTOPERCEPCIÓN DE ESTRÉS EN EQUIPOS DE ENFERMERÍA DE TERAPIA INTENSIVA

Isbelle Arruda Barbosa¹
Maria Aparecida Vieira²
Maria de Lourdes Carvalho Bonfim³
Antônio Prates Caldeira⁴

RESUMO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório e descritivo, cujo objetivo foi identificar a autopercepção de manifestações de estresse na equipe de profissionais da enfermagem dos Centros de Terapia Intensiva de dois hospitais sediados em Montes Claros-MG, Brasil. O grupo avaliado constituiu-se de 47 trabalhadores. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário com abordagem sociodemográfica e a escala de *Likert* de cinco pontos para a caracterização do nível de percepção de estresse ocupacional no ambiente de trabalho. Os resultados evidenciaram que 31,9% dos participantes foram classificados como estressados. A única variável que se mostrou associada à maior percepção de estresse foi a sobrecarga de trabalho (OR=6,17; IC95%=1,27-32,10). Espera-se que esses resultados possam oferecer subsídios para tratar o fenômeno sob novos enfoques, na tentativa de eliminar ou reduzir os efeitos nocivos do estresse à saúde, gerados pelo trabalho em Centros de Terapia Intensiva (CTIs).

Palavras-chave: Estresse; Equipe de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

This was a descriptive, exploratory and cross-sectional study. The objective was to identify the self-perception of stress manifestations for workers of the nursing team of Intensive Care Units of two hospitals located in Montes Claros, State of Minas Gerais, Brazil. The group evaluated had 47 workers. Data was collected with a questionnaire with a social and demographic approach, and the Likert five point scale to describe the level of perception of occupational stress in the work environment. The results showed that 31.9% of the workers were classified as stressed. The only variable associated with a higher perception of stress was work overload (OR=6.17; CI95%=1.27-32.10). It is hoped that these results offer subsidies to treat the phenomenon through new approaches, eliminating or reducing the harmful effect of stress in Intensive Care Units.

Key words: Stress; Nursing Team; Intensive Care Unit.

RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo transversal cuyo objetivo fue identificar la autopercepción de manifestaciones de estrés en el equipo de profesionales de enfermería de las unidades de terapia intensiva de los hospitales de Montes Claros Minas Gerais. Fue evaluado un grupo de 47 trabajadores. Los datos se recogieron realizando una encuesta sociodemográfica; con la escala de *Likert* de cinco puntos se midió el nivel de percepción de estrés ocupacional en el ambiente laboral. Los resultados evidenciaron que un 31,9% de los participantes fue clasificado como estresado. El único factor que demostró estar asociado a una mayor percepción del estrés fue la sobrecarga del trabajo (OR=6,17; IC95%=1,27-32,10). Esperamos que estos resultados ayuden a tratar el fenómeno desde otros enfoques, con miras a eliminar o reducir los efectos perjudiciales del estrés en la salud provocados por el trabajo en unidades de terapia intensiva.

Palabras clave: Estrés; Equipos de Enfermería; Unidades de Terapia Intensiva.

¹ Enfermeira. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)-MG. Minas Gerais, Brasil.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UNIMONTES-MG. Minas Gerais, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Odontologia da UNIMONTES-MG. Minas Gerais, Brasil.

⁴ Médico. Professor Doutor do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança da UNIMONTES-MG. Minas Gerais, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Jasmim, 127, bairro Sagrada Família. CEP 39.401-028. Montes Claros-MG, Brasil (38) 3213.2145.

Email: di.vieira@ig.com.br

INTRODUÇÃO

A exposição acentuada a agentes estressores pode resultar em uma intolerância orgânica, causando sofrimento físico e psíquico ao indivíduo, cuja intensidade varia segundo a vulnerabilidade orgânica de cada um.^{1,2} Alguns profissionais da área da saúde convivem diariamente com situações e ambientes considerados fontes de pressão desencadeadora de estresse, tanto por questões ergonômicas quanto por questões psicológicas. Esse fato pode acarretar um desgaste excessivo do organismo, interferindo, assim, na produtividade e nas relações de trabalho.

Particularmente em relação ao ambiente hospitalar, saliente-se que, além dos riscos de ordem física, química, biológica, ergonômica, mecânica e psicológica, a peculiaridade de exposição e confronto do profissional de saúde com o sofrimento alheio, com a dor e com a morte do outro são outros fatores de sofrimento no trabalho.³ Alguns autores ponderam, ainda, que a maioria das instituições de saúde possui estrutura rígida, autoritária e imutável, dificultando a adaptação do funcionário ao ambiente de trabalho e propiciando o surgimento de ambientes estressantes. Em virtude dessas situações, os executores do trabalho acabam por buscando meios de compensar os sofrimentos gerados, tornando-se trabalhadores resistentes e pouco sensíveis ao sofrimento do outro.⁴

Nesse contexto, a equipe de enfermagem está quase sempre exposta a condições estressantes, principalmente em razão da grande carga emocional decorrente da relação profissional-paciente, da escassa equipe, dos turnos prolongados, das exigências físicas e da ambigüidade de papéis. Diversos estudos têm demonstrado que o trabalho da enfermagem, principalmente no âmbito hospitalar, é um dos mais estressantes para as pessoas que o desempenham.^{5,6}

É digno de nota também o fato de que profissionais de enfermagem em ambientes fechados, como Centros de Terapia Intensiva (CTIs), estão sujeitos a um esgotamento físico e emocional muito grande. Considera-se que, além da necessidade de restringir o contato pessoal dessas unidades de trabalho, os profissionais devem ser ágeis e hábeis para trabalhar com situações de urgência e emergência, risco de vida, precariedade de recursos materiais, além de conhecer sobre tecnologias avançadas – o que exige permanente atualização.¹ Ainda em relação ao CTI, o aparato tecnológico muitas vezes pode fazer com que a enfermagem se esqueça de visualizar, na essência, o ser humano que se encontra à sua frente.⁷

Na tentativa de compreender melhor a realidade de tais profissionais e detectar como eles reagem ao ambiente e às relações de trabalho, é importante investigar a saúde mental dessa equipe. O estudo da manifestação do estresse ocupacional na enfermagem pode ajudar a compreender e a elucidar alguns dos problemas enfrentados pela equipe, como a insatisfação profissional, a produção incipiente no trabalho, os

acidentes que nele ocorrem, o absenteísmo e algumas doenças ocupacionais.⁸ O estresse ocupacional dos profissionais da enfermagem é um fator importante a ser mais bem compreendido, assim como outros que se interpõem na relação que a enfermagem estabelece com o trabalho, para que sejam implantadas medidas preventivas e intervenções eficazes e adequadas na promoção da saúde desses profissionais.^{5,9,10}

Com base nos pressupostos apresentados, neste estudo teve-se como objetivo identificar a prevalência de autopercepção de estresse entre os membros de equipes de enfermagem de dois CTIs de adultos, buscando detectar possíveis variáveis associadas a essa percepção.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado em Montes Claros, norte do Estado de Minas Gerais. Embora geograficamente inserida na Região Sudeste, trata-se de uma região com indicadores mais próximos da Região Nordeste do País. A cidade possui, atualmente, cerca de 340 mil habitantes e representa o principal pólo urbano regional. No campo da assistência hospitalar, conta com três grandes hospitais para prestar assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, realizou-se esta pesquisa de cunho exploratório, descritivo, mediante um estudo transversal e abordagem quantitativa. Os campos de estudo foram dois Centros de Terapia Intensiva para adultos, existentes em dois hospitais da cidade. Ambos os hospitais são instituições filantrópicas e contam com mais de 200 leitos, cada um, destinados aos usuários do SUS. Cada CTI citado possui 10 leitos com ocupação plena na maior parte do tempo.

A população estudada foi constituída pelas duas equipes de enfermagem dos CTIs de adultos dos referidos hospitais a saber: 7 enfermeiros, 13 técnicos de enfermagem e 27 auxiliares de enfermagem.

Empregou-se como instrumento norteador para a obtenção dos dados deste estudo um questionário estruturado com dados sociodemográficos (cujas variáveis permitiram traçar o perfil dos participantes) e uma parte destinada a avaliar a percepção de manifestações de estresse pelos participantes em cada uma das funções ou situações apresentadas. Esse questionário foi elaborado por meio de instrumento⁵ previamente testado e os itens avaliados foram apresentados sob forma de escala de *Likert*, que permite medir o grau de intensidade de cada item avaliado.¹¹

Para classificar os membros da equipe de enfermagem como estressados, tomou-se o último quartil da distribuição de pontos na escala de respostas de autopercepção. Inicialmente, calculou-se a distribuição de quartis de todo o grupo de variáveis dependentes e, em seguida, repetiu-se o cálculo para cada uma dessas variáveis. Desse modo, foi possível identificar quantos e quais eram os profissionais que mais referiam

manifestações de estresse, bem como as principais atividades associadas a tais manifestações, segundo a percepção dos respondentes.

Antes da coleta de dados, um pré-teste foi realizado para verificar a adequação do instrumento de coleta de dados. Para isso, foi escolhido um grupo com as mesmas características da população incluída na pesquisa (CTI adulto de instituição privada), com o objetivo revisar e direcionar aspectos da investigação, avaliando a operacionalidade e a aplicabilidade do questionário.

A utilização do coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = 0,933$) apontou um acréscimo de confiabilidade para $\alpha = 0,934$ caso fosse retirada a variável "Atitude de seu cônjuge com respeito a sua carreira profissional". Isso significa que a variável em questão não contribui para a confiabilidade do estudo, entretanto ela foi mantida, uma vez que o valor do coeficiente já era significativamente alto para assegurar a confiabilidade do questionário.

O levantamento dos dados da pesquisa ocorreu em novembro de 2006, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, por meio do Parecer Consubstanciado nº 425. Os profissionais que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados coletados foram digitados e analisados nos softwares Epi Info e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 12.0 para Windows.

RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada com 23 profissionais da área da enfermagem em um dos Centros de Terapia Intensiva e 24, no outro. Não houve recusa para participação no estudo. Assim, os dados apresentados referem-se às análises de 47 entrevistas. As principais características do grupo estudado são apresentadas na TAB. 1.

Verifica-se que o grupo, em sua maioria, é formado por profissionais jovens e com discreto predomínio do gênero feminino. Em relação à composição familiar, a maioria é casada ou vive em união estável (57,4%). Aproximadamente metade do grupo (46,8%) possui um tempo de atuação inferior a cinco anos, todavia, cerca de um terço do grupo relatava um tempo de atuação na área de enfermagem superior a 10 anos.

Destaca-se, com base na análise da TAB. 1, que importante parcela da equipe trabalha com carga horária excessiva, assumindo, em tais condições, atividades de enfermagem em outras instituições hospitalares. A entrevista com a equipe identificou que pelo menos 16 trabalhadores (34,1%) atuavam em outras unidades de saúde.

Em relação ao questionário para avaliação de fatores estressantes, foram incluídas 49 questões, das quais 10 eram exclusivas para os profissionais de nível superior – enfermeiros. As demais questões referiam-se ao relacionamento com a chefia, à capacidade de

enfrentar crises, à resistência a mudanças, à valorização pessoal, às dificuldades técnicas ou sobrecarga de trabalho, às relações pessoais no ambiente de trabalho, à remuneração, às questões familiares que podem interferir nas atividades de trabalho, à capacitação técnica pessoal, bem como dos colegas de trabalho. O QUADRO 1 apresenta, entre os itens investigados, os 10 mais destacados pelos entrevistados como fontes de estresse durante as atividades de trabalho.

Tabela 1 – Características das equipes de enfermagem de dois Centros de Terapia Intensiva – Montes Claros-MG, 2006

VARIÁVEL	(n)	(%)
Idade:		
20-29 anos	26	55,3
30-39 anos	13	27,7
≥ 40 anos	08	17,0
Gênero		
Masculino	22	46,8
Feminino	25	53,2
Estado civil		
Solteiro ou divorciado	20	42,6
Casado ou união estável	27	57,4
Filhos:		
Nenhum	16	34,1
1 ou 2 filhos	26	55,3
≥ 3 filhos	05	10,6
Categoria profissional		
Auxiliar	27	57,4
Técnico	13	27,7
Enfermeiro	07	14,9
Tempo de atuação		
≤ 5 anos	22	46,8
6 a 10 anos	12	25,5
≥ 11 anos	13	27,7
Turno de trabalho		
Diurno	25	53,2
Noturno	22	46,8
Carga horária semanal (todos os locais)		
< 40 horas	03	6,4
40-60 horas	31	65,9
> 60 horas	13	27,7

Fonte: Dados coletados, 2006.

QUADRO 1 – Relação das atividades referidas como desencadeadoras de manifestações de estresse nas equipes de enfermagem de CTI para adultos – Montes Claros-MG, 2006

ORDEM	ATIVIDADES
1º	Longas jornadas de trabalho
2º	Sobrecarga de trabalho
3º	Falta de comunicação dentro da empresa
4º	Remuneração insatisfatória
5º	Excesso de reuniões de trabalho
6º	Resistência às mudanças
7º	Sentir-se desvalorizado
8º	Conflito entre as exigências da empresa e obrigações familiares
9º	Realizar tarefa acima do nível de competência
10º	Negociar com os membros da equipe

Fonte: Dados coletados, 2006.

Com base no ponto de corte estabelecido neste estudo (quartil superior dos escores dos questionários), foram definidos como “estressados” 15 (31,9%) trabalhadores.

TABELA 2 – Autopercepção de estresse em equipes de enfermagem de CTI para adultos e fatores associados – Montes Claros-MG, 2006

Variáveis	Com Estresse	Sem Estresse	Valor do “p”	OR (IC95%)
Sexo				
Masculino	07	15		
Feminino	08	17	0,764	0,99 (0,24-4,02)
Estado civil				
Casado/União Estável	11	16		
Solteiro/Separado	04	16	0,233	2,75 (0,16-13,08)
Categoria profissional				
Nível superior	04	03		
Nível médio	11	29	0,188	3,52 (0,54-24,59)
Turno de trabalho				
Diurno	09	16		
Noturno	06	16	0,744	1,50 (0,37-6,25)
Carga horária				
≥ 60 horas/semanais	08	05		
< 60 horas/semanais	07	27	0,013	6,17 (1,27-32,10)
Idade				
> 30 anos	09	12		
≤ 29 anos	06	20	0,258	2,50 (0,60-10,66)
Tempo de atuação				
> 5 anos	10	15		
≤ 5 anos	05	17	0,340	2,27 (0,54-9,93)
Filhos				
Sim	11	20		
Não	04	12	0,689	1,65 (0,36-7,92)

Fonte: Dados coletados, 2006.

A única variável que se mostrou estatisticamente associada à percepção de manifestações de estresse foi o excesso de carga horária semanal, com uma chance seis vezes maior para os membros da equipe com carga horária semanal superior a 60 horas perceberem manifestações de estresse (OR=6,17; IC95%=1,27-32,10).

DISCUSSÃO

Neste estudo buscou-se ampliar a compreensão do processo de trabalho das equipes de enfermagem que atuam em dois CTIs para adultos de hospitais de Montes Claros-MG, com enfoque nas fontes de estresse que freqüentemente se associam com a atividade. Apesar do mérito de representar um estudo pioneiro na região, algumas limitações devem ser consideradas no processo de análise de seus resultados. A população estudada constituiu-se de uma amostra de conveniência,

mas, ainda que representasse o total de indivíduos das unidades estudadas, o contingente avaliado é pequeno e pode comprometer inferências futuras. Outro aspecto a ser considerado é que o instrumento de coleta de dados fundamentou-se em uma análise de autopercepção de estresse por parte dos membros da equipe, sem considerar manifestações explícitas do quadro clínico de estresse. Apesar dessas limitações, os resultados deste estudo são compatíveis com dados já consolidados pela literatura e possibilitam as considerações que se seguem.

O ambiente hospitalar, por si só, gera estresse nos mais diferentes níveis.³ A organização do trabalho hospitalar, as características próprias de um ambiente que lida com a dor, com o sofrimento e com a morte exigem dos profissionais da saúde permanente controle de suas emoções e sentimentos. Além dessas características, os múltiplos níveis de autoridade, a heterogeneidade de pessoal e a interdependência de atividades podem propiciar o surgimento de conflitos e desencadear manifestações de estresse.

Lunardi Filho e Leopardi¹² enfatizaram que no ambiente hospitalar, dada a divisão do trabalho, ocorre também a divisão de suas condições, dos instrumentais e ferramentas e, conseqüentemente, a fragmentação no campo da sociabilidade, que se manifesta na distribuição de autoridade para o exercício hierárquico do poder diante das diferentes categorias profissionais. Nesse contexto, o profissional de enfermagem é, seguramente, a principal vítima das condições e dos agentes estressores. Destaca-se que o seu objeto de trabalho fundamenta-se em uma relação interpessoal intensa, estando a eficácia dele diretamente associada ao bom relacionamento entre as pessoas envolvidas no cuidado.¹³

A prevalência de autopercepção de manifestações de estresse em atividades habituais encontrada neste estudo (31,9%) é significativa e preocupante. Embora Lautert et al.⁶ tenham encontrado prevalência maior em seus estudos, saliente-se que o ponto de corte para os escores das respostas foi baseado na mediana, e não no quartil superior, como nesta investigação. É natural supor que, com cerca de um terço da equipe referindo situações que lhe geram ansiedade, a qualidade do trabalho de todo o grupo esteja comprometida.

Bianchi¹⁴ afirma que os trabalhadores de enfermagem estão continuamente aprisionados a uma ambigüidade de papéis que, de forma direta ou indireta, contribui para uma maior exposição às experiências de estresse no trabalho. São definidos cinco grandes grupos de fonte de pressão, percebidos no exercício profissional de funcionários, que denotam a amplitude das ações do corpo de enfermagem. Nesses grupos surgem desde os conflitos com o setor administrativo, incluindo aí a sobrecarga de trabalho, as dificuldades de relacionamento entre equipe médica e de enfermagem, a exposição a ambientes de riscos, a interação próxima com o sofrimento do paciente e os conflitos entre a vida pessoal e a organização de trabalho.

Neste estudo encontrou-se apenas uma variável associada às manifestações de estresse: a sobrecarga de trabalho (OR=6,17; IC95%=1,27-32,10). No estudo de Lautert et al.,⁶ que avaliou especificamente o estresse na atividade gerencial da equipe de enfermagem, a sobrecarga de trabalho também foi a variável que determinou maior estimativa de risco de estresse.

Destaca-se, nesta investigação, que a sobrecarga de trabalho apontada pelos entrevistados é, de fato, comprometedora da qualidade da assistência e das condições de estabilidade clínica do trabalhador. Não foi possível apontar, com base neste estudo, se a sobrecarga de trabalho referida pelos profissionais representa uma opção do trabalhador, tomando como parâmetro a necessidade de composição de uma renda familiar melhor, ou uma exigência das instituições, dada a carência de profissionais especializados para atuar em unidades de cuidados intensivos. A inserção em mais de uma jornada de trabalho já foi apontada pela literatura como um fator desencadeador de estresse para a equipe de enfermagem.⁸

No ambiente hospitalar, de acordo com Martino e Misko,¹⁵ vive-se uma realidade de trabalho cansativo e com muito desgaste em razão da convivência com a dor e com o sofrimento dos clientes. A crise existencial no trabalho de enfermagem, que faz com que seus profissionais experimentem insatisfação, ansiedade, desestímulo e acomodação por não visualizarem, no futuro, uma perspectiva de avanço, pode interferir no estado psicológico do sujeito. Pode-se afirmar que os trabalhadores do CTI com tempo de trabalho abaixo de 5 anos e acima de 10 anos parecem sofrer mais as influências do estresse no trabalho. Neste estudo não se identificou o tempo de atuação profissional como uma variável associada a manifestações de estresse, uma vez que não se investigou especificamente o tempo de atuação em terapia intensiva, e sim o tempo de atuação profissional na área da enfermagem.

Para Vila e Rossi,¹⁶ a equipe de enfermagem, provavelmente, está exposta a maior nível de estresse do que qualquer outra do hospital, uma vez que deve lidar não somente com a assistência a seus pacientes e familiares, mas também com suas próprias emoções e conflitos. O CTI representa, na estrutura hospitalar, talvez a maior unidade geradora de estresse, sendo as principais manifestações a fadiga física e emocional, a tensão e a ansiedade. Entre as fontes que produzem alto poder estressante, consideram-se o ambiente de crise, o risco contínuo para os pacientes ali internados, a sobrecarga de trabalho e a falta de reconhecimento dos profissionais. Lira¹⁷ corrobora essa afirmação ao dizer que o trabalho no CTI é estressante e gera fadiga pelo seu ritmo excessivo, por lidar com a vida e com a morte continuamente, por questões éticas nas quais cabem decisões freqüentes e difíceis pelo ambiente fechado, pelo alto grau de exigência dos demais profissionais de saúde, dos próprios pacientes e de seus familiares. Araújo⁷ acrescenta que o aparato tecnológico dominante nesse setor, muitas vezes, faz com que a equipe de enfermagem se esqueça de visualizar, na essência, o ser humano que se encontra diante dele.

O ambiente fechado do CTI é uma característica que merece destaque, uma vez que a equipe fica limitada ao relacionamento cotidiano, o que exige preparo psicológico e afinidade com o tipo de trabalho realizado. Dessa forma, sua equipe deve ser especializada, treinada, apta a atender os clientes e manejar os equipamentos com segurança e destreza. Entre os profissionais da equipe de enfermagem, os escolhidos para trabalhar no CTI são aqueles com maior experiência, preparo e, principalmente, que demonstram interesse pelas finalidades e objetivos do setor – que possuem iniciativa e responsabilidade, além de habilidade e agilidade no cuidado ao cliente, uma vez que o local possui equipamentos com tecnologia avançada, necessários a um bom atendimento. Tais competências foram também associadas a situações geradoras de estresse para o grupo estudado (QUADRO 1).

Segundo Pita,¹⁸ em situações de estresse, independentemente do fato gerador, os profissionais valem-se de mecanismos de defesas estruturados e socialmente categorizados, baseados em comportamentos identificados na relação profissional de saúde-paciente: fragmentação da relação técnico-paciente, redução do tempo de contato com a atividade e distribuição de tarefas com a equipe, despersonalização e negação da importância do indivíduo, distanciamento e negação de sentimentos, tentativa de eliminar decisões estabelecendo um ritual para o desempenho das funções e redução da responsabilidade, divisão das tarefas entre os vários profissionais, o que gera uma hierarquia flexível.

Destaque-se, ainda, que além de comprometer as ações do cuidado, em situações de sobrecarga, o contato constante com a doença, com o sofrimento e com a morte, bem como situações que ocorrem habitualmente de forma súbita e brutal em serviços de urgência, não permite o estabelecimento de estratégias de proteção psicológica por parte da enfermagem, o que pode repercutir na saúde mental desses trabalhadores em médio e longo prazo.¹⁹

Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade de que trabalhadores e instituições se ocupem mais em avaliar as condições de trabalho nos ambientes de terapia intensiva. De fato, entre as atividades referidas como desencadeadoras de manifestações de estresse para a equipe de enfermagem dos locais investigados, chamam a atenção o excesso de atividades e as longas jornadas de trabalho (QUADRO 1). Se o trabalho de enfermagem em si constitui um importante fator gerador de estresse resultante da interação de fatores ligados ao sono, à cronobiologia, à psicologia e às relações sociais,²⁰ a sobrecarga de trabalho tende a precipitar desajustes do comportamento desses profissionais.¹⁵

Não foram identificadas, neste estudo, outras características sociodemográficas ou de condições de trabalho associadas a manifestações de estresse. Esse fato pode ser justificado pelo tamanho restrito da amostra, o que destaca a necessidade de novas pesquisas na área para melhor conhecimento das relações de trabalho e estresse na equipe de enfermagem. Discutir questões relacionadas com o estresse na equipe de enfermagem, particularmente em ambiente hospitalar, é sempre

oportuno para propiciar o reencontro com as bases de sustentação do ato de cuidar. É, portanto, fundamental que se cuide da qualidade de vida e da saúde do trabalhador de enfermagem, já que ele se encontra inserido em uma organização de prestação de cuidados, sendo responsável por um atendimento de qualidade, e que precisa ser “cuidado para que possa cuidar” com excelência. A qualidade da assistência não pode se desvincular da qualidade de vida dos trabalhadores, uma vez que estes produzem algo que beneficia a vida das pessoas que irão usufruir o produto final, cabendo às instituições, proporcionar um trabalho digno para os trabalhadores da saúde.²¹

CONCLUSÃO

A pesquisa realizada com o intuito de identificar a autopercepção de estresse em equipe de enfermagem de terapia intensiva evidenciou que 31,9% dos participantes foram classificados como estressados. Embora não seja um número preocupante, o contingente de profissionais estressados é significativo, podendo refletir na qualidade

dos serviços prestados por toda a equipe de modo geral, mas, principalmente, resultar em danos para a qualidade de vida dos trabalhadores.

As longas jornadas de trabalho e o excesso de atividades desenvolvidas por esses profissionais culminam em um trabalho penoso, que exige esforço físico e mental, desencadeando-lhes sofrimento, comprometimento do bem-estar, além de insatisfação. Todavia, alguns aspectos merecem ser apreciados em pesquisas futuras, como uma análise acurada sobre a manifestação de sintomas indicativos de sofrimento psíquico e de aspectos da vida pessoal dos participantes envolvidos.

Acredita-se que estudos dessa natureza possam oferecer subsídios para tratar o fenômeno sob novos enfoques, visando eliminar ou reduzir os efeitos nocivos do estresse ocupacional à saúde, bem como servir de base para o planejamento e a implementação de ações que busquem melhoria na qualidade de vida dos profissionais da enfermagem que trabalham em CTIs – ambientes fechados do hospital.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho DR, Lima FCA, Costa TMPF, Lima EDRP. Enfermagem em setor fechado – estresse ocupacional. *Reme Rev Min Enferm.* 2004; 8(2):290-4.
2. Silva JDT, Müller MC, Bonamigo RR. Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. *An Bras Dermatol.* 2006; 81(2):143-9.
3. Lunardi Filho WD. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuição à organização do processo de trabalho de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 1997; 50(1):77-92.
4. Alves M, Godoy SCB. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo – doença em um hospital universitário. *Reme Rev Min Enferm.* 2001; 5:73-81.
5. Guimarães LAM, Grubits S. *Série saúde mental e trabalho.* 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. 225p.
6. Lautert L, Chaves EHB, Moura GMSS. O estresse na atividade gerencial do Enfermeiro. *Rev Panam Salud Publica.* 1999; 6(6):415-25.
7. Araújo AD, Santos JO, Pereira LV, Lemos RCA. Trabalho no Centro de Terapia Intensiva: perspectivas da equipe de enfermagem. *Reme Rev Min Enferm.* 2005; 9(1):20-8.
8. Stacciarini JMR, Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do Enfermeiro. *Rev Latino-Am Enferm* 2001; 9(2):17-25.
9. Martschinke D. Emotional labour of nurse. *Contemp Nurse,* 1996;5(1):22-5. apud Guimarães LAM, Grubits S. *Série saúde mental e trabalho.* 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. 225p.
10. Helps S. Experiences of stress in accident and emergency nurses. *Accid Emerg. Nurs.* 1997;5(1):48-53. apud Guimarães LAM, Grubits S. *Série saúde mental e trabalho.* 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. 225p.
11. Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas.* 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1999. 334p.
12. Lunardi Filho WD, Leopardi MT. O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio Grande: Atlas; 1999.
13. Nogueira RP. O trabalho em serviços de saúde. In: Santos I. *Guia curricular para formação de Auxiliares de Enfermagem.* Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 1995. p. 33-35.
14. Bianchi ERF. *Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico [tese].* São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1990. 121p.
15. Martino MMF, Misko MD. Estados emocionais de Enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. São Paulo: 2004. [Citado em 20 set. 2006]. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/107/body/06.htm>>
16. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de Terapia Intensiva - muito falado e pouco vivido. *Rev Latino-Am Enferm.* 2002;10(2):137-44.
17. Lira MMFL. *Humanização em unidade de terapia intensiva pediátrica.* São Paulo: Instituto A casa. 2002. [Citado em 20 set. 2006]. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=41>
18. Pita A. *Hospital: dor e morte como ofício.* 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994. 198p.
19. Gaspar PJS. Enfermagem profissão de risco e de desgaste: perspectivas do Enfermeiro do serviço de urgência. *Rev Nurs* 1994; 109:23-4.
20. Gatti MFZ, Leão ER, Silva MJP, Puggina ACG. Comparação entre os níveis de ansiedade e stress apresentados e percebidos pela equipe de enfermagem. *Rev eletr sem de Enferm.* [periódico da internet]. 2005 Nov [Citado em 31 jul. 2006]. Disponível em: <http://www.um.es/eglobal/5/05b07p.html>
21. Costenaro RGS, Lacerda MR. *Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?* Rio de Janeiro: Unifra; 2000. 93p.

Data de submissão: 3/9/2007

Data de aprovação: 18/6/2008

ESTRESSORES E SINTOMAS DE ESTRESSE VIVENCIADOS POR PROFISSIONAIS EM UM CENTRO CIRÚRGICO*

ESTRESSORS AND SYMPTOMS OF STRESS LIVED BY HEALTH WORKERS IN A SURGICAL CENTER

ESTRESSORS Y SÍNTOMAS DE TENSIÓN VIVIDOS POR LOS PROFESIONALES EN UN CENTRO QUIRÚRGICO

Eniva Miladi Fernandes Stumm¹
Daiane Botega²
Rosane Maria Kirchner³
Luiz Anildo Anacleto da Silva⁴

RESUMO

Nesta pesquisa identificam-se estressores e sintomas de estresse vivenciados por profissionais em um centro cirúrgico. Consiste em um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, do qual participaram 29 profissionais. Para a coleta de dados, foram utilizados diário de campo e entrevista semi-estruturada. A análise dos depoimentos resultou na categoria de análise: "Re-conhecendo estressores e sintomas de estresse em profissionais de um centro cirúrgico". Os estressores originam-se das relações interpessoais, falta/insuficiência de materiais, equipamentos, pessoal, aliados a aspectos administrativo-gerenciais, qualificação da equipe, demanda cirúrgica e condição do paciente. Os sintomas físicos incluem dor no corpo, enxaqueca, taquicardia, diarreia, cansaço, hipertensão, sudorese; os sintomas psicológicos referidos foram: impotência, raiva, ódio, mau humor, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, desconforto, medo da morte do paciente, cansaço mental, angústia, dentre outros. Os resultados podem desencadear reflexões e ações para reduzir estressores e/ou elencar estratégias eficazes para lidar com o estresse no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Estresse; Centro Cirúrgico Hospitalar; Equipe de Enfermagem; Médicos Hospitalares.

ABSTRACT

The research identifies stressors and stress symptoms lived by health workers in a surgical center. It is a qualitative study, descriptive, exploratory, with the participation of twenty-nine workers. For the collection of data we used semi-structured interviews and field diaries. The analysis of the statements resulted in an analysis category: "Recognizing stressors and stress symptoms in workers at a surgical center". The stressors result from relationships, the lack of or insufficient materials, equipment, personnel, allied to administrative-managerial aspects, qualification of the team, surgical demands and the patient's condition. The physical symptoms include pain, headache, high cardiac frequencies, diarrhea, fatigue, hypertension, perspiration; the psychological symptoms reported were: impotence, rage, hate, bad mood, nervousness, anxiety, irritability, and discomfort, fear of patient's death, mental fatigue, and anguish, among others. The results can bring about reflections and actions to reduce stressors and effective strategies to deal with stress in the workplace.

Key words: Stress; Operating Theatre; Nursing Team; Surgeons.

RESUMEN

La presente investigación identifica estresores y síntomas de estrés padecidos por profesionales en un centro quirúrgico. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio descriptivo llevado a cabo con veintinueve profesionales. La recogida de datos se realizó mediante entrevista semiestructurada y registro de campo. El análisis de los testimonios resultó en la siguiente categoría de análisis: "Reconocimiento de estresores y síntomas de estrés en profesionales de un centro quirúrgico". Los estresores provienen de las relaciones interpersonales, falta de material, equipos, personal y están vinculados a aspectos administrativos, calificación del equipo, demanda laboral y condición del paciente. Los síntomas físicos incluyen dolor en el cuerpo, jaqueca, taquicardia, diarrea, cansancio, hipertensión, hiperhidrosis y los psicológicos impotencia, rabia, odio, malhumor, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad y malestar, miedo a la muerte del paciente, cansancio mental y angustia, entre otros. Los resultados podrían suscitar reflexiones y acciones para reducir el nivel de estrés y/o listar estrategias eficaces para lidiar con el estrés en el ambiente laboral.

Palabras clave: Estrés, Centro Quirúrgico Hospitalario; Equipo de Enfermería; Médicos Cirujanos.

* Extraído de um trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).

¹ Enfermeira. Mestre em Administração-Recursos Humanos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).

² Enfermeira. Egressa do curso de graduação em Enfermagem do Departamento de Ciência da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).

³ Doutora em Engenharia Elétrica-Métodos de Apoio à Decisão. Professora de Estatística do Centro de Ciências Rurais de São Gabriel (CRSG). Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

⁴ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade Regional do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).

Endereço para correspondência: Rua 20 de setembro, nº 902, Centro. IJUÍ-RS. CEP: 98700-000.

E-mail: eniva@unijui.edu.br.

INTRODUÇÃO

O centro cirúrgico é uma unidade complexa, fechada, de risco, onde os profissionais deparam com situações de sofrimento, dor e instabilidade, exigindo do enfermeiro conhecimento, autonomia, estabilidade emocional e, acima de tudo, prazer. “Apesar de tantos aspectos negativos, o cotidiano do enfermeiro de centro cirúrgico pode ser revestido de uma aura de prazer que se traduz nas relações ali estabelecidas, o compartilhar de um mundo 'misterioso', o desenvolvimento de um saber e de um conhecimento próprio”.¹

O relacionamento dos diferentes profissionais que atuam em centro cirúrgico merece atenção. A interação contínua é indispensável, assim como o respeito mútuo e a confiança, para que o trabalho seja desenvolvido de forma harmoniosa, sem danos à saúde dos trabalhadores.²

O enfermeiro é um “guerreiro”; enfrenta diversas batalhas em seu cotidiano, com vitórias e derrotas, mas o importante é que ele está ali, interagindo diariamente nesse ambiente peculiar, que exige tantas competências, “Vivendo o centro cirúrgico”, ele adentra em sua alma.¹ A autora compara a equipe a uma “tribo”, onde as pessoas possuem ritos e mitos, cultuam os mesmos deuses, possuem linguagem e cultura próprias, o que a diferencia das demais unidades de um hospital.

Nesse ambiente, tanto o processo de trabalho integrado da equipe quanto o enfrentamento das exigências impostas pelo ambiente de trabalho devem acontecer harmoniosamente, visando à segurança e ao bem-estar do paciente. A respectiva unidade representa um lugar de destaque no hospital, com suas especificidades e objetivos aliados à complexidade da assistência de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico, eletivo e/ou emergencial.³

O estresse é considerado um risco ocupacional para os que trabalham na área da saúde, daí a relevância de ser reconhecido precocemente. No centro cirúrgico atuam diferentes profissionais, em uma realidade desafiadora e altamente exigente. A ocorrência de estresse nesse meio pode sofrer influência do próprio local de trabalho, aliada às suas percepções. A referida unidade se constitui em uma importante fonte de estresse para os profissionais, principalmente pelo sofrimento vivenciado.⁴

A pessoa sob estresse altera a maneira de ver a si própria e o mundo, a forma como sente o prazer de viver. Ele pode ser tanto positivo quanto negativo. Ao ser percebido e vivenciado como positivo, melhora o desempenho, tornando-se estimulador e impulsionador; quando negativo, afeta o seu processo de trabalho.⁵ O *estresse positivo ou eustresse* está presente nos desafios pessoais que oferecem satisfação, sucesso, contentamento e realizações. Acontece quando o organismo produz a adrenalina necessária para uma postura de alerta, de ânimo, vigor e energia, melhorando a adaptação, a produtividade, a motivação e a criatividade. Já o *estresse negativo ou distresse compreende* quatro fases: de alerta, de resistência, de quase exaustão e de exaustão.⁶

O estresse ocupacional acontece quando o indivíduo depara com situações ou com um ambiente ameaçador, considerando aspectos relacionados à sua realização pessoal e/ou profissional e também quando sente que sua integridade física e mental pode ser prejudicada por esse estressor.⁷ A partir do momento em que o profissional está estressado, seu desempenho não será o mesmo, o que pode acarretar danos para si, bem como para o paciente sob seus cuidados, daí a relevância da temática.

Os profissionais da saúde têm como objeto de trabalho o bem-estar e a vida das pessoas, estando, portanto, vulneráveis ao estresse em razão de tais responsabilidades. Eles deparam também com situações instáveis, umas ligadas à condição dos pacientes, outras à dinâmica da própria unidade, envolvendo questões referentes às relações interpessoais, administrativas, assistenciais, dentre outras. Há também a possibilidade de ocorrer envolvimento emocional da equipe com situações vivenciadas pelos pacientes e familiares.² No que tange aos conflitos no ambiente de centro cirúrgico, eles integram o cotidiano dos enfermeiros e são desencadeados tanto por ações ativas que são, quanto por passivas, permitindo ou omitindo-se.⁸

Considerando essa realidade, o objetivo desta pesquisa é “identificar estressores e sintomas físicos e psicológicos de estresse vivenciados por uma equipe de profissionais que atua em um centro cirúrgico”.

O enfermeiro que gerencia um centro cirúrgico, ao identificar estressores potenciais na unidade, tem subsídios para mobilizar ações visando minimizar e/ou gerar alternativas mais eficazes de enfrentamento ao estresse no ambiente de trabalho, preservando a saúde dos trabalhadores, ampliando a qualidade da assistência e até mesmo melhorando a imagem da organização perante a comunidade.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória, realizada em Passo Fundo-RS, no centro cirúrgico de um hospital geral. O referido hospital atualmente conta com 550 funcionários, constituindo-se referência regional em saúde. O centro cirúrgico dispõe de 7 salas cirúrgicas, com atendimento 24 horas. As cirurgias eletivas são realizadas de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 h, e aos sábados, das 7 às 13 h.

Participaram da pesquisa 29 profissionais: 9 técnicos em enfermagem, 2 enfermeiros, 7 anestesistas e 11 cirurgiões. Importante destacar que o total de entrevistados foi definido pelo método de saturação dos dados e a seleção dos sujeitos foi realizada da seguinte forma: a pesquisadora se dirigia ao centro cirúrgico nos três turnos, manhã, tarde e noite, e conversava com os diferentes profissionais, explicava os objetivos da pesquisa e os convidava a integrá-la. Ao aceitarem, era combinado local e horário das entrevistas, conforme disponibilidade e interesse de cada um. Elas ocorreram no intervalo das cirurgias, em uma sala considerada o local mais silencioso e calmo da unidade, onde puderam discorrer livremente sobre o tema proposto. Importante destacar

a receptividade da equipe em relação à pesquisa, pois todos aceitaram participar. Cabe ressaltar que a autora que coletou os dados permaneceu na unidade durante dois meses, período em que realizou um estágio curricular, favorecendo a interação com os profissionais.

A coleta de dados ocorreu em agosto de 2005 e os instrumentos utilizados foram entrevista semi-estruturada, gravada em audiotape, e diário de campo. A entrevista abrangeu duas questões: Quais as situações vivenciadas no centro cirúrgico que, na sua concepção, podem gerar estresse? O que você sente quando vivencia na unidade uma situação que considera estressante?

Para a análise dos depoimentos foram seguidos os seguintes passos: ordenação dos dados, classificação e análise final.⁹ Foram respeitados os preceitos éticos que envolvem pesquisas com pessoas.¹⁰ Inicialmente foi solicitada autorização à Direção do Hospital, à Gerência do Serviço de Enfermagem e, concomitantemente, o projeto de pesquisa foi registrado no SISNEP e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ. Após aprovado, sob Parecer consubstanciado n° 60/2005, procedeu-se à coleta de dados. Todos os profissionais receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias, que foi assinado por eles e pelas pesquisadoras.

Visando proteger a identidade dos profissionais, optou-se por nomeá-los com codinomes de instrumentais cirúrgicos: Farabeuf, Doyen, Allis, Backhaus, Collin, Foerster, Kelly, Kocker, Mixter, Pean, Adson, Mayo, Matzenbaum, Bisturi, Balfour, Reverdin, Crile, Faure, Russa, Ribbon, Cheron, Schnidt, Duval, Yankauer, Babcock, Gosset, Guyon, Zenker e Semken.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A seguir, na TAB. 1 são apresentados os dados sociodemográficos dos profissionais pesquisados. Evidencia-se que 34,5% são mulheres, as quais estão conquistando seus espaços, buscando equilíbrio entre sucesso profissional, vida pessoal e independência financeira.¹¹ No que tange ao estresse, embora mais estressadas do que os homens, dadas as demandas impostas, sabem lidar melhor com o estresse do que eles.⁷

Estudos mostram que elas apresentam menos doenças causadas pelo estresse, pois conseguem verbalizar seus sentimentos e problemas vivenciados no cotidiano.

TABELA 1 – Características sociodemográficas dos profissionais

CARACTERÍSTICA	n	%
Sexo		
Masculino	19	65,5
Feminino	10	34,5
Escolaridade		
Ensino médio	6	20,7
Ensino superior incompleto	3	10,3
Ensino superior completo	20	69,0
Estado Civil		
Casado	15	51,7
Solteiro	10	34,5
Separado/divorciado	4	13,8
Idade		
20 --- 30 anos	8	27,6
30 --- 40 anos	6	20,7
40 --- 50 anos	9	31,0
50 --- 60 anos	5	17,3
60 --- 70 anos	1	3,4
Profissão		
Cirurgião	11	37,9
Técnica em enfermagem	9	31,0
Anestesiista	7	24,1
Enfermeiro	2	6,9
Filhos		
Sim	17	58,6
Não	12	41,4

Na seqüência (GRAF. 1 e 2), são apresentados o tempo de atuação dos profissionais no hospital e no centro cirúrgico, respectivamente. Constatase que 44,9% deles atuam há entre 10 e 30 anos e 37,9% entre 1 e 10 anos, mostrando que a equipe que trabalha no centro cirúrgico pesquisado é experiente. Associando esses dados ao estresse, quanto maior o tempo de atuação dos profissionais de enfermagem em determinada área, maior o nível de estresse, existindo aí uma correlação significativamente elevada entre estresse e tempo de atuação na área.³

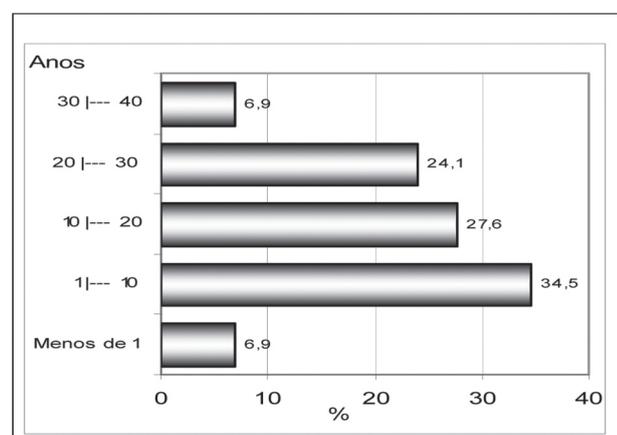


GRÁFICO 1 – Tempo de profissão dos profissionais pesquisados

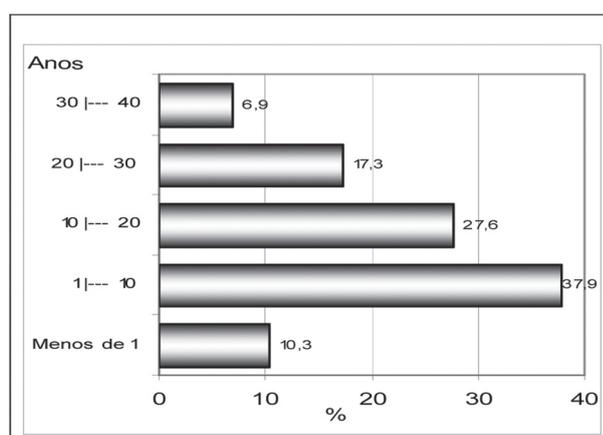


GRÁFICO 2 – Tempo de atuação dos profissionais no centro cirúrgico

A análise do conteúdo imerso nas falas dos sujeitos da pesquisa resultou em uma categoria de análise: "Reconhecendo estressores e sintomas de estresse em profissionais de um centro cirúrgico".

Os estressores referidos pela equipe foram classificados em: decorrentes da relação entre anestesiologistas, cirurgiões e enfermagem; da falta e/ou insuficiência de materiais e equipamentos; da insuficiência e/ou falta de pessoal, aliada a aspectos administrativo-gerenciais e qualificação da equipe; da demanda de procedimentos cirúrgicos e estressores relacionados à condição do paciente no centro cirúrgico.

Os sintomas físicos de estresse mencionados pelos profissionais foram: dores no corpo, nas costas, nas pernas, dor de cabeça, enxaqueca, taquicardia, bradicardia, dor gástrica, diarreia, gastrite, cansaço, tremores, hipertensão, dor muscular, dor cervical, sudorese e boca seca. Já os sintomas psicológicos foram: sensação de impotência, raiva, ódio, mau humor, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, instabilidade, vontade de xingar todo mundo, de desabafar, desconforto, medo da morte do paciente, excitação, falta de atenção, cansaço mental e angústia.

Estressores decorrentes da relação entre os profissionais

A percepção dos fatores como estressores depende da subjetividade de cada pessoa. Um mesmo fenômeno vivenciado será entendido, sentido e descrito diferentemente e, do mesmo modo, pode desencadear reações diferenciadas em cada profissional:

As coisas não fluem, tanto do que está operando, quanto do que está na sala... Quem opera tem grande responsabilidade, tem que estar entrosado... Quando uma não funciona direito, me irrita, me angustia e me estresso... (Duval)

Os conflitos nesse ambiente ocorrem com maior frequência entre enfermeiros e médicos, principalmente com cirurgiões e em menor número com anestesiologistas, tendo como principais motivos: a falta de infra-estrutura das instituições para atender à demanda; o desrespeito e o erro da equipe.^{8,4} Essa afirmação traduz experiências vivenciadas na respectiva unidade por uma das autoras, possibilitando perceber que os profissionais adotam determinadas posturas, ajustando seus comportamentos e crenças à rotina do ambiente em que convivem diariamente. O fato de ser uma unidade restrita pode favorecer essa maneira de agir.

O conflito pode ser tanto positivo quanto negativo, dependendo da forma como é conduzido. Nos depoimentos de Farabeuf, Bisturi, Russa e Gosset, a seguir, percebe-se o quanto esse fator interfere na atuação e na relação entre os profissionais:

[...] quando o médico está estressado, deixa toda a equipe também estressada... (Farabeuf)

Situações de estresse, para nós, pesa bastante; no começo é a relação com cirurgiões... (Bisturi)

[...] acho que eu me sinto mais estressado com os médicos, quando gritam na sala, reclamando... (Russa)

As situações que geram estresse são criadas, 95%, senão mais que isso, pelo cirurgião... Ele extravasa o nervosismo na equipe... por problemas relacionados a ele, à equipe, à sala... (Gosset)

Os relatos vêm ao encontro de resultados de pesquisas que mostram as dificuldades no relacionamento entre equipe médica e de enfermagem.^{1,2,3,8} Identificam-se, igualmente, nos depoimentos, posturas inadequadas em sala cirúrgica no que tange ao respeito ao paciente, bem como entre a equipe:

[...] níveis de relacionamento da própria equipe... Cirurgião, enfermagem, que não estão no mesmo nível de harmonia, e isso produz estresse, quando não estão empenhados no mesmo grau de objetividade... (Mixer)

Uma das coisas que estressa muito é quando há pouco entrosamento do grupo, exemplo, o anestesiologista não está se entendendo com a equipe... Você está concentrado na cirurgia, precisa de toda atenção ali... (Adson)

Uma das principais causas é a falta de entrosamento do grupo, quando as pessoas não têm muita responsabilidade no que estão fazendo... (Faure)

Na unidade pesquisada foram evidenciadas várias situações nas quais eram discutidos assuntos não relacionados aos procedimentos que estavam sendo realizados, e esse fato foi considerado pelos sujeitos do estudo como negativo e desencadeador de estresse. Resultado de pesquisa em um centro cirúrgico destaca brincadeiras inoportunas, banalização e desrespeito tanto ao paciente quanto à equipe.³

Na atuação em centro cirúrgico foram presenciados conflitos, nos quais situações pouco relevantes, muitas vezes, atingiam dimensões significativas.

[...] o que é estressante são colegas que não colaboram [...] O que estressa é o trabalho em equipe, fica um clima ruim... não tem coleguismo e quem sai perdendo são os pacientes. (Crile)

[...] os funcionários, quando estão cansados com problemas, e às vezes mesmo não querendo, trazem para a unidade... (Cheron)

Também o relacionamento no trabalho tem que ter afinidade, não pode ser assim. Uma pessoa diferente de ti tem que ter o mesmo ritmo. O que me deixa estressada também é a ironia de alguns médicos... (Faure)

Analisando os depoimentos dos profissionais, aliados aos posicionamentos dos autores, é importante humanizar as relações, no centro cirúrgico, repercutindo positivamente tanto no desempenho deles quanto na assistência aos pacientes. O superior hierárquico é um referencial para a maior parte dos profissionais e pode

ser uma das fontes de recompensa. Do mesmo modo, as relações entre eles podem contribuir para o bem-estar dos trabalhadores e a conseqüente satisfação no trabalho ou, ao contrário, ser fonte de pressão e de estresse.¹²

Atuando no centro cirúrgico pesquisado, constatou-se a intolerância de alguns técnicos em enfermagem relacionada ao acompanhamento da chefia na realização de determinados procedimentos:

[...] na chefia, o que me estressa é quando te dá uma tarefa e fica ali em volta, insistindo; isso me incomoda... Tu tens um compromisso, é responsabilidade tua, não precisa ficar pressionando, se tu já fez, não é estágio, isso estressa muito mesmo... (Crile)

Essa atitude pode advir do esforço do enfermeiro em desenvolver um bom trabalho, porém é percebida como algo incômodo, que limita. É um fator que os enfermeiros podem modificar, repensando e/ou mudando a forma de agir, dialogando com a equipe para que ela perceba a supervisão como apoio e subsídio para melhor realizar o trabalho, cientes de que ambos darão grandes passos quando perceberem e avaliarem os conflitos referentes à subordinação como integrantes do desenvolvimento.¹³

Estressores oriundos da falta e/ou insuficiência de materiais e equipamentos

No centro cirúrgico, evidenciou-se falta e/ou insuficiência de material e de equipamentos e, igualmente, foi relatado por vários profissionais pesquisados:

A gente só se estressa no bloco quando não tem material suficiente para utilizar e quando os equipamentos estragam e não há concerto rápido... (Farabeuf)

O que gera estresse é a falta de material, daí tu tem que buscar cautério na sala da colega, monitor, campos, pacotes... (Allis)

[...] há uma dificuldade em relação às condições de trabalho, falta de equipamentos adequados, equipamentos não funcionando... (Collin)

Em primeiro lugar, a falta de material, isso causa muito estresse... Os médicos ficam irritados e sobra para a instrumentadora ou circulante (Backhaus)

O avanço tecnológico em equipamentos e artigos médico-hospitalares destinados ao centro cirúrgico possibilita ao enfermeiro atualizar-se para um "fazer" com qualidade, proporcionando satisfação aos profissionais e pacientes, minimizando riscos e complicações na realização de procedimentos anestésicos e cirúrgicos.¹⁴ Evidenciam-se, nos relatos da enfermagem, conflitos por falta de materiais e equipamentos. Isso ocorre porque muitas vezes a resolutividade desses fatores não é imediata, favorecendo a ocorrência do estresse.

Quando falta material, os médicos começam a pedir... Se não tem, tu corre para um lado, para outro, não pode fazer nada. Isso estressa... (Kelly)

[...] tem que saber o material que vai ser usado na cirurgia, não esquecer de nada... se faltar, os médicos vão começar a pedir, aí não vai ter, vão começar a gritar e isso estressa! Falta de material estressa... (Faure)

A deficiência de materiais e de equipamentos, igualmente, pode interferir na qualidade da assistência:

A gente não tem muitos aparelhos, tipo oxímetro... Quando chega mais de um, quatro, cinco pacientes ao mesmo tempo, fica difícil, me sinto estressada por não poder dar a atenção que gostaria... (Mayo)

[...] quando, no meio da cirurgia, falta material importante, [...] o paciente está anestesiado, em geral com o abdome aberto, e tu precisa ficar esperando, isso gera bastante estresse... (Guyon)

Ah, quando os monitores não funcionam bem, isso também estressa e até mostra falsas alterações... (Ribbon)

Você precisar de um determinado equipamento e ele não está disponível... (Adson)

Analisando os relatos dos sujeitos, evidencia-se a preocupação com o mau funcionamento dos equipamentos e a falta de materiais específicos, de modo geral. Pesquisa com enfermeiros de um centro cirúrgico destaca que a deficiência de materiais interfere na assistência aos pacientes.¹⁵ Durante a pesquisa, essa problemática foi constante na unidade, causando um estresse relativamente grande, tanto para a equipe quanto para o paciente.

A falta de material na referida unidade, muitas vezes, requer improvisação, podendo esse fato gerar desconforto e insatisfação nos profissionais envolvidos, contribuindo para o estresse:

[...] as situações que surgem e precisamos improvisar, também, como por exemplo, a falta de um material na sala, de um equipamento para um procedimento... (Matzenbaum)

Falta de material e pela improvisação que a gente tem que fazer aqui, é muito estressante isso... poderia melhorar... (Reverdin)

Importante ressaltar que cabe ao enfermeiro prover a unidade de todas as condições necessárias para a realização dos procedimentos anestésicos e/ou cirúrgicos.

Estressores decorrentes da falta de pessoal, aspectos administrativo-gerenciais, qualificação da equipe e demanda de procedimentos cirúrgicos

Ao analisar a organização do trabalho no centro cirúrgico em questão, evidencia-se que a demanda de cirurgias é uma constante e está diretamente relacionada à insuficiência de profissionais:

Quando há falta de funcionários e número excessivo de cirurgias, isso carrega muito todos os funcionários e estressa... (Farabeuf)

O número insuficiente de técnicos e auxiliares em enfermagem, aliado ao reduzido número de enfermeiros, é responsável pela sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem.¹⁶ Na unidade estudada, os trabalhadores reivindicavam melhores condições de trabalho, muitas vezes excediam seu horário ou iam além de suas competências, justamente por se sentirem responsáveis pelo atendimento ao paciente.

Outro fator que pode contribuir também, assim... a sobrecarga, porque a gente trabalha 12 horas ou mais seguidas... (Doyen)

Quando fica muitas horas numa cirurgia, aí eles começam a brigar... Também sobrecarga de funções, por exemplo, pedem pra gente fazer duas, três coisas ao mesmo tempo, tu não consegue... (Russa)

Outro estressor diz respeito à relação com a administração e o gerenciamento do trabalho na unidade. Durante a permanência no centro cirúrgico, ocorreram reclamações dos trabalhadores referentes à escala de trabalho e pouco apoio da chefia da unidade.

[...] uma organização melhor da escala de trabalho. Tem pessoas que trabalham em certa área, ficam mais num tipo só de cirurgia, sem saber das outras rotinas. [...] Eu acho que seria uma organização melhor da chefia, deveriam defender mais a gente, ficar mais do nosso lado... (Backhaus)

Um estudo para identificar e analisar estressores em enfermeiros em uma instituição hospitalar de São Paulo apontou que os maiores índices de estresse estão na atuação gerencial deles.¹⁷ As principais demandas estressantes do trabalho detectadas nesta pesquisa dizem respeito a problemas técnicos. Durante os relatos, foram quase que unânimes as reclamações em relação à má vontade, falta de "visão" e treinamento insuficiente de alguns profissionais:

Falta de funcionários capacitados ou má vontade... auxiliares que dificultam o campo... (Collin)

Teu auxiliar não está dando o auxílio adequado, você precisa daquele campo adequado e ele não está dando, não está se esforçando... também é outra situação de estresse..." (Adson)

Nos relatos de Collin e Adson, observa-se que a falta de vontade de alguns profissionais pode se tornar fonte geradora de estresse. Isso pode ocorrer por várias razões, dentre elas o desestímulo do profissional por motivos pessoais ou por insatisfação no ambiente de trabalho:

[...] o que tem que fazer, deve ser feito, não importa se está na tua escala ou não... Tu tem aquele compromisso com o setor, com o horário, não de fazer só tal tarefa, são vidas humanas, então tu tem que estar disposto a fazer qualquer coisa... (Crile)

[...] e também quando assim, às vezes as coisas não funcionam como deveriam funcionar... cada um seguir na escala o que tem que ser feito a coisa funciona! agora... uma já deixa de fazer, o que é de sua parte... o outro vai ter que trabalhar mais, acaba gerando um estresse maior... (Mayo)

A complexidade do trabalho em centro cirúrgico exige inúmeras competências, colocando os trabalhadores em constante "estado de alerta", uma vez que são responsáveis por suas ações. Daí a necessidade de estarem preparados para lidar com o habitual e o inesperado. O treinamento insuficiente está relacionado a falhas básicas, isto é, a erros inaceitáveis:

Falta de visão... Por exemplo, começou uma cirurgia, a pessoa tem que saber o que fazer... Se tem uma colega que não sabe, isso estressa, porque tu está em campo e tem que estar alertando que falta isso, aquilo... (Faure)

[...] são falhas básicas, que não deveriam estar acontecendo... por despreparo, não é nem má vontade, é mais despreparo... (Zenker)

Fica difícil de a gente aceitar os erros primários... Sempre aconteceu e vai acontecer, é inerente ao setor, mas isso irrita a gente, estressa muito ... (Semken)

A falta de conhecimento para atuar no centro cirúrgico é preocupante na unidade. A interação contínua entre os trabalhadores é indispensável, assim como a colaboração e a familiarização com normas e rotinas do setor, evitando erros e minimizando os riscos:

Acho que falta preparo, tem que ter mais treinamento para poder saber o que tem que fazer na sala, tem que saber para poder trabalhar... (Faure)

Eu acho que o que gera estresse é falta de treinamento do pessoal... cirurgias de alta complexidade, de grande porte, quando a coisa não sai do jeito que deveria sair, quando o pessoal não é treinado, não sabe o que está fazendo... (Duval)

A insuficiência de treinamento e de conhecimento dos profissionais pode ser minimizada ou até mesmo evitada. Daí a importância de o enfermeiro conhecer sua equipe, estar atento e dispor de subsídios concretos para propor alternativas visando à reversão desse quadro.

Estressores relacionados à condição do paciente

O último fator estressor está relacionado às condições do paciente no centro cirúrgico. Preocupações em relação a esse fator podem ser indutoras de distresse, mas, por outro lado, se encaradas como desafios, podem tornar-se fonte de eustresse, embora em nenhum dos relatos tenha sido manifestado dessa forma, como positivo.

Os profissionais convivem na unidade com situações que causam sofrimento psíquico e ansiedade, pelo fato

de depararem com imprevistos e incertezas, pois muitas vezes não há solução para os problemas apresentados pelos pacientes, podendo contribuir para o estresse. O sofrimento para o profissional se inicia quando este, após ter usado todos os meios de que dispunha, não consegue modificar o acontecimento.¹⁸

[...] às vezes pegar um paciente mais grave... Isso é uma situação que estressa bastante. (Collin)

É a situação de gravidade, que a gente tem dificuldade técnica no trans-operatório... é uma situação de estresse principalmente para a equipe que está em campo. (Foerster)

É lógico que o paciente mais grave sempre vai nos dar mais ansiedade, mais condição de estresse. (Mixer)

A essência do trabalho dos profissionais da saúde é o ser humano, mas também a dualidade entre a vida e a morte. Eles deparam com dificuldades e experimentam níveis altos de ansiedade e de estresse. Evidencia-se que a responsabilidade no trabalho, aliada aos desafios no dia-a-dia, reflete na equipe, tornando-se importante criar um espaço de escuta, a fim de minimizar tais fatores e/ou mobilizar estratégias adequadas de enfrentamento ao estresse vivenciado. A doença deve ser considerada por seu caráter subjetivo, individual e emocional, e cada trabalhador reagirá conforme sua personalidade e experiências vivenciadas, gerando sentimentos e reações ambíguas.

[...] a própria doença é uma situação estressante... (Collin)

[...] outra coisa que também nos causa estresse é a própria patologia do doente, não tem como mudar... (Mixer)

Percebe-se que, assim como a doença, o estresse também é inerente ao ser humano, sendo, portanto, imprevisível e inesperado. A capacidade de ajustamento a tais condições depende da natureza de cada um. Um acontecimento ou uma condição estressante na vida de uma pessoa ocasionará em seu organismo reações adversas e muitas vezes ela pode não responder adequadamente. Um exemplo são intercorrências e/ou risco de morte para o paciente, mobilizando o profissional:

Outra coisa que me causa estresse é quando a cirurgia começa a ter muita intercorrência... (Zenker)

Na parte obstétrica, a paciente que tenha o conceito em sofrimento fetal [...] o paciente com estômago cheio, que pode levar ao vômito, e se deslocar para o pulmão e dar a síndrome de Mendelson, que pode causar até a morte... (Pean)

Hipotensão, bradicardia, taquicardia... ou arritmias também, são causas de estresse [...] paciente em mau estado geral, de difícil intubação... broncoespasmo na retirada do tubo endotraqueal... (Ribbon)

Eu me sinto mais estressado quando a gente sabe que o paciente está correndo risco de vida e às vezes até nem sabe como resolver exatamente, ou mesmo que faça tudo, ainda assim existe o risco... (Balfour).

Analisando os relatos, as intercorrências cirúrgicas, bem como o risco de morte para o paciente, são fatores desencadeadores de estresse. Essas situações, de modo geral, podem deixar “marcas” nos trabalhadores, pois naquele momento eles são os responsáveis pela vida do paciente.

As situações que podem causar estresse no centro cirúrgico; a principal delas são as dificuldades que tu encontra no decorrer do teu atendimento. (Collin)

[...] de repente o paciente começa apresentar alguns sintomas que eu não sei por que... (Schnidt).

Os profissionais que trabalham em ambientes críticos deparam com imprevistos que podem trazer riscos para o paciente, somando-se à angústia dos familiares e a da própria equipe.¹⁹ A autora define imprevistos como “eventos situacionais”, comuns em ambientes como o centro cirúrgico, podendo mobilizar no profissional sentimentos diversos. No setor em questão, situações inesperadas são rotineiras, principalmente por ser um ambiente de risco, complexo, mas que devem ser contornadas pela equipe multiprofissional, da melhor maneira, a fim de evitar danos psíquicos e comprometer a integridade da assistência ao paciente.

Os profissionais, ainda no que tange às condições do paciente como um estressor, destacam o sangramento no transoperatório:

[...] outra situação de estresse é o paciente com sangramento intenso no transoperatório... (Adson)

[...] paciente com sangramento, isso seria uma das coisas que mais geram estresse... (Matzenbaum)

[...] as hemorragias transoperatórias em que o cirurgião tem dificuldade de localizar ou interromper. (Ribbon)

[...] paciente com sangramento... que as vezes tu não sabe como parar... tem um certo grau de estresse também... (Guyon)

[...] toda cirurgia tem um risco de estresse, mas os momentos que mais estressam é questão de sangramento, a gente fica um pouquinho fora do controle... (Zenker).

Trabalhar em centro cirúrgico requer do profissional estabilidade emocional, porém fica evidente nos depoimentos dos sujeitos que a condição do paciente gera sofrimento e ansiedade, podendo levá-los a vivenciar o estresse.

Sintomas físicos e psicológicos de estresse

Vários foram os sintomas de estresse mencionados pelos sujeitos do estudo. Não se pode negar que conviver com

pessoas, normalmente de temperamentos diferentes, torna-se um desafio à sobrevivência do modo de ser, de pensar e de manter o bem-estar. O trabalho em centro cirúrgico expõe as pessoas a inúmeros estressores, contribuindo para o desenvolvimento de diferentes manifestações no organismo delas. O aumento de hormônios, como adrenalina e noradrenalina, é que desencadeia manifestações fisiológicas e psicológicas variadas.²⁰ Balfour, Faure, Russa e Schnidt referem os seguintes sintomas:

[...] uma dor lombar, então acho que os problemas psíquicos, emocionais, são mais intensos do que os físicos, embora esses problemas psíquicos vão gerar problemas físicos, muitas vezes tensão... O estresse dá dor de cabeça... (Balfour)

Dor de cabeça, muita dor de cabeça quando eu fico estressada [...] (Faure)

Isso te cansa, te causa dor no corpo... Eu sei porque passei por isso, de chegar em casa com dor nas costas, com dor no corpo... (Russa)

Dor de cabeça, cansaço, dor no corpo... Seriam esses dois mais cansaço e dor de cabeça... (Schnidt)

As formas de expressão física e emocional do ser humano nem sempre são fáceis de ser compreendidas, porém são vitais para o entendimento e a resolução de vários problemas, inclusive o estresse. Contração, tensão, rigidez muscular, sudorese e cefaléia são percebidas como reações ao estresse, porém há outras reações que poderão passar despercebidas.

Eu sinto... sinto que fico num estado tensional intenso, de alerta... de tensão muscular... pode até sentir dor muscular... (Duval)

Dor de cabeça, cefaléia intensa... estresse puro... (Gosset)

Algumas alterações físicas, é... fisiológicas... relacionadas à descarga do sistema nervoso simpático... taquicardia, sudorese (Semken)

Pode eventualmente me dar uma sudorese... basicamente é isso... (Allis)

A cefaléia, independentemente se sua causa for psicológica ou primária básica, geralmente é exacerbada pelo estresse.²¹ As alterações como resposta ao estresse, manifestadas fisiologicamente, podem evoluir para manifestações patológicas. Um dos transtornos mais pesquisados pela psicologia do trabalho é o cansaço. A fadiga mental está diretamente ligada à fadiga física, denominada cansaço geral.²²

É porque tu não tens ânimo para trabalhar, quando tu fica estressado, modifica o corpo... cansa o corpo e a mente... Tu não tem como separar isso do trabalho... o estresse é uma coisa inerente ao trabalho... (Russa)

Eu não consigo trabalhar bem quando estou estressada... tu fica com falta de atenção, não consegue desenvolver as tarefas,... tu fica sem habilidade e concentração,

perde a visão das coisas, fica bem aérea, seria a palavra... (Farabeuf)

Fatores físicos, dentre os quais palpitação, taquicardia, mãos e pés frios e suados, suor na testa e axilas, secura na boca, fraqueza, fadiga crônica e aumento do consumo de cigarros e de bebida alcoólica também são evidenciados.⁷

Tem também... eu tenho taquicardia, provavelmente um pico hipertensivo, enfim... já ouvi até uma frase que descreve bem isso... é anestesia, são horas de monotonia, intercaladas por momentos de terror... (Duval)

O que eu sinto assim, bem claro, fico taquicárdico e me seca, resseca a boca. (Allis)

A existência de distúrbios digestivos⁷ também foi apontada pelos sujeitos desta pesquisa.

Então eu tenho bastante dor de estômago, porque eu tenho gastrite nervosa. (Collin)

[...] ou senão tipo assim, gastrite... (Reverdin)

Sinto dor de estômago, gastrite nervosa eu tenho... (Cheron)

Dá uma dorzinha epigástrica ali, tal, principalmente quando o alvo do estresse é você. (Semken)

Alguns dos profissionais pesquisados referiram não apresentar sintomas físicos de estresse e avaliam tais manifestações como pouco relevantes para o desenvolvimento dele:

Fisicamente não sei... eu não costumo ter dor de cabeça, aqueles sintomas que o pessoal fala quando se estressa [...] só em específico orgânico não tenho muito sintomas, assim... dor, essas coisas, dor de cabeça, dor de estômago. Eu acho que isso pelo menos comigo nunca aconteceu. Não... não concordo que gere isso. (Kelly)

Nada físico assim... tipo dor de cabeça, ou uma epigastralgia, isso não... (Kocker)

O aspecto é mais psicológico mesmo, porque os aspectos físicos, pelo menos no meu ponto de vista, são pouco relevantes... (Adson)

Eu procuro separar as coisas... fisicamente eu não sinto nada não... (Yankauer)

As reações fisiológicas do estresse incluem: dilatação pupilar, alterações na motilidade intestinal, náuseas, flatulência, vômitos, hipertensão arterial, friquidez, impotência, dentre outros.²³ Evidencia-se, a seguir, o sentimento de impotência e o aumento da pressão arterial, comuns aos profissionais deste estudo:

A sensação é mais difícil de descrever, porque pode variar, desde o medo, do medo da morte do paciente, da complicação... até a sensação de impotência referente ao caso... (Kelly)

O estresse aumenta a pressão, então é isso. (Balfour)

Hipertensão, mas com a experiência isso vai passando...
(Reverdin)

[...]provavelmente um pico hipertensivo... (Mixer)

É um certo grau de impotência, tu saber que tu não pode resolver porque tu está paramentado... (Gosset).

Irritabilidade, falta de humor, distúrbios do sono e depressão, dentre outras,³ são algumas das manifestações emocionais também relatadas pelos sujeitos desta pesquisa

Acho principalmente o mau humor... (Farabeuf)

[...] instabilidade e mau humor... (Doyen)

Tu acaba se irritando [...], às vezes até com um colega teu, porque afeta toda a equipe, contagia ... (Foerster)

Tu sente raiva, fica bravo, nervoso, irritado. (Kelly)

Desalento, desânimo, depressão, agressividade, apatia, hostilidade, ansiedade, raiva, angústia e irritabilidade podem ser desencadeados pelo estresse, assim como crises neuróticas e surtos psicóticos.²⁰ Em alguns depoimentos emergem esses sintomas:

Sinto mais aquela ansiedade, angústia de ver que a coisa não está indo certo, como tu queres, mas é emocionalmente aquela raiva, nervosismo, ansiedade... (Kelly)

Muita ansiedade e irritabilidade, é isso... (Pean)

O pior dos problemas está na ansiedade do profissional em querer resolver os problemas... (Kocker)

[...] mais irritação... é raiva também... Irritabilidade... dá também angústia, bastante angústia, nervosismo... principalmente quando o alvo do estresse é você... (Semken)

É uma urgência, então isso aí estressa muito... sinto irritabilidade... (Ribbon)

Tornou-se evidente a correlação entre sintomas físicos e psicológicos como resposta ao estresse, durante a atuação no centro cirúrgico, local da pesquisa. Os indivíduos acometidos por sentimentos de raiva, culpa ou desamparo podem expressar suas aflições de diversas formas. Em presença de fatores estressores, as faculdades mentais conscientes, verbais, lógicas e analíticas ficam um tanto de lado em relação às funções cerebrais mais primitivas, como raiva, desespero e frustração.^{2,4}

Alguns profissionais apontaram como reações ao estresse a raiva e a vontade de desabafar/extrapolar seus sentimentos e angústias ou até mesmo negar a situação:

Vontade de xingar todo mundo, de desabafar na hora...
(Backhaus)

Aí nesse lado me dá vontade de pegar e ir embora, mas a gente é subordinada... (Collin)

Chutar o balde... por isso tu tem que procurar não ser estressado para diminuir o grau de transtorno emocional, ao mesmo tempo, pode impedir que o profissional enfrente de forma realista o problema passível de solução. (Semken)

[...] parece assim que está enchendo uma bola, um balão... e vai enchendo, e de repente estoura (risos)... eu tento evitar, me controlar, mas é assim que acontece. (Bisturi)

Vontade de chutar o balde e dar um chute na parede...
(Zenker)

Tanto a negação quanto a exacerbação dos sentimentos são comuns, pois são mecanismos que o indivíduo utiliza. Atuando no centro cirúrgico pesquisado, tivemos a oportunidade de ouvir várias queixas relacionadas a sintomas de estresse, tanto físicos quanto psicológicos, porém os psicológicos foram os mais evidenciados, o que foi confirmado pelos depoimentos obtidos.

Analisando os sintomas referidos pelos sujeitos do estudo, as manifestações físicas e psicológicas diante das situações de estresse são indissociáveis, porém os sintomas apresentados por eles divergem. O estresse ocupacional poderá causar graves riscos à saúde do trabalhador. Uma vez instalado, tornará o trabalho cada vez mais árduo e penoso, desencadeando reações psicossomáticas no organismo da pessoa, difíceis de serem controlados.²⁵

Torna-se fundamental para o enfermeiro que atua em um centro cirúrgico a capacidade de apreender, pelo comportamento e expressão dos profissionais atuantes na unidade, independentemente de suas manifestações verbais, os sintomas físicos e psicológicos de estresse, bem como a necessidade de encontrar alternativas para amenizar o estresse vivenciado por eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho integra a vida do ser humano, lhe confere identidade, conduz à realização profissional e pessoal, porém, muitas vezes, pode contribuir para o sofrimento e o adoecimento. Alguns profissionais pesquisados demonstraram pouco conhecimento sobre estresse, atribuindo-lhe somente vivências negativas, o que não é verdadeiro, pois o estresse, em quantidades moderadas, torna-se vital para o crescimento e desenvolvimento pessoal, social e profissional do sujeito.

No que tange à abordagem dos profissionais na coleta de dados, pensávamos que teríamos dificuldade com a equipe médica, o que não ocorreu. Surpreendeu-nos o fato de a enfermagem demonstrar apreensão e, na maioria de seus depoimentos, ser breve e sucinta. Constatou-se o receio de alguns profissionais em expressar sentimentos, pensamentos e posições, mesmo sabendo que a autora que realizou a coleta de dados se encontrava no local como pesquisadora e acadêmica de enfermagem. Seria por medo de repreensão de seus superiores? Ou por não quererem se expor? Essas indagações permanecem e podem constituir objeto de investigações futuras.

Os profissionais vivenciam vários estressores, dentre eles os decorrentes das relações interpessoais, falta de materiais/equipamentos, número insuficiente de profissionais qualificados, elevada demanda de cirurgias e a própria condição dos pacientes. Esses fatores podem repercutir

na saúde e na qualidade de vida deles, na própria atuação em CC, incluindo a assistência ao paciente, bem como na imagem da instituição perante a comunidade. O fato de uma das autoras atuar no CC pesquisado no decorrer da coleta de dados foi positivo, pois permitiu-lhe vivenciar e acompanhar várias situações relatadas pelos sujeitos do estudo como estressantes.

Nesse contexto, importante ressaltar que os vários sintomas físicos e psicológicos referidos pelos profissionais nesta pesquisa mostram quão prejudicial o estresse pode ser na saúde deles e, igualmente, repercutir no desempenho profissional. Pensa-se que esses resultados podem ser utilizados pelo gestor da unidade para justificar a realização de um trabalho visando otimizar as relações interpessoais, melhorar as condições de infra-estrutura da unidade, bem como preservar a saúde dos envolvidos e, certamente, com repercussões positivas nos resultados da organização.

Tomando por base esses resultados, pode-se afirmar que os profissionais, ao desempenharem suas funções em centro cirúrgico, sofrem a influência desse ambiente intenso e rotinizado, interferindo, muitas vezes, no que é de sua competência e responsabilidade. Destaca-se a importância de serem criadas estratégias de apoio, visando minimizar os sintomas físicos e psicológicos do estresse.

O fenômeno estresse é amplo, complexo e repleto de especificidades. Os resultados podem servir de subsídio para profissionais que atuam em hospitais, para que reflitam sobre o estresse e quanto ele pode comprometer o desempenho das equipes em um centro cirúrgico. Várias ações podem ser desenvolvidas visando preservar a saúde desses profissionais, como a ampliação de conhecimentos a respeito da temática, melhoria das condições ambientais e físicas da unidade, minimização dos estressores e/ou *coping* mais adequadas ao estresse vivenciado.

REFERÊNCIAS

1. Krahl M. O prazer e o sofrimento no cotidiano do enfermeiro de centro cirúrgico [dissertação]. Passo Fundo (RS): Universidade de Passo Fundo; 2001.
2. Stumm EMF. O estresse de equipes de enfermagem que atuam em Unidades de Centro Cirúrgico nos Hospitais da Cidade de Ijuí [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós Graduação em Administração; 2000.
3. Caregnato RCA. Estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia: um estudo de caso [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2002.
4. Guido LA. Stresse e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2003.
5. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill; 1956.
6. Lipp MEN. Documento de pesquisa do instituto de combate ao stress. Campinas: Ícone; 1995.
7. Rossi AM. Estressado eu? Porto Alegre: RBS Publicações; 2004.
8. Duarte LEMN, Lautert L. Conflitos e dilemas de enfermeiros que trabalham em centros cirúrgicos de hospitais macro-regionais. Rev Gaúcha Enferm. 2006 Jun; 27(2):209-18.
9. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R, Organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2002
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução Nº196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996.
11. Diniz D. As faces da ambição feminina. Exame, São Paulo, 2004 ago;15(4).
12. Martins MCA. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. Millenium-Revista do ISPV. 2003; 28.
13. Zaleznick A. A dinâmica da Subordinação. In: Bergamin CW, Coda R. Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1997.
14. Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico (SOBEC). Recuperação anestésica e Centro de Material e Esterilização: práticas recomendadas da SOBEC. 2ª ed. São Paulo: SOBEC; 2003.
15. Stumm EMF, Maçalai RT, Kirchner RM. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. Texto contexto - enferm., Set 2006 vol.15, no.3, p.464-471
16. Soares NV, Lunardi VL. Desrespeito aos direitos dos trabalhadores e, conseqüentemente, aos direitos do cliente. Texto Contexto Enferm. 2000 maio/ago; 9 (2): 436-46.
17. Anabuki MH. Situações geradoras de estresse: a percepção das enfermeiras de um hospital de ensino [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2001.
18. Dejours C. A loucura do trabalho. São Paulo: Cortez Oboré; 1992
19. Beck CLC. O sofrimento do trabalhador: da banalização a re-significação ética da organização da enfermagem [tese]. Florianópolis (SC): UFSC/PEN; 2001.
20. Lipp MEN. Pesquisa sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus; 1996.
21. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.
22. Seligman-Silva E. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro: UFRJ-Cortez; 1994.
23. Massaroni L. Aumenta diagnóstico de estresse em complexos hospitalares. Nursing: Rev Técnica de Enfermagem. São Paulo; 1999.
24. Albrecht K. Revolução nos serviços. São Paulo: Pioneira; 1992.
25. França ACL, Rodrigues AL. Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas; 1996.

Data de submissão: 14/4/2008

Data de aprovação: 13/6/2008

INTERESSE E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DE QUEM ATUA EM EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO NOROESTE PAULISTA

INTEREST AND PROFESSIONAL SATISFACTION OF WORKERS IN FAMILY HEALTH PROGRAM TEAMS IN THE NORTHWEST OF THE STATE OF SÃO PAULO

INTERÉS Y SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE QUIENES TRABAJAN EN EQUIPOS DEL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA EN EL NOROESTE DEL ESTADO DE SAN PABLO

Cristina Berger Fadel¹
Maria de Lourdes Carvalho²
Renato Moreira Arcieri³
Nemre Adas Saliba⁴
Cléa Adas Saliba Garbin⁵

RESUMO

Com este trabalho, objetiva-se identificar questões relacionadas ao interesse, à satisfação e à motivação de profissionais que integram equipes do Programa Saúde da Família (PSF), apontando a importância desses fatores para o exercício da gestão em saúde pública no Brasil. Na pesquisa, de natureza quali-quantitativa, utilizou-se entrevista com roteiro semi-estruturado. Os dados obtidos mostram elevado grau de satisfação no trabalho em categorias de nível auxiliar (auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde, com 75% e 68,4%, respectivamente), apesar da baixa remuneração salarial. Entre os profissionais de nível superior, destacam-se os cirurgiões-dentistas, com elevado grau de insatisfação (83,3%), e a classe médica, também, na sua maioria, satisfeita (71,4%). Concluiu-se que a maioria dos profissionais demonstrou interesse pelo Programa. Evidenciou-se, também, a importância do reconhecimento de fatores subjetivos para otimização da dinâmica do trabalho em saúde.

Palavras-chave: Satisfação no Emprego; Programa Saúde da Família; Política de Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

This work intends to identify issues related to the interest, satisfaction and motivation of workers in teams of the Family Health Program, showing the importance of these factors for public health management in Brazil. The research, which is qualitative and quantitative, used semi-structured interviews; the data gathered showed a high level of work satisfaction for auxiliaries (nursing auxiliaries and community health agents, 75% and 68.4%, respectively), in spite of the low salaries. Among higher education workers, there were dental surgeons, with a high level of dissatisfaction (83.3%) and the physicians, mostly satisfied (71.4%). We conclude that most of the workers showed interest in the program. The importance of recognizing subjective factors is also significant to optimize the dynamics of health work.

Key words: Job Satisfaction; Family Health Program; Health Policy; Public Health.

RESUMEN

Este trabajo plantea cuestiones relacionadas al interés, satisfacción y motivación de profesionales que integran equipos del Programa Salud de la Familia, con miras a mostrar la importancia de tales factores en la gestión de la salud pública en Brasil. La investigación, de naturaleza cualitativa y cuantitativa, se llevó a cabo con encuestas y un guión semiestructurado. Los datos obtenidos enseñan elevado grado de satisfacción laboral en auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud, con el 75% y el 68,4% respectivamente, a pesar de las bajas remuneraciones salariales. Entre los profesionales de nivel superior se destacan los dentistas con elevado grado de satisfacción (83,3%) y la clase médica, en su gran mayoría, satisfecha (71,4%). Se concluyó que la mayoría de los profesionales tienen interés y afinidades con el Programa, a pesar del grado de insatisfacción mencionado por algunas categorías.

Palabras clave: Satisfacción en el Trabajo; Programa de Salud Familiar; Salud Pública; Política de Salud.

¹ Graduada em Odontologia. Doutoranda da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Professora Assistente da Universidade Estadual de Ponta Grossa-PR, Paraná, Brasil.

² Graduada em Odontologia. Doutora em Odontologia. Professora Titular da Universidade Federal de Uberlândia-MG, Minas Gerais, Brasil.

³ Graduada em Odontologia. Doutor em Odontologia. Professor Assistente da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP-SP, São Paulo, Brasil.

⁴ Graduada em Odontologia. Doutora em Odontologia. Professora Titular da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP-SP, São Paulo, Brasil.

⁵ Graduada em Odontologia. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP-SP, São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Rua Balduino Taques, 1632, Ponta Grossa-PR, Brasil. CEP: 84010-050.

E.mail: cfadel@telefonica.com.br.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), compreendido atualmente como uma estratégia de reorganização das ações em saúde no Brasil, profundamente marcado por características de práticas promotoras, protetoras e recuperadoras da saúde dos indivíduos e da família, vem suprir necessidades até então pouco discutidas em qualquer processo em saúde.

Muito se tem falado, nessa nova estratégia, sobre a mudança do objeto de atenção que agora se desloca do indivíduo e caminha em direção à família, à comunidade e às ações de vigilância em saúde. Uma nova prática de trabalho também se estabeleceu com a formação de equipes interprofissionais, a definição de responsabilidades e a divisão territorial das áreas de atuação. Entretanto, nesse novo horizonte do pensar e do fazer ações em saúde, visando melhorar as formas de implantação e organização dessa estratégia, imprime-se também a urgente necessidade de uma reorientação do olhar voltado aos recursos humanos (RH). Os trabalhadores em saúde, sujeitos das transformações necessárias aos serviços, têm grande responsabilidade na condução desse processo, que requer reflexões e revisões das estruturas, práticas e, principalmente, da atuação e da inserção profissional no novo modelo.

Já em 2001, o Ministério da Saúde (MS),¹ claramente assinala à estratégia do PSF capacidades de revisão de práticas, valores e conhecimentos de todos os envolvidos, ampliação das ações que devem ser desempenhadas pelos profissionais (aumentando os limites e as possibilidades de atuação) e, conseqüentemente, exigência de novas habilidades e aptidões.¹ Assim, o trabalhador da equipe de Saúde da Família precisa dispor-se a algo mais do que simplesmente constituir formalmente uma equipe multidisciplinar e ter conhecimento do processo de trabalho; ele deve ser capaz de, verdadeiramente, envolver-se e comprometer-se com a transformação social. Trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho, com base em certo conhecimento a respeito do trabalho do outro, valorizando a participação deste na produção do cuidado: visa buscar o entendimento e o reconhecimento recíprocos de autoridade, saberes e autonomia técnica. Trabalhar de forma integral é também construir consensos quanto aos objetivos e resultados a alcançar pelo conjunto de profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los.² A prática integrada de trabalho pressupõe, ainda, perceber o indivíduo sociobiológico, a família e a comunidade adscrita, enfim, toda a realidade local como inerentes à sua práxis, e perceber-se como agente social dessa transformação.

No entanto, para que esse perfil de atuação profissional constitua-se prática transformadora de determinada realidade, ele deve, de forma natural e crescente, agregar-se e confundir-se às expectativas internas de seus profissionais.

Cabe aqui a exposição de um emaranhado de questionamentos que certamente povoam o pensamento de quem aposta num profundo processo de reorganização, capaz de refletir-se positivamente em diversos campos da saúde. Estão os profissionais prontos e dispostos a trabalhar verdadeiramente em equipe, com outros níveis de conhecimento e de responsabilidade? Têm ciência sobre os princípios e objetivos propostos nessa estratégia? Estão realmente preparados para defrontar-se com diferentes e, muitas vezes, longínquas realidades sociais?

Na verdade, pouco se tem avançado nessa direção, visto que as discussões sobre o perfil dos profissionais que integram equipes de Saúde da Família freqüentemente esbarram em questões políticas, organizativas e institucionais. Essa dimensão, atribuída à questão dos recursos humanos no PSF, vê-se fortemente ampliada quando são trazidas à tona, além de características normativas necessárias para o bom desempenho profissional, questões de caráter subjetivo,³ como os anseios, as angústias e a satisfação dos profissionais constituintes dessas equipes.

Existem muitas controvérsias a respeito do conceito de satisfação e interesse no trabalho, o que dificulta seu estudo e sua compreensão, bem como o entendimento das variáveis que a ele se relacionam. Satisfação profissional vem sendo descrita como o estado emocional positivo resultante do prazer que se adquire com experiências do trabalho, estando fortemente relacionada a fatores como autonomia, desempenho e *status* profissional, qualidade de vida, auto-estima e remuneração.^{4,5}

Assim, a satisfação profissional pode ser considerada um fenômeno complexo e multivariado, vivenciado pelos indivíduos como um estado comportamental, derivado de fontes internas e externas. Ainda, considerando o ambiente vivenciado pelos profissionais das equipes de Saúde da Família como fontes geradoras, principalmente, de estímulos externos (positivos e negativos), torna-se essencial uma investigação a respeito da influência desses estímulos sobre o contexto de trabalho deles.

Com este trabalho, objetiva-se identificar questões sobre o interesse, a satisfação e a motivação de profissionais que integram equipes de Saúde da Família em municípios do Estado de São Paulo, revelando aos gestores de saúde dados que justifiquem a importância do reconhecimento desses fatores profissionais, com vista aos avanços nos âmbitos profissional e social.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo, de natureza quali-quantitativa, contou com a participação da totalidade de profissionais do setor saúde (n=78), integrantes de oito equipes de PSF e de seis equipes de saúde bucal (ESB), pertencentes a cinco municípios de pequeno porte da região noroeste do Estado de São Paulo, Brasil (Bilac, Clementina, Gabriel

Monteiro, Piacatu e Santópolis do Aguapeí). A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba/UNESP (02187/2005).

A estrutura metodológica que orientou este trabalho baseou-se na aquisição de informações objetivas e subjetivas alcançadas por meio de entrevista com roteiro semi-estruturado, previamente testado e validado. A entrevista, realizada por dois entrevistadores calibrados, deu-se no próprio ambiente de trabalho de cada categoria profissional.

O instrumento utilizado compreendeu três partes distintas: a primeira, relacionada a questões socioeconômicas; a segunda, a questões relativas à inserção e satisfação profissional no PSF; e a terceira, a dados referentes à percepção subjetiva da satisfação profissional. As variáveis investigadas na primeira etapa relacionaram-se ao gênero, à faixa etária, ao grau de escolaridade, à residência, à renda mensal proveniente do PSF e à realização de cursos de pós-graduação ou de capacitação introdutória para o PSF. A segunda etapa contemplou, de maneira objetiva, a forma de contratação dos profissionais, seu tempo de atuação no Programa, os motivos que os levaram a trabalhar no PSF e a sensação de satisfação e segurança durante a sua prática de trabalho. Na terceira etapa, os profissionais envolvidos puderam expressar-se com relação à satisfação deles em integrar uma equipe de PSF e emitir, independentemente de estarem ou não satisfeitos, suas idéias, anseios e propostas de mudança.

Os dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva e ao tratamento estatístico por meio do *software* Epi-Info 2000⁶, de domínio público, e os resultados encontrados, expressos em gráficos e tabelas. O material produzido por meio de entrevista foi tratado de acordo com uma das técnicas da Análise de Conteúdo, proposta inicialmente por Bardin⁷ – a Análise Temática –, na qual as respostas registradas são categorizadas de acordo com temas centrais e norteadores de cada fala. Visando contemplar os quesitos sigilo e anonimato dos participantes foram utilizados nomes de plantas e ervas medicinais como instrumento de identificação profissional.

Os profissionais que optaram pela participação nesta pesquisa o fizeram cientes dos propósitos do estudo, assinando posteriormente um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual autoriza a divulgação das respostas deles.

RESULTADOS

O número de entrevistados segundo suas categorias de inserção profissional está demonstrado por meio da TAB. 1, visando à melhor compreensão do universo da amostra.

TABELA 1 – Distribuição percentual dos profissionais do PSF, segundo a categoria de trabalho. São Paulo-SP, 2006

CATEGORIA PROFISSIONAL	n	%
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	38	48,7
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)	06	7,7
Cirurgião-Dentista (CD)	06	7,7
Auxiliar de Enfermagem (Aux. Enf.)	08	10,3
Enfermeiro	09	11,5
Médico	07	9,0
Técnico de Enfermagem (Téc. Enf.)	04	5,1
Total	78	100

Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatú, Santópolis do Aguapeí/SP.

Perfil socioeconômico

Este estudo envolveu 78 profissionais constituintes de equipes do PSF, sendo 68 pertencentes ao gênero feminino e 10, ao gênero masculino. A faixa etária predominante concentrou-se entre 18 e 29 anos, o que caracteriza uma população de estudo constituída por adultos jovens. Com relação ao grau de escolaridade, a maioria dos entrevistados (43,6%) declarou ter completado o ensino médio. Entre os profissionais, 23 possuíam o ensino superior completo e 2, somente, o ensino fundamental incompleto.

Quando questionados sobre o local de residência, 82,1% afirmaram morar na mesma cidade onde trabalham e 17,9% disseram que residem em outras localidades. Desses, 7 eram médicos, 2 eram cirurgiões-dentistas e 4, enfermeiros.

Outro item abordado foi o rendimento financeiro médio mensal, considerando somente a renda proveniente do PSF. Os dados obtidos encontram-se no gráfico a seguir (FIG. 1), estando os valores expressos em reais.

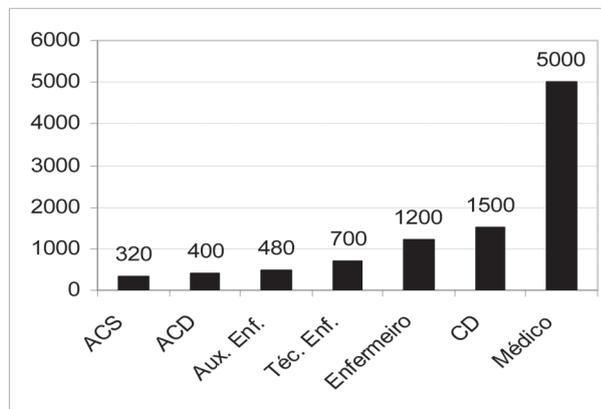


FIGURA 1 – Distribuição percentual dos profissionais do PSF, por categoria, segundo a renda média mensal. São Paulo-SP, 2006

Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatú, Santópolis do Aguapeí/SP.

No que se refere à educação permanente e continuada, somente dois profissionais de nível superior (8,7%) relataram possuir algum curso de pós-graduação voltado para a área de saúde coletiva, sendo um especialista em Odontologia Social e outro em Medicina do Trabalho. A participação em cursos de capacitação introdutória para a atuação prática no PSF foi apontada por 50% do universo de profissionais envolvidos.

Inserção e satisfação no PSF

A grande maioria dos profissionais que compuseram a amostra (94,8%) relatou que atua há mais de três anos no PSF, sendo que 67,9% nunca haviam trabalhado anteriormente em um serviço público de saúde. Esses dados evidenciam que o PSF constitui uma nova oportunidade de inserção no mercado de trabalho no âmbito da saúde.

Perguntou-se também aos profissionais sobre o principal motivo que os levou a atuar no Programa. As respostas mais frequentes podem ser visualizadas por intermédio do gráfico abaixo (FIG. 2).

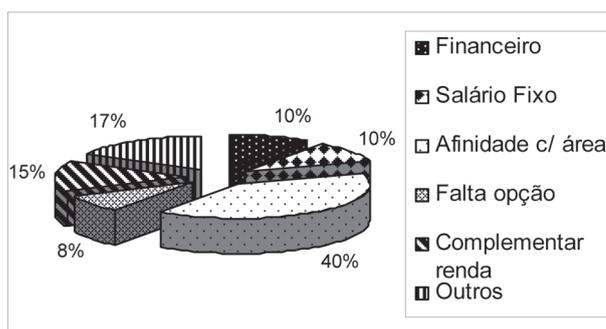


FIGURA 2 – Distribuição percentual dos profissionais do PSF, segundo o motivo que os levou a atuar no Programa. São Paulo-SP, 2006

Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatú, Santópolis do Aguapeí/SP.

Quando questionados a respeito da satisfação sentida em compor uma equipe do PSF, 85,9% a atribuíram à questão profissional e 7,7% ao fator financeiro. Do total de profissionais, 6,4% não souberam responder.

Ao analisar a relação entre o motivo de inserção no PSF e o grau de satisfação percebido, verificou-se que, entre os profissionais que optaram pela variável “afinidade com a área”, o grau de satisfação profissional encontrado foi elevado (40,3%), e entre os que optaram pelo fator “financeiro” nenhum entrevistado relatou sentir a satisfação financeira supostamente esperada.

Quanto à forma de contratação desses profissionais para a atuação no Programa, verificou-se que 47,4% eram concursados, 28,2% contratados, 14,1% advindos

de algum tipo de indicação política e 10,3%, fruto de remanejamento interno. Entre os concursados e os profissionais que sofreram remanejamento, destaca-se a satisfação financeira como a variável de maior relevância (50% e 33,3% respectivamente); para os contratados o mais importante para a satisfação pessoal foi o fator profissional (32,8%), e 40% dos indicados apontaram outros motivos.

A avaliação dos profissionais a respeito das ações desenvolvidas pelas equipes no PSF constituiu-se, também, interesse desta pesquisa: 52,6% a julgaram satisfatórias, 37,2% consideraram-nas regulares e 10,3%, insatisfatórias. Vale salientar que 62 entrevistados (79,5%) relataram que se sentiam seguros para o desenvolvimento dessas ações, enquanto 16 profissionais (20,5%) expressaram certo grau de insegurança. Dos profissionais que se sentiam seguros em sua prática diária de trabalho no PSF, 88,4% disseram que estavam satisfeitos com o Programa; no entanto, para os profissionais que não sentiam segurança ao atuar no PSF, o índice de satisfação declinou para 11,6%.

A TAB. 2 expõe a relação verificada entre a satisfação dos componentes das equipes do PSF e a renda advinda do trabalho deles no Programa.

TABELA 2 – Distribuição dos profissionais do PSF, segundo a renda e o grau de satisfação. São Paulo-SP, 2006

Renda	Satisfação	Número de profissionais
Até 1000 reais	60,3%	58
1000 a 3000 reais	20%	15
Superior a 3000 reais	100%	05

Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatú, Santópolis do Aguapeí/SP.

Finalmente, os participantes foram questionados, de forma simples e direta, independentemente de fatores positivos ou negativos agregados à resposta deles, se estavam ou não satisfeitos em atuar no PSF: 55,1% declararam-se satisfeitos e 44,9%, insatisfeitos. As respostas foram também agrupadas por categoria profissional (FIG. 3) e evidenciaram as auxiliares de consultório dentário, os cirurgiões-dentistas e as enfermeiras como constituintes das classes profissionais que apresentaram maior grau de insatisfação.

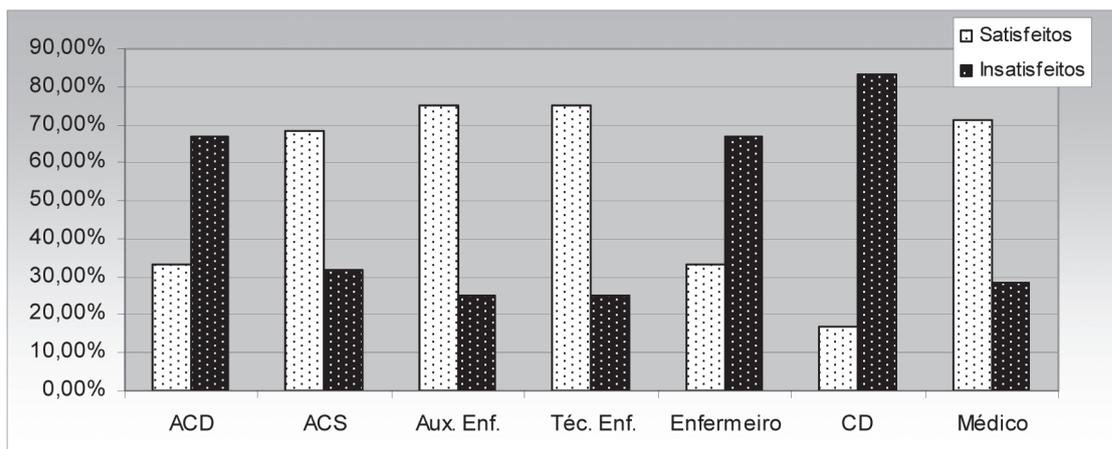


FIGURA 3 – Distribuição percentual dos integrantes das equipes do PSF, por categoria profissional, segundo a satisfação em atuar no Programa. São Paulo-SP, 2006

Fonte: Profissionais integrantes do PSF e de ESB: Bilac, Clementina, Gabriel Monteiro, Piacatú, Santópolis do Aguapeí/SP.

Percepção de satisfação profissional com relação à inserção no PSF

Os relatos considerados mais representativos da percepção de satisfação ou insatisfação profissional foram expostos, de acordo com suas categorias temáticas, exatamente como cada profissional se expressou.

No que diz respeito ao sentimento de satisfação profissional, foi diversas vezes abordado o fato de estarem inseridos em uma proposta inovadora, a qual lhes oportuniza o trabalho humanitário e o contato com as famílias:

Quando a gente faz o curativo no paciente e ele melhora, fica muito agradecido, tornando a gente muito feliz. (Alfavaca)

Porque gosto de ajudar pessoas carentes e sentir de perto as necessidades da vida de cada um; isso me deixa feliz. (Calêndula)

Porque a situação de vida das pessoas melhorou bastante depois do PSF. Antigamente não tinha essa facilidade de marcar consulta, pegar remédio, etc., pra gente faz bem ver que a população está mais assistida. (Andiroba)

[...] porque a gente é a primeira relação entre o paciente e o médico, a gente se sente importante no PSF, isso é novo pra nós. (Hamamelis)

O contato com diferentes realidades, a troca de afeto, o carinho, o sentimento de confiança e a gratidão por parte dos usuários foram também aspectos considerados motivos de satisfação:

[...] há troca de afeto com os pacientes. Têm carinho e respeito por nós ACS. (Jaborandi)

O pessoal abre a porta das casas porque confia na gente, conta dos problema da vida, dá café, bolo e ainda agradece a gente. (Carqueja)

[...] me deixa muito chocada ver a situação que alguns vivem, às vezes vou dar vacina e não agüento o cheiro da casa... aí agradeço a oportunidade de ver gente pior que eu e paro de reclamar da vida. (Alecrim)

Os membros das equipes do PSF apontaram, também, gostar de fazer o trabalho como fator de satisfação profissional:

Eu gosto do que faço, apesar de ser muito cansativo. (Malva)

Porque gosto do que faço, trabalhar com o ser humano é gratificante. (Valeriana)

Porque consegue-se trabalhar mais as questões preventivas, se relacionar mais com outras pessoas, obter maior troca de informações... é gostoso poder trabalhar assim, não ficar isolado. (Boldo-Chileno)

Já com relação à insatisfação profissional, a falta de integração entre os membros das equipes e a falta de suporte para o desenvolvimento das ações (profissional, de gestão, espaço físico, recursos financeiros, educação continuada) foram os fatores mais citados:

O trabalho não é integrado, fico isolada, não participo de reuniões e nem sei do agendamento de reuniões. (Jaborandi)

Falta reunião para integração e a gente conhecer a equipe do PSF. (Alcachofra)

O trabalho não é feito em equipe, há falta de funcionários e também falta materiais para desenvolver o trabalho. (Erva-Cidreira)

Há falta de apoio da administração, falhas no planejamento do PSF, a administração impõe funções que não foram planejadas, o que atrapalha o andamento do planejamento. (Hibisco)

Falta suporte de outros profissionais, tais como, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta. (Guaco)

A sobrecarga de trabalho, os baixos salários e a desvalorização profissional constituíram outros temas abordados:

Porque falta verdade no trabalho, são cobrado coisas que não são tarefa das ACS. (Louro)

[...] o enfermeiro do PSF é mais um do posto, que não tem tempo de atuar no PSF como PSF. O serviço do PSF é muito misturado com o serviço do posto de saúde. (Zimbros)

Porque o salário é muito baixo, em vista da carga exagerada de trabalho. (Hipérico)

Me sinto desmotivada pelo não reconhecimento do trabalho do PSF, pela administração e pelos meus colegas. (Catuaba)

DISCUSSÃO

O trabalho em equipe é considerado um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito do PSF, visando a uma atenção em saúde mais integral e resolutiva. Entretanto, há que se promover entre os membros das equipes que trabalham com a estratégia Saúde da Família uma profunda coesão, buscando o entrelaçamento dos saberes e, conseqüentemente, o melhor desempenho profissional.

Outro aspecto importante a ser considerado é a melhor forma de contratação dos recursos humanos, impostos pela legislação trabalhista em vigor.⁸ Se por um lado o concurso público se destaca como a forma mais eficaz para a fixação e adesão dos RHs a essa nova proposta, fato que propiciaria maior integração profissional-usuário, com suposto desenvolvimento de vínculo, por outro aspecto existem falhas evidentes no processo de seleção dos profissionais.⁹

Selecionar pessoas com perfil e aptidão para o trabalho com a comunidade constitui um desafio importante para o PSF. Além disso, o limite orçamentário dos municípios é real. É importante salientar que a proposta de financiamento dessa estratégia se estabelece com base na contribuição das três esferas de governo, ou seja, também os Estados e municípios devem destinar parte de seus recursos para a consolidação da proposta.

Araújo e Dimenstein¹⁰ acreditam ser a inclusão dos profissionais no PSF, ainda hoje, definida por relações pessoais e políticas, o que certamente causará interferência no tipo de trabalho realizado e no comprometimento que esses profissionais estabelecerão com a comunidade e com seu trabalho. Ainda, segundo os autores, muitos desses profissionais encaram a sua participação no PSF como uma atividade passageira, que não requer investimento do ponto de vista profissional. Neste estudo, 47,4% dos profissionais são concursados e 94,8% vinculados ao Programa há mais de três anos.

Ao admitir-se que um dos grandes entraves do PSF refere-se à questão dos RHs, haja vista a falta de anseios, de motivação e de perspectivas salariais alcançadas e, ainda, a dificuldade de relacionamento interprofissional,

bem como a falta de aptidão e satisfação de seus profissionais, torna-se urgente uma forte atuação no nível pessoal¹¹ com ênfase na aceitação e no respeito diante das diferenças entre os indivíduos, além da valorização de todos os envolvidos nos processos decisórios. Para Ribeiro et al.,⁵ os profissionais necessitam ter clareza das condições vigentes em seu trabalho, uma vez que as possibilidades de sucesso e de fracasso não são exclusivas do desempenho deles, mas são também características próprias dos serviços de saúde e das determinações histórico-culturais, fato que poderia levá-los ao sentimento de insatisfação.

Ao apresentar como característica uma enorme capilaridade, o PSF exibe-se como estratégia socialmente sensível, uma vez que suas ações colocam frente a frente profissionais e realidade local,¹² expondo-os constantemente a sentimentos de satisfação e/ou insatisfação.¹³ Neste estudo verificou-se, por meio da percepção dos sujeitos, que a exposição profissional a diferentes realidades constituiu-se motivo de satisfação, especialmente para as auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde.

Locke et al.,¹⁴ autores de um dos primeiros estudos sobre satisfação no trabalho, defendem a satisfação como muito mais determinada pelas relações sociais do que pela recompensa salarial. Alguns dados obtidos por meio deste estudo corroboram essa afirmação, uma vez que as auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde, portadoras de uma das mais baixas médias salariais, apresentaram alto grau de satisfação no trabalho (75% e 68,4%, respectivamente). Entretanto, ao analisar os resultados obtidos no estudo com agentes de saúde da zona urbana do município de Mossoró/RN, os autores perceberam que, apesar de satisfeitas com a profissão em que atuam, ainda existem muitas reclamações no que se refere à baixa remuneração e à grande carga de trabalho a elas designada.¹⁵

Entre os profissionais de nível superior, destacam-se os cirurgiões-dentistas com elevado grau de insatisfação (83,3%) e a classe médica, em sua maioria, satisfeita (71,4%). Os resultados alcançados por Nicolielo e Bastos¹⁶ também mostram a insatisfação dos cirurgiões-dentistas diante da remuneração deles.

Cabe destacar aqui a discrepância salarial existente entre os diferentes profissionais que compõem o nível superior no PSF e os valores de renda média até três vezes maiores para os médicos.^{17,18} Esses dados constituem, ainda, resquícios de uma prática arraigada aos serviços de saúde pública no Brasil e de um modelo de atenção centrado na doença,¹⁹ com freqüente desvalorização de todas as classes profissionais adiante da hegemonia da classe médica.

Quando indagados sobre o motivo que os levou a trabalhar no PSF, somente 10% apontaram motivos financeiros, enquanto 40% afirmaram que trabalham no Programa pela questão da afinidade. A pesquisa desenvolvida por Cura e Rodrigues,⁴ na qual se aborda a satisfação profissional do enfermeiro, mostra uma forte relação entre insatisfação e benefícios financeiros compensadores.

A análise dos relatos obtidos com os profissionais evidencia a variável satisfação positivamente associada à participação em uma nova estratégia de trabalho, portanto pré-disposta a novos arranjos metodológicos e, negativamente, ao relacioná-la aos mesmos problemas humanos, técnicos e operacionais que há tempos cercam as políticas públicas de saúde no Brasil.

Na pesquisa conduzida por Vieira et al.,²⁰ os profissionais destacaram como pontos fortes do PSF o vínculo com as famílias, a educação em saúde, o trabalho em equipe e como pontos preocupantes também reivindicaram a melhoria das condições de trabalho e a estabilidade profissional. Porém, para que o desempenho dos trabalhadores no PSF possa ser otimizado, aumentando, assim, o grau de satisfação de seus trabalhadores, a literatura cita também a importância da implantação e do desenvolvimento de programas de capacitação profissional.²¹ Para Lopes et al. (2007), somente com a continuidade da educação é possível buscar a superação das concepções tradicionais e o fortalecimento de uma nova visão em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática que aborda questões subjetivas, como o interesse e a satisfação profissional, pouco tem sido estudada. Em especial, no PSF, é de suma importância que essas questões sejam consideradas e aprofundadas, visando direcionar o olhar para ações que contemplem as necessidades e os anseios profissionais, bem como a dinamização do processo de trabalho. As informações obtidas por meio deste estudo remetem à conclusão de que a maioria dos profissionais que atuam no PSF demonstrou interesse e afinidade com o Programa, apesar do grau de insatisfação manifestado por alguns profissionais.

Dessa forma, o PSF continua sendo um grande desafio a ser enfrentado, no que se refere à implantação das políticas de atenção básica em saúde no Brasil, visto que se caracteriza por um campo de prática ainda pouco experimentado pelos diferentes profissionais que integram suas equipes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Área Técnica de Saúde Bucal. A Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EG, Onoko RT, Organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-66.
3. Thofehm MB, Leopardi MT. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2006; 15(3): 409-17.
4. Cura MLAD, Rodrigues ARF. Satisfação profissional do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enferm.* 1999 out.; 7(4):21-8.
5. Ribeiro EM, Pires D, Blank VL. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumento para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública.* 2004 mar./abr.; 20(2): 438-45.
6. Epi Info 2000. Programa de computador. Versão 2000. Atlanta (GE): CDC; 2000.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
8. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT. Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943. [Citado em 20 set 2006]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm.
9. Leitão GM. Reflexões sobre gerenciamento. *Texto & Contexto Enferm.* 2001; 10(1): 104-15.
10. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. 2006 [Citado em 20 set 2006]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100031&lng=pt&nrm=iso
11. Lodi DLP, Tagliari MH, Moretto EFS. Limites e possibilidades no trabalho em equipe no Programa saúde da Família – PSF. *Boletim da Saúde* 2003 jul./dez.; 17(2):67-79.
12. Werneck MAF, Lopes MIP, Rocha RC. Algumas reflexões sobre o cuidado em saúde bucal nos serviços de saúde no Brasil (versão preliminar). Belo Horizonte; ago. 2003.
13. Bueno e Silva FSJF. Perfil, Ações e Relações dos Agentes Comunitários de Saúde integrantes do Programa de saúde da família do Município de Araçatuba-SP [dissertação]. Araçatuba: Unesp - Universidade Estadual Paulista; 2005.
14. Locke EA. Convergent and discriminant validity for áreas and methods os rating job satisfaction. *J Appl Psychol* 1964; 48: 313-9.
15. Espínola FDS, Costa ICC. Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2006; 18(1):43-51.
16. Nicolielo J, Bastos JRM. Satisfação profissional conforme tempo de formado. *Rev Faculdade de Odontologia de Bauru* 2002; 10(2):69-74.
17. Machado MH. Programa Saúde da Família no Brasil – algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: Sousa MF, Organizador. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. p. 125-32.
18. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005 jul./ago.; 21(4): 1026-1035.
19. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciê Saude Coletiva* 2005; 10 (Suppl):297-302.
20. Vieira ET, Borges MJL, Pinheiro SRM, Nuto SAS. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. *Rev Bras Prom Saude.* 2004; 17(3):119-26.
21. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciê Saude Coletiva.* 2006; 11(3): 669-81.
22. Lopes EFS, Perdomini FRI, Flores GE, Brum LM, Scola MC, Buogo M. Educação em saúde: um desafio para a transformação do praxis no cuidado em enfermagem. *Revista HCPA.* 2007; 27(2):25-7.

Data de submissão: 8/11/2007

Data de aprovação: 26/6/2008

A CONTRIBUIÇÃO DOS MEMBROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA VISÃO DOS ENFERMEIROS*

THE CONTRIBUTION OF MEMBERS OF THE NURSING TEAM TO THE NURSING PROCESS ACCORDING TO NURSES

LA CONTRIBUCIÓN DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA AL PROCESO DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS ENFERMEROS

Emilia Campos de Carvalho¹
Maria Célia Barcellos Dalri²
Anamaria Alves Napoleão³
Luciana Aparecida Ribeiro Ramos⁴
Michelle Salvador⁵
Paula Elaine Diniz dos Reis⁶

RESUMO

Há controvérsias quanto à participação de auxiliares e técnicos de enfermagem na realização do processo de enfermagem no Brasil. Neste estudo teve-se como objetivo identificar a opinião de 18 enfermeiros das cidades de Brasília-DF e Ribeirão Preto-SP sobre a participação de auxiliares e técnicos de enfermagem nessa metodologia, no que diz respeito a: etapas das quais poderiam participar e medidas necessárias para tal inclusão; atribuições para as quais cada membro da equipe de enfermagem tem competência legal e técnica para desenvolver; e atribuições que poderiam ser desenvolvidas caso tivessem competência legal. Embora a maioria concorde com a participação desses profissionais, restrições foram identificadas: os enfermeiros consideraram os auxiliares e técnicos competentes e habilitados legalmente para executar, prioritariamente, a coleta de dados e a implementação da assistência, contudo, há divergência entre o julgamento realizado pelos sujeitos e o que é previsto na legislação.

Palavras-chave: Processos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Papel do Profissional de Enfermagem; Auxiliares de Enfermagem.

ABSTRACT

There is controversy as to the participation of nursing auxiliaries and technicians in the nursing process in Brazil. This study had the objective of hearing the opinion of 18 nurses from Brasília, capital of Brazil, and Ribeirão Preto, State of São Paulo, on the participation of nursing auxiliaries and technicians in this methodology with respect to: what stages they could participate in and measures necessary for this inclusion; attributions for which each member of the nursing team has legal and technical competency; attributions that could be developed if they had legal competency. Although most participants agree with the participation of these workers, restrictions were stated: the nurses consider that auxiliaries and technicians were competent and legally authorized to collect data and provide care; however, there is disagreement about the judgment and what is laid out in the legislation.

Key words: Nursing Process; Nursing Care; Nursing Team; Nurse's Role; Nursing auxiliaries.

RESUMEN

En Brasil, la participación de auxiliares y técnicos de enfermería en la realización del proceso de enfermería es controvertida. La finalidad del presente estudio ha sido identificar la opinión de 18 enfermeros de Brasília-DF y de Ribeirão Preto-SP, sobre la participación de auxiliares y técnicos de enfermería en dicha metodología respecto a: etapas de las cuales podrían participar y medidas necesarias para tal inclusión; atribuciones para cuyo desarrollo cada miembro del equipo de enfermería tiene competencia legal y técnica y atribuciones que podrían ser desarrolladas si tuvieran competencia legal. Aunque la mayoría esté de acuerdo con la participación de tales profesionales igual se identificaron algunas restricciones: los enfermeros consideraron que los auxiliares y técnicos son competentes y están habilitados legalmente para ejecutar, prioritariamente, la recogida de datos y la implementación de la atención pero, sin embargo, hay divergencias entre el juicio de los sujetos y lo que está previsto en la legislación.

Palabras clave: Procesos de Enfermería; Atención de Enfermería; Rol de la Enfermera; Auxiliares de Enfermería.

* Trabalho desenvolvido com o Grupo de Pesquisa Enfermagem e Comunicação da EERP-USP, subvencionado pelo CNPq.

¹ Enfermeira. Professor Titular na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. São Paulo, Brasil.

² Enfermeira. Professor Doutor na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. São Paulo, Brasil.

³ Enfermeira. Professor Doutor no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos-SP. São Paulo, Brasil.

⁴ Mestre em Enfermagem pela EERP-USP na área de Enfermagem Fundamental. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Fundação Educacional de Fernandópolis. São Paulo, Brasil.

⁵ Enfermeira. Bolsista de Apoio Técnico – CNPq. São Paulo, Brasil.

⁶ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela EERP-USP. São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: Emilia Campos de Carvalho – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Avenida Bandeirantes, 3900 – CEP 14040-902 – Ribeirão Preto-SP – Brasil.

E-mail: ecdcava@usp.br

INTRODUÇÃO

A organização da assistência de enfermagem prestada à pessoa, à família ou às comunidades mediante utilização do método científico tem sido denominada, preferencialmente, em nosso meio, de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Contudo, na literatura internacional, nota-se o emprego do termo Processo de Enfermagem.¹

Em relação à legislação brasileira sobre a SAE, a Lei do exercício profissional nº 7 498/86 já previa como atividade privativa do enfermeiro a consulta, prescrição e evolução de enfermagem.² Posteriormente, tornou-se obrigatória a implantação da SAE, para todo o território nacional, por meio da Resolução nº 272/02, do COFEN.³

Na legislação estão previstas atualmente as seguintes etapas do Processo de Enfermagem: histórico de enfermagem, exame físico, prescrição, evolução, relatório de enfermagem. Essa denominação sofreu influência do modelo preconizado por Horta,⁴ que previa as fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados, implementação, evolução e prognóstico.⁵⁻⁶ Vale lembrar que estudiosos internacionalmente reconhecidos atualmente apresentam o Processo de Enfermagem em cinco etapas denominadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.⁷⁻⁹

O uso desse método tem evidenciado que o profissional emprega um conjunto de operações cognitivas, habilidades psicomotoras e afetivas, além de outras competências profissionais.¹⁰ Em nosso meio, embora a utilização dessas cinco fases venha se consolidando, ainda se observam diferentes estruturas quanto a elas.

No Brasil, para que a assistência se processe com base no método supracitado, os membros da equipe de enfermagem, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem atuam em diferentes atividades com responsabilidades distintas.

Inúmeras dificuldades para a implantação do Processo de Enfermagem são descritas na literatura nacional, como: o seu uso fragmentado; o emprego, na maioria das instituições, como experiências acadêmicas ou de pesquisa; e o envolvimento discreto ou inexistente dos auxiliares e técnicos de enfermagem, muito embora todos os membros da equipe se relacionem para a assistência ao paciente. Contudo, diversas estratégias para minimizar tais entraves têm sido consideradas e utilizadas.¹¹⁻¹³

Alguns autores apontam para a possibilidade de os auxiliares e técnicos de enfermagem não terem interesse no desenvolvimento do Processo de Enfermagem, caso não recebam informações sobre o ele ou sobre o papel dele nesse processo.¹⁴

As atribuições do enfermeiro relacionadas à elaboração e execução das diferentes fases do Processo de Enfermagem apontam-na como responsável pela metodologia assistencial; porém há que se considerar a participação relevante dos demais membros da equipe de enfermagem. Mas indaga-se: Qual a opinião dos enfermeiros que desenvolvem o Processo de Enfermagem quanto à inclusão dos demais membros da equipe de enfermagem nesse processo?

Com este estudo, pretende-se contribuir com a reflexão sobre a integração de todos os membros da equipe de enfermagem na realização do Processo de Enfermagem, bem como sobre as ações que os auxiliares e técnicos de enfermagem podem realizar no contexto desse modelo metodológico, considerando as prerrogativas técnicas, legais e éticas que norteiam o exercício profissional.

OBJETIVOS

Identificar a opinião de enfermeiros que vivenciam o Processo de Enfermagem sobre:

- a participação de auxiliares e técnicos de enfermagem no Processo de Enfermagem
- as etapas que poderiam participar e as medidas necessárias para tal inclusão;
- as atividades que os auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros podem desenvolver.

METODOLOGIA

Trata-se de um *survey*, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, desenvolvido nas cidades de Ribeirão Preto-SP e Brasília-DF. A seleção pelas cidades contempla a presença de pesquisadores-autores nelas e a existência de um número satisfatório de enfermeiros que utilizam o processo de enfermagem e, portanto, têm conhecimento sobre o objeto em estudo. Foram convidados seguindo-se os preceitos de amostragem do tipo “bola de neve”.¹⁵ A amostra foi constituída por enfermeiros que concordaram em participar da investigação (amostra de conveniência).

Foi coletada a opinião do profissional enfermeiro sobre o aspecto legal e a competência para o exercício de determinadas ações por membros da equipe de enfermagem. Cabe destacar que não se buscou caracterizar ou comparar instituições, bem como que não houve a concentração de sujeitos de um mesmo serviço/instituição, sendo estes oriundos de diferentes instituições públicas e privadas das duas cidades.

Esse aspecto evidencia ser a amostra, apesar de pequena, composta de sujeitos com diferentes experiências profissionais.

Para a coleta de dados, inicialmente foram explicitados os objetivos aos sujeitos, em seguida solicitada a autorização para a realização do estudo e, posteriormente, aos que concordaram em participar, a assinatura do consentimento livre e esclarecido, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento composto de três *questões* (qual sua opinião sobre a participação dos auxiliares e técnicos no processo de enfermagem; quais as ações que poderiam desempenhar e quais medidas são necessárias para que participem do processo de enfermagem) e de uma *lista de atividades*, na qual deveria ser assinalado o profissional da equipe de enfermagem que tivesse a competência técnica e respaldo legal para desempenhar tais ações.

O instrumento de coleta de dados foi submetido à validação aparente e de conteúdo, por dois enfermeiros com experiência de ensino em enfermagem e de gerenciamento de unidade na qual se adota o Processo de Enfermagem. Os itens que compõem a lista de atividades (relativos às etapas do Processo de Enfermagem e as ações desenvolvidas) foram adaptados da literatura.¹⁴

Para a análise dos dados, os resultados das questões abertas foram categorizados por temas, respeitando-se as etapas do Processo de Enfermagem, por dois dos autores que, posteriormente, tiveram suas frequências computadas. A análise dos dados da lista de atividades também foi realizada observando-se a frequência das respostas dos sujeitos.

RESULTADOS

Participaram do estudo enfermeiras (n=18) oriundas de instituições públicas e privadas das cidades de Ribeirão Preto e de Brasília. A predominância de mulheres na profissão justifica tal incidência nessa amostra.¹⁶

Com vista a alcançar o primeiro objetivo, questionou-se às enfermeiras se os técnicos ou auxiliares de enfermagem poderiam participar do Processo de Enfermagem. Manifestaram-se positivamente 88,8%; contudo, houve (5,5%) quem destacasse que as fases do Processo de Enfermagem têm de ser realizadas pelo enfermeiro; ou ainda (5,5%) quem respondesse negativamente, não opinando quanto às duas questões subsequentes.

Mesmo concordando, as enfermeiras apontam restrições para a inserção do auxiliar e técnico no Processo de Enfermagem. Para tais respondentes, os técnicos e auxiliares poderiam participar, desde que: executassem atividades inerentes à fase de coleta de dados, isto é, identificando ou registrando problemas, queixas, necessidades básicas, dados da internação (55,5%); restringissem-se à realização das atividades prescritas pelo enfermeiro ou implementação da assistência

(33,3%); empregassem instrumentos específicos elaborados pelo enfermeiro (11,1%); realizassem a evolução do paciente ou avaliação da assistência implementada (11,1%). Ainda, para 5,5% das enfermeiras, a participação no planejamento do cuidado tornaria os auxiliares e técnicos menos resistentes à sua participação nesse processo; e outra, ainda, destacou que eles poderiam participar *com mais afinco*.

Os dados permitem identificar que a maior expectativa que as participantes da amostra têm em relação à participação de técnicos e auxiliares nas etapas do Processo de Enfermagem diz respeito à etapa de coleta de dados. Essa etapa é caracterizada como um processo permanente, que se inicia quando se encontra o paciente pela primeira vez e continua, em cada encontro, até a alta.⁷ Nesse processo, podem se empregadas diversas fontes de informação: o próprio paciente, sua família, os registros do prontuário ou os resultados de exames realizados. Exige-se do profissional, para tal atividade, habilidades de comunicação, conhecimento científico clínico, de semiologia e de semiotécnica, observação da ética profissional e de aspectos sociais, culturais e espirituais.⁷

Dessa forma, entende-se que essa atividade requer de todos os profissionais da enfermagem conduta que valorize os princípios éticos e morais que norteiam a profissão, na relação enfermeiro-paciente.

Pode-se, ainda, considerar que a coleta de dados inclui atividades que variam grandemente em relação à complexidade e que esta, por sua vez, deve ser determinada não somente com base no procedimento a ser realizado, mas do estado do paciente e do contexto em que se encontra.

De acordo com o artigo 10º, inciso I, do Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências, o técnico de enfermagem exerce atividades auxiliares de nível médio técnico e cabe-lhe assistir o enfermeiro no planejamento, na programação, na orientação e na supervisão das atividades de assistência de enfermagem; na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, dentre outras; e, segundo o inciso II, executar atividades de assistência de Enfermagem excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no artigo 9º deste Decreto².

Em relação ao auxiliar de enfermagem, no artigo 11, incisos I a III, desse decreto, esse profissional executa as atividades auxiliares de nível médio atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas no nível de sua qualificação; executar tratamentos especificamente prescritos ou de rotina; além de outras atividades de enfermagem, como administrar medicamentos por via oral e parenteral; realizar controle hídrico; fazer curativos; aplicar oxigenoterapia,

nebulização, enterocлизма, enema e calor ou frio; dentre outros.

Em relação à legislação,² entende-se que cabe ao enfermeiro garantir que o trabalho da enfermagem seja organizado observando-se as etapas operacionais do Processo de Enfermagem sem desvinculá-las dos preceitos que o fundamentam, quais sejam: prestar um cuidado humanizado, uma vez que se baseia na crença de que, uma vez que se planeja e proporciona cuidado, deve-se considerar exclusivamente os interesses, ideais e desejos do consumidor do atendimento de saúde; e, de maneira sistemática, uma vez que suas etapas são deliberadas para maximizar a eficiência e atingir resultados benéficos.⁸

Diante das características do Processo de Enfermagem e da legislação brasileira sobre as atribuições dos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, pode-se observar que todos os profissionais da enfermagem, de acordo com suas atribuições legais, estão envolvidos, direta ou indiretamente, em todas as etapas desse modelo metodológico.

O entendimento, pela maioria das enfermeiras deste estudo, de que a participação dos auxiliares e técnicos de enfermagem possa se dar na etapa de coleta de dados é coerente com o que se espera dos profissionais dessas categorias na prestação do cuidado. Cabe aos enfermeiros assegurar que estejam preparados para fazê-lo com base no conhecimento científico e observando os preceitos éticos e legais da profissão.

Outra expectativa identificada com base nos dados coletados em um importante percentual da amostra foi a de que os auxiliares e técnicos de enfermagem se restringissem à execução de atividades prescritas pelos enfermeiros ou à implementação da assistência.

Na legislação do exercício da enfermagem² consta que ao enfermeiro incumbe, privativamente, dentre outras atividades, a prescrição da assistência de enfermagem.

A etapa operacional do Processo de Enfermagem na qual está prevista a prescrição de enfermagem é a terceira – Planejamento. Essa etapa inclui o estabelecimento de prioridades, de resultados esperados e das intervenções de enfermagem (prescrição de enfermagem) com base nos dados das etapas anteriores (coleta de dados e diagnósticos de enfermagem).⁸

Considera-se fundamental ao enfermeiro o entendimento de que auxiliares e técnicos de enfermagem, ao desempenharem as funções relativas à implementação da assistência de enfermagem, automaticamente coletarão, de acordo com suas atribuições, novos dados que serão relevantes para o cuidado do paciente e também permitirão avaliar os resultados alcançados, o que resgata a característica de dinamismo e inter-relação das etapas do Processo de Enfermagem.

Ademais, é importante resgatar que, de acordo com a legislação vigente,² o artigo 10º, inciso III, assegura,

até mesmo aos auxiliares de enfermagem, executar tratamentos especificamente prescritos ou de rotina, além de outras atividades nessa área.

No entanto, a opinião das participantes deste estudo pode sinalizar para dúvidas que existem, apesar da legislação em relação ao desenvolvimento do Processo de Enfermagem. Entende-se que, por um lado, a legislação impõe aos enfermeiros a implementação desse modelo, atendendo aos seus preceitos filosóficos e metodológicos, com a participação deles no desenvolvimento de atividades que lhes são privativas, tais como elaborar os diagnósticos e a prescrição de enfermagem; e, por outro, que eles deparam, muitas vezes, com uma realidade organizada de forma nem sempre favorecedora. Há que se considerar, ainda, o grande contingente de auxiliares e técnicos de enfermagem no contexto do cuidado e a escassa discussão sobre como incluí-los nesse processo.

Outra expectativa identificada entre um menor número de enfermeiras refere-se à participação do auxiliar e técnico de enfermagem no Processo de Enfermagem por meio do emprego de instrumentos específicos elaborados pelo enfermeiro, da realização da evolução do paciente ou avaliação da assistência implementada e, ainda, da participação deles em reuniões periódicas e discussões do estado do paciente, além das contribuições na elaboração de instrumentos.

Com base nessas respostas, observa-se uma expectativa positiva por parte desses enfermeiros de que o pessoal auxiliar e técnico, de acordo com as ações que realizam, sejam capazes de avaliar a assistência prestada ao paciente empregando instrumento preestabelecido para tal finalidade.

Em relação à criação de instrumentos para registro das etapas do Processo de Enfermagem, entende-se tratar-se de uma atividade importante e que a opinião de todos os sujeitos envolvidos na utilização desses instrumentos deve ser considerada. No entanto, ressalte-se que os instrumentos de registro, por si sós, não asseguram a qualidade da assistência.

Os enfermeiros apontaram, ainda, a importância da participação do auxiliar e técnico de enfermagem no planejamento do cuidado como um fator que possa torná-los menos resistentes ao emprego desse método, isto é, ser um fator motivador dos profissionais de nível médio em relação ao Processo de Enfermagem.

Dentre as medidas necessárias para que pudessem participar do Processo de Enfermagem, a maioria (66,6%) destacou a necessidade de treinamento dos auxiliares e dos técnicos sobre esse método; 22,2% referiram-se à necessidade de explicitar o seu benefício para o paciente; 16,6%, à avaliação contínua dessa participação e do cuidado prestado; e 33,3%, ao incentivo para participação, a importância dessa participação e a necessidade de envolvimento de toda equipe.

Dessa forma, no Brasil, diante das categorias profissionais de auxiliares e técnicos de enfermagem, considera-se necessário discutir e decidir sobre as estratégias para a implementação do Processo de Enfermagem, de forma que todas as categorias estejam plenamente envolvidas, respeitados os preceitos legais, o que certamente contribuirá para que melhore a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Quanto ao segundo objetivo, identificação das atividades que cada membro da equipe (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), tem respaldo legal e competência para executar e quais cada um deles poderia executar caso tivesse respaldo legal, os dados compõem as respostas de 94,4% das enfermeiras, pois uma delas não respondeu de forma coerente, inviabilizando a análise.

De forma geral, na opinião da amostra, os enfermeiros têm competência técnica e legal para o desempenho da quase totalidade das atividades das diferentes fases do Processo de Enfermagem. Quanto à coleta de dados, no que diz respeito ao exame físico, a avaliação da tireóide foi a que apresentou menor escore, tendo sido referida por 72,2% sujeitos; acredita-se que essa resposta esteja relacionada ao fato de que esse procedimento usualmente não tem sido executado durante o exame físico do paciente, embora seja relevante para a identificação da necessidade de regulação hormonal.

Em relação à prescrição de enfermagem empregando protocolos, 11,1% das respondentes não apontaram ser essa uma atividade realizada por enfermeiros.

Também foi observado que 11,1% das respondentes não apontaram o enfermeiro com competência técnica ou legal para executar algumas intervenções como: orientação de familiares na admissão, observação de sondas e cateteres e avaliação dos órgãos dos sentidos. Nesses casos, entendeu-se que tal opinião talvez reflita a prática por ele vivida, uma vez que tais atividades são relevantes e de competência ético-legal do enfermeiro.

Segundo a amostra, todas as demais atividades foram consideradas de competência e responsabilidade dos enfermeiros.

Os resultados apontam ainda pequena diferença de opinião entre as enfermeiras sobre as atividades que os técnicos e auxiliares podem desenvolver, quais têm competência legal e quais as que poderiam vir a desenvolver se tivessem respaldo legal para tal. O fato de a legislação² tratar tais atividades de forma genérica, não as especificando, também pode gerar dúvidas, para os membros da equipe de enfermagem, sobre o respaldo legal para a execução delas.

De forma geral, as participantes desta pesquisa consideram que esses profissionais têm competência legal e técnica para desenvolver a maioria das atividades para as fases de coleta de dados e de implementação da assistência de enfermagem, conforme se verá a seguir.

Para a análise dos dados, foi adotado como aceitável o item do instrumento que obteve pelo menos 2/3 das respostas da amostra. Considerando tal premissa, então, são poucas as atividades para as quais as respondentes apresentaram restrição para que os técnicos de enfermagem a realizassem. Esses dados estão em concordância com os obtidos por outros autores¹⁴ que identificaram estarem os auxiliares e técnicos colaborando nas fases de coleta de dados, planejamento e implementação da assistência.

Na fase de coleta de dados, 66,0% das enfermeiras acolhem como realizadas com competência, pelo técnico de enfermagem, as atividades de identificação do paciente e de seu recebimento na internação ou no retorno de exames ou cirurgias, a anamnese das funções básicas, além de prestar informações gerais sobre os procedimentos e rotinas.

A competência dos técnicos de enfermagem para realizar a coleta de outros dados oriundos do exame físico foi investigada, especialmente: ausculta cardíaca; ausculta pulmonar; avaliação de gânglios linfáticos, de tireóide, de veia jugular, de mucosa oral e ocular; acuidade olfativa, auditiva e gustativa; avaliação de pupilas, de mamas e de genitais; exame de abdome (percussão, palpação, ausculta); avaliação de membros superiores e inferiores (simetria, contraturas, tremores); marcha; e questionamento sobre o uso de práticas terapêuticas não medicamentosas e relacionamento familiar, além de indagação ou observação de expressões de medo e ansiedade. Mais de 66,0% das respondentes não assinalaram que os técnicos de enfermagem têm competência para a realização de tais atividades.

Já para os auxiliares de enfermagem, além dos procedimentos relativos à coleta dos dados referidos para os técnicos, outros foram considerados restritivos a essa categoria pela maioria dos sujeitos: receber paciente de retorno cirúrgico, orientar quanto a rotinas do hospital, coletar informações de antecedentes pessoais e familiares sobre a saúde atual, avaliar estado de consciência, percepção tátil, da acuidade visual, avaliação de pupilas, de higiene e distribuição de dentes, uso de métodos contraceptivos e atividade sexual, presença de drenos, cateteres, sondas e curativos.

Esses dados, em parte, refletem o que ocorre na prática e podem ser reiterados ao se observar a descrição das atividades executadas pelos técnicos e auxiliares em um hospital de grande porte do interior paulista,¹⁴ onde a maioria aponta nunca realizar ausculta cardíaca ou respiratória, palpação de gânglios linfáticos, observar distensão da jugular, avaliar pupilas, tipo de marcha, auscultar o abdome, questionar a qualidade de relacionamentos familiares, indagar sobre outras práticas terapêuticas não medicamentosas; contudo, referem avaliar expressão de medo e ansiedade.

Por outro lado, há atividades complexas para as quais parte das enfermeiras considerou que os técnicos de

enfermagem têm competência para desempenhar; elas se restringem às fases de diagnóstico e de planejamento da assistência, tais como selecionar cuidados para diagnósticos de enfermagem estabelecidos para o paciente e sugerir itens para a prescrição. Para essas atividades, foi bem inferior (< 33%) a indicação de que os auxiliares também pudessem realizá-las.

Cabe lembrar que o COFEN² estabelece que fazer a prescrição de enfermagem é atribuição exclusiva do enfermeiro. Em estudo citado,¹⁴ 48,0% dos técnicos e auxiliares referiram que identificam o problema do paciente, embora nunca façam diagnóstico de enfermagem, e 11,0% relataram que freqüentemente fazem sugestões para a prescrição de enfermagem. Não pode ser desconsiderado que, para muitos profissionais, os problemas do paciente podem ser caracterizados como um sinal ou sintoma apresentado, e não necessariamente como um diagnóstico de enfermagem.

Há que se considerar, também, a complexidade da etapa de diagnóstico de enfermagem e que, em termos de legislação brasileira,³ é bastante recente a exigência da sua elaboração, o que, certamente, acarretará uma mudança considerável no processo de trabalho dos enfermeiros e da equipe de enfermagem.

Em relação à fase de implementação da assistência, as atividades apontadas como podendo ser desempenhadas pelos técnicos e auxiliares são decorrentes das prescrições de enfermagem e médica. Não se entrou no mérito da complexidade das ações, mas, sim, da dependência da autorização de executar um procedimento sob decisão de enfermeiro ou do médico, uma vez que essa tem sido a realidade da prática profissional. Nessa fase de implementação está a grande contribuição dos técnicos e auxiliares, uma vez que executam a assistência propriamente dita sob a supervisão de enfermeiros, quando as atividades são passíveis de ser delegadas.

Quanto à avaliação, última fase do Processo de Enfermagem, descrever o resultado do cuidado prestado não foi considerado pelas enfermeiras como passível de ser realizado pelos técnicos e auxiliares, mas houve concordância quanto à evolução do estado do paciente e observação de alterações durante o cuidado. Cabe destacar que 76,0% dos técnicos e auxiliares, em outro estudo,¹⁴ referem descrever o resultado do cuidado prestado.

Em relação ao procedimento de alta hospitalar, apenas orientações sobre medicamentos, retorno e exames foram consideradas como aquelas que o técnico não apresenta condições de executar. Ao auxiliar, somam-se outros procedimentos considerados pela maioria dos sujeitos como não sendo permitidos a esse profissional executar: anotar condições de deambulação, presença de drenos, soros e sondas, curativos além do registro de entrega de pertences. Na prática hospitalar, entretanto,

observa-se a execução de alguns desses procedimentos por auxiliares de enfermagem.

Observa-se, neste estudo, o entendimento por parte da amostra de que atividades relativas à alta do paciente devem ser realizadas, principalmente, pelo enfermeiro. Ressalte-se a necessidade de uma reflexão, por parte dos enfermeiros, em relação à sua participação efetiva na alta, no contexto da equipe multidisciplinar em saúde.

De forma geral, os dados apontam para a complexidade da questão relativa à participação do técnico e do auxiliar de enfermagem no desenvolvimento do processo de enfermagem. A literatura de enfermagem identifica o enfermeiro como supervisor das tarefas realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem;¹⁷ ao mesmo tempo, aponta que os cuidados de enfermagem mais complexos muitas vezes não são prestados por ele.¹⁸ Concordamos, com base nos dados deste estudo, que os enfermeiros vivem um conflito entre compartilhar o trabalho com os membros da equipe ou executar o que lhes é privativo.¹⁹

Outro aspecto a refletir e que não deixa dúvidas de que a participação dos auxiliares e técnicos de enfermagem no contexto do Processo de Enfermagem deve ser considerada é o fato de essas categorias profissionais constituírem o maior contingente de profissionais na enfermagem brasileira.

Dessa forma, o preparo do pessoal de enfermagem para o desempenho do cuidado, no contexto do Processo de Enfermagem, é tarefa fundamental dos enfermeiros na atualidade. Nesse sentido, autores sugerem que a classificação das intervenções de enfermagem, NIC, pode constituir uma importante ferramenta para que o enfermeiro identifique as necessidades da equipe de enfermagem e realize ações de educação continuada.²⁰

Cabe considerar, ainda, o papel da formação desses profissionais. O sucesso para a execução da prática assistencial, nesse modelo, depende da qualidade da formação de todos os membros da equipe de enfermagem.

Nesse sentido, a inclusão de conteúdo sobre o Processo de Enfermagem e as competências exigidas dos diferentes membros da equipe de enfermagem devem ser considerados nas instituições profissionalizantes e nos cursos de licenciaturas em enfermagem.

Limitações do estudo

Tendo em vista que a implantação do Processo de Enfermagem ainda é incipiente em muitas instituições, empregou-se uma amostra por conveniência. Embora de pequeno porte, a amostra permite retratar a ambigüidade que se observa na prática da profissão. Outro aspecto limitante, para confrontos, é o fato de outros estudos dessa natureza não terem sido identificados.

Contribuições

O estudo possibilitou refletir sobre dúvidas que ainda permanecem sobre a implantação do Processo de Enfermagem no Brasil, date mesmo na própria legislação; refletir sobre a participação de cada um dos membros da equipe de enfermagem nas diferentes etapas do Processo de Enfermagem; identificar a necessidade de valorizar ações que podem ser feitas pelo auxiliar e técnico de enfermagem, previstas na legislação, nas fases de planejamento e implementação; refletir sobre as contribuições que cada membro da equipe de enfermagem possui nas diferentes etapas do Processo de Enfermagem, bem como as características legais e as competência técnicas necessárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Processo de Enfermagem é um método que pressupõe assistência de enfermagem sistematizada, com base no conhecimento científico, humanizada. Considera a individualização e o estabelecimento do melhor cuidado possível ao paciente e deve passar a fazer parte do processo de trabalho dos profissionais da enfermagem brasileira que ainda não o utilizam.

Nesse cenário, é fundamental considerar as particularidades da enfermagem em nosso país, que possui um grande contingente de profissionais de nível médio atuando nos serviços. A introdução efetiva desse método pressupõe uma adaptação por parte dos próprios enfermeiros, dos demais membros da equipe de enfermagem e, também, dos demais profissionais da saúde.

As transformações sociais e científicas das últimas décadas, especialmente no que diz respeito às questões da bioética, assim como a legislação da enfermagem brasileira, tornam inevitável a ocorrência de mudanças no sentido de assegurar que a enfermagem desenvolva seu trabalho de forma metodologicamente orientada, pautando-se no conhecimento científico relativo à clínica, às questões interpessoais, além dos princípios éticos que norteiam a profissão.²¹ Nesse sentido, a

enfermagem dispõe do Processo de Enfermagem, cujos pressupostos filosóficos e metodológicos fornecem um modelo bastante propício.

Os dados deste estudo sobre a opinião de enfermeiros assistenciais em relação à participação de auxiliares e técnicos de enfermagem no Processo de Enfermagem revelaram que os sujeitos reconhecem a necessidade e a possibilidade dessa participação com maior ênfase na etapa de coleta de dados. Revelaram, ainda, o reconhecimento da necessidade de medidas para tal inclusão.

Os enfermeiros desta pesquisa consideram, ainda, que os técnicos e auxiliares poderiam participar de atividades como o emprego de instrumentos elaborados pelo enfermeiro, realizar evolução da assistência prestada, participar de reuniões periódicas, de discussões do estado do paciente, bem como contribuir na elaboração de formulários.

As atribuições que os auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem podem desenvolver, em sua maioria, centralizam-se em coletar dados dos pacientes e realizar cuidados prescritos pelo enfermeiro ou pela equipe médica. Os resultados apontam a existência de dúvidas quanto ao respaldo legal e técnico para o desenvolvimento, pelos técnicos e auxiliares de enfermagem de diferentes passos do Processo de Enfermagem.

É necessário olhar para a realidade da enfermagem brasileira, suas particularidades e identificar no modelo do Processo de Enfermagem as possibilidades diante dessa realidade. Não há dúvidas, de qualquer forma, de que o envolvimento de todas as categorias profissionais da enfermagem em relação ao Processo de Enfermagem é fundamental como um dos requisitos para o alcance de um diferencial em termos de cuidados de enfermagem e alcance de resultados com os pacientes. Há também que se considerar a necessidade de oferta, pelos serviços, de condições favoráveis ao desenvolvimento desse modelo de maneira satisfatória que contribua, de fato, para o desenvolvimento, no Brasil, da excelência em termos de cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho EC, Bachion MM, Dalri MCB, Jesus CAC. Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. *Rev Enf UFPE On Line* 2007; 1 (1):95-99. [Citado em 09 jan. 2008]. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/view/42/26>
2. Brasil. Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei 7498 de 25/junho/1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências. Documentos Básicos de Enfermagem: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares. São Paulo (SP): COREN-SP; 2001.
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Nº. 272 de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro (RJ), 2002. Disponível em: Conselho Regional de Enfermagem [on line]. São Paulo, 2008. [Citado em 09 jan. 2008]. Disponível em: <http://corensp.org.br/072005/>.
4. Horta WA. Processo de Enfermagem. 12ª ed. São Paulo(SP): Pedagógica Universitária; 1979.
5. Daniel LF. A enfermagem planejada. 3ª ed. São Paulo(SP): Pedagógica e Universitária; 1981.
6. Campedelli MC. Processo de Enfermagem na prática. 2ª ed. São Paulo (SP): Ática; 1992.
7. Christensen JP, Kenney JW. Nursing process: application of conceptual models. 4ª ed. St. Louis (MI): Mosby; 1995.
8. Alfaro-LeFevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre(RS): Artmed; 2005.
9. Carpenito-Moyet LJ. Compreensão do processo de enfermagem. Mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007.

10. Carvalho EC, Rossi LA. Modelos, Estruturas e Teorias de Enfermagem: aplicação através do processo de enfermagem. In: Garcia TR, Pagliuca LMF, Organizadores. A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos. Fortaleza: RENE; 1998. p.65-85.
11. Jesus CAC. Assistência de enfermagem a clientes hematológicos: uma visão sistêmica. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1992.
12. Rossi LA. O Processo de Enfermagem em uma unidade de queimados: análise e reformulação fundamentadas na pedagogia da problematização [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1992.
13. Dalri MCB. Perfil diagnóstico de pacientes queimados segundo o modelo conceitual de Horta e a Taxonomia I revisada da NANDA [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1993.
14. Ramos LAR. Sistematização da assistência de Enfermagem: um estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2007.
15. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
16. Takahashi AA. Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades encontradas pelos enfermeiros do Hospital São Paulo para execução do processo de enfermagem. [Doutorado]. São Paulo (SP). Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 2005.
17. Mendes MA, Bastos MAR. Processo de Enfermagem : seqüências no cuidar, fazem a diferença. Revista Brasileira de Enfermagem. 2003, 56 (3):271-6.
18. Meyer DE; Gastald D. Qualificação do profissional auxiliar de enfermagem: um conflito entre formação e a realidade profissional. Ciência e Cultura. 1989 41 (2):171-6.
19. Cianciarullo TI, Gualda DMDR, Melleiro MM; Marina HA. Sistema de assistência e enfermagem: evolução e tendências. São Paulo (SP): Ícone, 2001.
20. Napoleão AA, Carvalho EC. Aplicabilidade de intervenções prioritárias da NIC para o diagnóstico de enfermagem Desobstrução ineficaz de vias aéreas. Cogitare Enferm 2007; 12 (1):9-19.
21. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo 2007/2008. Principais Legislações para o exercício da enfermagem. São Paulo (SP): 2007: p.22-33.

Data de submissão: 11/3/2008

Data de aprovação: 13/5/2008

MOTIVAÇÕES DA VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA A CRIANÇA SOB A ÓTICA DO CUIDADOR AGRESSOR

MOTIVATION OF PHYSICAL VIOLENCE AGAINST CHILDREN FROM THE POINT OF VIEW OF AGGRESSIVE CAREGIVERS

MOTIVOS DE LA VIOLENCIA FÍSICA CONTRA NIÑOS DESDE LA ÓPTICA DEL CUIDADOR AGRESOR

Ester Vander de Campos Cordeiro¹

José Geraldo dos Santos²

Janete Ricas³

Miguir Terezinha Vieccelli Donoso⁴

RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa cujo objetivo é estudar a violência física praticada contra a criança, sob a ótica de pais ou responsáveis agressores. Foram abordadas(os) mães ou responsáveis que já haviam sido formalmente denunciadas(os) por maus tratos a crianças ou adolescentes. O estudo foi realizado com o apoio e a intervenção do Programa Famílias Acolhedoras, da Gerência de Proteção Especial (GEP), vinculada à Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. O tamanho da amostra foi definido pelo critério da saturação, segundo o qual as entrevistas são encerradas quando as informações se esgotam, o que é verificado mediante a repetição de conceitos. Doze pessoas compuseram a amostra. Como técnica de coleta de dados optou-se pela entrevista semi-estruturada. Considerando que os comportamentos, sentimentos, opiniões e atitudes são construídos nas interações sociais por meio da linguagem, neste trabalho foram buscadas as representações existentes no grupo sobre o objeto de estudo, ou seja, a violência física na infância. Assim, foram utilizados como base os fundamentos teóricos e metodológicos das representações sociais. Os autores consideram que a violência praticada contra a criança pelos seus próprios cuidadores se contrapõem ao ato de cuidar, uma vez que o cuidado representa atenção, zelo e envolvimento afetivo. Constatou-se, ao final, que o castigo físico é considerado como uma prática comum, banalizada e, até mesmo, legitimada pela sociedade.

Palavras-chave: Criança; Violência; Violência Doméstica; Cuidado da Criança

ABSTRACT

This is qualitative research and the objective is to study the physical violence on children, from the point of view of abusive parents or guardians. Mothers and guardians formally reported for child and teenager abuse were questioned. The study was done with the support and intervention of the *Famílias Acolhedoras* Program, from *Gerência de Proteção Especial* – GEP (Special Protection Department) linked to the Municipal Association of Social Assistance of the Belo Horizonte City Hall. The size of the sample was defined by the saturation criterion, according to which the interviews are concluded when the information ends. This is verified when concepts keep repeating. There were twelve people in the sample. Data collection was done through a semi-structured interview. Given that behavior, feelings, opinions and attitudes are based on social interactions through language, this paper sought examples of the object of the study in the group, that is, physical violence in childhood. The theoretical and methodological bases of social representation were used. The authors consider that physical violence against children by their own parents/guardians goes against the act of taking care, since care means attention, zeal and affective involvement. It was shown that physical punishment is a fairly common practice, and even approved by society.

Key words: Child; Violence; Domestic Violence; Child Care.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa cuyo objetivo ha sido estudiar la violencia física contra niños desde la óptica de los padres o de los responsables agresores. Se entrevistaron madres o responsables denunciados formalmente por agresiones y malos tratos hacia niños o adolescentes. El estudio fue realizado con el apoyo y la intervención del programa social *Famílias Acolhedoras*, de la *Gestión de Protección Especial* – GEP, vinculada a la *Secretaría Municipal Adjunta de Assistência Social* de la *Municipalidad* de la ciudad de Belo Horizonte, MG. El tamaño de la muestra fue definido por el criterio de saturación según el cual las entrevistas terminan cuando la información se agota, lo cual se comprueba cuando empiezan a repetirse los conceptos. La muestra consistió en doce personas. Para la recogida de datos se optó por la técnica de la entrevista semiestructurada. Considerando que los comportamientos, sentimientos, opiniones se construyen en la interacción social por medio del lenguaje, en este trabajo se buscaron las representaciones existentes en el grupo sobre el objeto de este estudio, es decir, la violencia física contra niños, en base a los fundamentos teóricos y en las representaciones sociales. Los autores consideran que la violencia contra niños por sus propios cuidadores es opuesto al acto de cuidar porque que cuidado significa atención y compromiso afectivo. Se ha comprobado que el castigo físico es una práctica común, banalizada e inclusive legitimada por la sociedad.

Palabras clave Niños; Violencia; Violencia Familiar; Cuidado del Niño.

¹ Historiadora. Coordenadora do Programa Famílias Acolhedoras da Gerência de Proteção Especial da Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Minas Gerais, Brasil.

² Bacharel em Filosofia. Membro do Programa Famílias Acolhedoras da Gerência de Proteção Especial da Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Minas Gerais, Brasil.

³ Médica pediatra. Docente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Mestre e doutora em Pediatria. Minas Gerais, Brasil.

⁴ Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG. Mestre em Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFMG. Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

A violência contra a criança na sociedade é um fenômeno antigo. São comuns os relatos de atos de violência praticados contra crianças desde as épocas mais remotas da história da civilização humana. Descrições desses atos são encontradas na Bíblia, a qual embasa preceitos religiosos para a conduta dos seres humanos até nossos dias.

Philippe Ariès mostra em suas pesquisas históricas a persistência do infanticídio tolerado até o final do século XVII. A partir do século XVIII, a opinião pública já mostrava indignação em relação aos bebês abandonados pelas mães e/ou pais nas ruas, muitas vezes sendo devorados por animais ou vitimados pelo mau tempo ou pela fome.¹ Lembramos que havia dois tipos de abandono: o abandono “selvagem” e o abandono “civilizado”, classificados conforme o local da exposição. No primeiro caso, as crianças eram abandonadas em locais onde eram expostas à morte. No segundo, eram abandonadas em hospitais, domicílios ou conventos.²

O abandono de bebês “enfeitados” criou em alguns conventos a famosa “roda de crianças abandonadas”, que consistia de um dispositivo mecânico instalado em instituições religiosas e/ou filantrópicas, por meio do qual a mãe podia colocar a criança, discretamente, para ser cuidada por outros sem entrar em contato com as pessoas cuidadoras e sem ser reconhecida. Esses bebês passavam a ser identificados como “filhos da roda”.³ No Brasil, as primeiras rodas dos expostos foram instaladas nas Santas Casas de Misericórdia de Salvador e do Rio de Janeiro.⁴

Mesmo sendo parte de um processo tão antigo e considerando que o movimento de valorização da criança data já de alguns séculos, os maus tratos à criança vêm despertando maior interesse e maior preocupação dos profissionais da saúde somente a partir das últimas décadas. Por questões culturais e/ou conjunturais, durante muito tempo foram encarados pela humanidade como algo normal e quase ignorados pela ciência.

Em 1868, Ambrose Tardieu publicou um estudo com crianças que haviam sido sacudidas até a morte. Essa síndrome foi descrita, anos mais tarde, por John Caffey, e continha os seguintes sintomas: hematomas e fraturas múltiplas, contusões e hemorragias na retina, desnutrição e atraso no desenvolvimento.⁵ Após aprofundamento nas suas pesquisas, Caffey concluiu que, além dos traumas musculares e ósseos, havia também evidências de abuso sexual, negligência e maus-tratos psicológicos em algumas dessas crianças.⁶

Em 1962, Kempe e Silverman propuseram a expressão “Síndrome da Criança Espancada” para denominar fraturas e hematomas infligidos às crianças por seus pais.⁷

Nos Estados Unidos, na década de 1970, foram criados programas nacionais de prevenção dos maus tratos, tornando público um problema até então considerado particular.⁸

No Brasil, a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 constituiu um marco histórico no que tange à proteção de crianças e adolescentes brasileiros. Porém, ainda há muito que ser percorrido em relação à minimização da violência praticada contra a criança e o adolescente, principalmente a violência intrafamiliar. Entende-se por violência intrafamiliar

[...] toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue.⁹

Também utilizada na atualidade no meio científico e jurídico, a expressão “violência doméstica” é mais abrangente, incluindo pessoas que convivem no ambiente familiar, como empregados, agregados e visitantes esporádicos.¹⁰

A violência intrafamiliar não é fácil de ser combatida, pois, além de ser considerada por muitos como normal ou como uma questão particular da família, é exercida sobre os membros mais vulneráveis da sociedade: crianças e mulheres. Há ainda, como agravante, a “lei do silêncio”, fortemente envolvida nessa questão. As vítimas são ameaçadas e, seja por desinformação, medo ou descrédito nas instituições oficiais, não se manifestam. Esse tipo de violência somente vem à tona quando a vítima requer atendimento médico ou quando alguém – geralmente externo ao âmbito familiar – a denuncia aos órgãos competentes. No entanto, em decorrência de fatores semelhantes, principalmente culturais, desinformação e a ainda incipiente organização social, essas denúncias são poucas e estão longe de mostrar a intensidade e a gravidade do fato. Não habituados a pensar nessa violência e, principalmente, a não vê-la como responsabilidade deles, os profissionais de saúde não estão atentos e não buscam de forma sistemática os sinais dela. É possível que mesmo entre eles a obrigatoriedade da denúncia, prevista no ECA, seja ainda amplamente desconhecida e, assim, freqüentemente negligenciada.

O artigo 136 do Código Penal brasileiro diz que maus-tratos significa: “expor a perigo a vida ou a saúde de pessoas sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fins de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de coerção ou disciplina”.¹¹

Os maus-tratos podem ser classificados em: violência física, maus-tratos emocionais ou psicológicos, negligência e abuso sexual.¹² Há, ainda, a Síndrome

de Munchausen por procuração, um quinto tipo mais incomum e surpreendente de maus-tratos em que o cuidador provoca lesões e/ou doenças na criança com a finalidade de obter ganho secundário, psíquico ou material nas instituições de saúde.

A violência física é definida como utilização de força física em caráter intencional, por parte dos pais ou responsáveis ou adolescente mais velho, com o objetivo de ferir, provocar dano ou levar à morte a criança ou adolescente, deixando ou não marcas visíveis.¹³ Não encontramos na literatura definições específicas sobre castigo leve, castigo severo, palmada, espancamento e outros.

A violência praticada contra a criança pelos seus próprios cuidadores (pais ou responsáveis) é, no mínimo, antagônica, pois eles são justamente os encarregados, cultural e legalmente de protegê-la contra ela. Para Boff,¹⁴ o cuidado se opõe ao descuido e ao descaso, abrangendo mais que um momento de atenção, de zelo ou desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro.

Grande parte dos casos de violência contra a criança ocorre em ambiente familiar, o que constitui um importante agravante nessa questão, uma vez que a sociedade espera que os familiares sejam o porto seguro da criança. Além disso, esse tipo de violência é agravado, sendo, em termos psíquicos, altamente danoso, pelo fato de a própria criança sentir e ver os pais e os cuidadores como protetores. No entanto, os maus-tratos praticados pelos próprios pais ou responsáveis são extremamente comuns, assumindo índices assustadores nos países que já se organizaram para o recebimento de denúncias e que mantêm pesquisas regulares.¹⁵

Faz-se necessário maior número de estudos sobre o assunto que elucidem as motivações da violência contra a criança, praticada por quem a cuida.

OBJETIVO

Estudar as motivações para a prática da violência física na infância, sob a ótica dos pais ou outros cuidadores.

METODOLOGIA

Foram abordadas mães ou responsáveis que já haviam sido formalmente denunciadas por maus-tratos a crianças ou adolescentes. O estudo foi realizado com o apoio e a intervenção do Programa Famílias Acolhedoras, da Gerência de Proteção Especial (GEP), vinculada à Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Esse programa atende famílias com crianças até 12 anos, com vínculos familiares fragilizados, em situação de risco pessoal, que possuem de alto grau de vulnerabilidade social, com medida de proteção expedida pelos órgãos competentes (Conselhos

Tutelares, Juizado da Infância e da Juventude e Ministério Público). Durante o período de permanência no programa, são realizados atendimentos (individuais e/ou em grupo), reuniões, encaminhamentos à rede pública de serviços e visitas domiciliares. Famílias sem fonte de renda são contempladas com uma bolsa equivalente a um salário mínimo mensal, pelo período de seis meses. Essas ações têm por objetivo possibilitar a superação das vulnerabilidades, o resgate da função protetora à criança e ao adolescente e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. O plano de intervenção, pactuado com a família, é avaliado de maneira contínua e ajustado conforme a avaliação de cada caso. No decorrer do processo e ao seu término, são enviados relatórios qualitativos ao órgão encaminhador. Foram entrevistados um pai e dez mães.

Optamos pela pesquisa qualitativa, uma vez que esta é indicada na literatura como a mais adequada para o estudo de motivações, objetivo desta pesquisa. Como referencial teórico, utilizamos os fundamentos das representações sociais (RS). A possibilidade de captar e compreender as motivações da prática dos maus-tratos, abordando um pequeno número de indivíduos, baseia-se em determinados pressupostos sociológicos que respaldam o conceito de Representações Sociais.

O conceito de Representações Sociais foi criado por Moscovici¹⁶ na década de 1960:

Um sistema de valores, idéias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambigüidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social.^{16: xiii}

As concepções, idéias e crenças surgem das condições de existência dos grupos humanos, nas interações entre os seus componentes. As interações sociais são a condição de formação das "Representações Sociais", as quais, dialeticamente, permitem as relações entre os indivíduos.

Segundo Madeira,

[...] as representações que temos constroem-se na história de uma dada formação social, num processo de relações familiares, grupais e intergrupais, que se estende ao longo da vida e, em meio ao qual, afetos, necessidades, valores, normas, estereótipos, imagens, símbolos, demandas e interesses tomam forma articulando-se em palavra proferida ou silenciada, palavra entendida ou negada.^{17:130}

O discurso reflete as interações sociais. Embora singular, unidade de um plural, a fala do sujeito seria um "recorte

das representações de um tempo histórico e um espaço social,^{18:54} veiculando, portanto, de forma mais imediata, as representações de seu grupo de pertinência e de forma mediata as representações de grupos cada vez mais abrangentes.

Considerando que os comportamentos, sentimentos, opiniões e atitudes são construídos nas interações sociais, por meio da linguagem e expressos na fala, neste trabalho buscamos captar nas entrevistas as representações do grupo sobre o objeto de estudo, ou seja, a violência física na infância.

Para a análise, as representações buscadas foram organizadas em categorias após leituras repetidas e flutuantes das entrevistas.¹⁹ Para a análise dos dados, tomamos como referência a técnica da análise do discurso (AD), uma vez que:

- O discurso formado é fortemente configurado pelo quadro das instituições em que se produz: “Quando se diz algo, alguém o diz de algum lugar da sociedade para outro alguém, também de algum lugar da sociedade e isso faz parte da significação”.^{20:26}
- Nas condições de produção do discurso que delimitam sua configuração deve ser levado em conta “não somente o meio ambiente material e institucional do discurso, mas ainda as representações imaginárias que os interactantes fazem de sua própria identidade”.²¹
- A fala de cada um carrega a história do indivíduo e a história dos grupos de pertinência mais próximos e mais distantes.
- Cada discurso configura, para si mesmo, um espaço próprio no interior de um interdiscurso, refletindo a especificidade de determinada categoria ou grupo social.

Para Viana e Barros,²² na utilização da AD como técnica de análise procura-se ir além do que se diz e do que fica na superfície das evidências. Dessa forma, buscam-se a essência, o implícito, o que se esconde nas palavras, e a relação do homem com seu mundo social e histórico.

Este trabalho foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Por questões éticas, os nomes dos entrevistados e das crianças envolvidas foram todos substituídos por nomes fictícios.

RESULTADOS

A estrutura familiar das pessoas abordadas apresentou-se bastante variada, com a presença de famílias nucleares simples, reconstituídas e extensas, uma família com genitores ausentes e algumas monoparentais femininas.

A renda *per capita* dessas famílias variou entre R\$ 32,50 e R\$ 165,00, com média de R\$ 79,59. Em algumas casas, a renda mensal da família provinha unicamente da bolsa do Programa Famílias Acolhedoras.

As classes sociais do chefe da família da população estudada foram subproletariado e proletariado, de acordo com a classificação de Barros.²³ Os membros eram trabalhadores informais, sem salário fixo (vendedores ambulantes, diaristas, catadores de papel), o que dificultava a sobrevivência das famílias.

Categorias

Duas grandes categorias foram identificadas:

- **Explicações sobre o ato de bater ou espancar**
- **Concepções e julgamentos sobre o ato de bater ou espancar**

Na categoria “Explicações sobre o ato de bater ou espancar” foram encontradas as seguintes subcategorias:

- *Dificuldades sociais e econômicas*
- *Dificuldade do dia a dia nas relações familiares e com a criança*
- *Descontrole emocional*
- *A culpa é da criança*

Na categoria “Concepções e julgamentos sobre o ato de bater ou espancar” foram encontradas as seguintes subcategorias:

- *Bater não é grave*
- *Bater educa*
- *Dói em quem bate*

Explicações sobre o ato de bater ou espancar

- *Dificuldades sociais e econômicas*

As dificuldades financeiras e o desemprego são alguns dos fatores de risco freqüentemente encontrados nos casos de maus-tratos a crianças, referidos aos perpetradores, citados por Pires.²⁴ As situações de miséria são verbalizadas por algumas mães, que relacionam o comportamento agressivo à condição social em que se encontram:

E meu marido, ele tava me ajudando com o carrinho, ele não achava serviço nenhum, nenhum. Nós tava numa situação muito difícil, difícil mesmo. E ele saía... meu menino saía pra rua, ficava na rua, frente da favela pedindo dinheiro, pedindo comida. E quando eu tava lutando com o carrinho de papelão, ele tava na favela pedindo comida, um prato de comida, dinheiro, e as coisa que ele pedia era pra ele, entendeu? [...] E eu batia de vara. Nervosa com isso, com tudo. Aí eu batia nele, quando passava uma semana ele fazia as mesmas coisa. Aí eu caí por mim que não resolve. Aí eu ia e conversava com ele. Aí na conversa ele obedecia. Na conversa eu dizia: “Oh meu filho, não faz isso. A mãe tá trabalhando dia e noite. Vou trazer alguma coisa pra vocês... boa pra dentro de casa pra vocês comer. (Amarilis)

Outra mãe descreve uma situação não propriamente de violência física, mas de desespero intenso, quando

pensou em matar o próprio filho por falta de condições financeiras para mantê-lo:

Aí começou, ele (o companheiro) sumiu e, e... eu não tinha contato direto com a família dele, minha família não é daqui, e nisso o Chiquinho começou a passar falta das coisas. Faltava leite, faltava Mucilon, é... eu fazia água de fubá pra ele. Aí quando foi um dia, eu falei 'Eu vou dar fim nisso tudo'. Eu vendi [...], vendi um secador meu... Eu comprei chumbinho pra dar pro Chiquinho. Eu comprei veneno pra dar pro meu filho. Eu peguei, cheguei e pedi, falei pra uma vizinha minha o que tinha acontecido. Ela falou: Não! Não pode chegar nesse ponto não (choro compulsivo). Na hora que eu fui dar pro Chiquinho, ele pegou, olhou pra mim e falou assim: 'É remédio, mamãe?' Eu falei: 'Isso não é remédio não, só que vai acabar com esse sofrimento seu e meu, ultimamente'. Só que na hora que eu fui dar pra ele, a mamadeira caiu no chão. A mamadeira quebrou e era de plástico. (Adriana)

• *Dificuldade do dia-a-dia nas relações familiares e com a criança*

Neste estudo, os pais alegam as dificuldades do dia-a-dia nas relações familiares como determinantes de maus-tratos aos filhos. No entanto, o relacionamento entre pais e filhos é bastante complexo e dificilmente as relações familiares se dissociam do contexto e da época, estando, sobretudo, nessa classe social, visivelmente ligada a questões econômicas. A rede familiar, inserida no contexto social e histórico, sofre as influências deste, ao mesmo tempo que o influencia, num complexo sistema de trocas.²⁵ O relato abaixo demonstra apelo ao relacionamento do casal associado às dificuldades financeiras e do cotidiano da família:

Então eu sou uma pessoa muito nervosa, né? Meu menino mais velho, então eu tava naquela fase, fiquei esperando um atrás do outro, né? Então eu era muito nervosa, ele ficava fazendo pirraça, e eu batia... batia. Batia muito. Das vezes com o chinelo, das vezes com outra coisa. Mas batia mais nas perna e na bunda. E o pai dele sempre bebendo. Chegava em casa, queria quebrar as coisas, das vezes com um real, tinha dia que ele não chegava com nada dentro de casa... (Alice)

• *Descontrole emocional*

Observamos no relato de algumas mães a ocorrência de descontrole emocional como explicação para a violência. O trecho abaixo demonstra um momento de agitação, o qual ela atribui ao nervosismo gerado pela situação do cotidiano:

A última vez que eu machuquei ele, eu empurrei ele, eu tava tão agitada que eu empurrei ele, tava começando, ele já tava com um ano e dois meses. Eu num tava na Família Acolhedora ainda não. Ele bateu, eu dei um empurrão nele que ele bateu com a cabeça assim no chão e enfiou uma pedra aqui na testa nele. Ele deu quatro ponto. (Adriana)

Outra mãe descreve cenas de descontrole emocional motivadas por atitudes da filha consideradas reprováveis, contrárias aos valores familiares:

Ela não viu, mas escutou a gritaria. Mas aí ela me perguntou e eu confirmei que realmente tinha batido, sim. Que eu tava muito nervosa, porque nunca tinha havido isso de roubar. Não sei se ela ficou com vontade de comer alguma coisa, ou comprar, e eu não tinha dinheiro pra dar... Foi só dessa vez. Porque ficou marca, realmente ficou, porque eu bati descontrolada... (Águida)

O descontrole emocional constante ou ocasional ocorre nos seres humanos independentemente da classe social e econômica. A raiva e a agressão que escolhem a criança como objeto encontra explicação, com certeza, numa história das relações familiares individuais do agressor. Entretanto, consideramos que há certa permissividade (cultural e social) que facilita a expressão desse descontrole sob a forma de violência contra a criança. A raiva escolhe o objeto, também mais acessível, porque menos protegido. Fisicamente frágil por sua idade, a criança é também socialmente frágil, uma vez que ainda não há, efetivamente, punição contra o os maus-tratos, mesmo que prevista em lei. Além disso, outros fatores situacionais também contribuem para tal. Por exemplo, o impacto dos eventos de vida estressantes é considerado por Cecconello et al.⁵ como fator de risco para situações de abuso e maus-tratos.

• *A culpa é da criança*

A justificativa pelo ato de bater aparece em alguns casos como culpa da criança. Algumas mães alegam que o filho "não tem jeito", ou simplesmente que tem temperamento difícil. Moreira²⁶ reconhece que as provocações infantis são tamanhas e tão intensas que, realmente, às vezes levam os pais a recorrer a palmadas. A mesma autora, porém, questiona: É o comportamento da criança que provoca o impulso de bater ou é a raiva que os pais sentem na hora, por não saberem resolver a situação de outra forma? Essa diferença é fundamental para a compreensão de que o adulto, às vezes, não sabe lidar com determinados comportamentos da criança:

Às vezes, fica falando, falando, e eles num tem jeito. Tem que dar um tapa, tem que pôr de castigo, porque senão num tem jeito. (Alana)

Me denunciava porque eu batia. Aí depois eu comecei a tratar dele, né? Botei na escola, passei a ir na igreja, aí que fiquei mais calma, né? Porque ele é muito custoso. Muito custoso. (Alice)

Concepções e julgamentos sobre o ato de bater ou espancar

Há uma série de concepções arraigadas (convicções) nas famílias que parecem motivar ou facilitar o castigo físico. Tais concepções existem em todas as camadas sociais e se expressam por jargões amplamente conhecidos na nossa cultura: *Tapinha não dói; Bater pode ser um ato de amor, "tapoterapia"; Criança precisa apanhar; não apanha agora apanha depois; só concerta na pancada, etc.* Entre nós, a crença de que a palmada "na hora certa" possa ser aplicada como recurso na educação é refutada por Zagury,²⁷ que se manifesta completamente contra o ato de bater nos filhos.

Associadas a essas convicções, encontramos em nosso estudo, as seguintes subcategorias:

- *Bater não é grave*

Observamos que algumas mães não atribuem gravidade ao fato de terem espancado seus filhos. Utilizam até mesmo eufemismos que amenizam a atitude de violência, tais como *palmadinhas, tapinhas...*

[...] eu não gosto de bater não, não sou de bater em criança não. Só dou umas palmadinha com a mão e umas varadinha, porque eles é ruim, mas precisa ver. Que são igual uma benção... É tipo um nervoso, ele é nervoso, é o tipo dele mesmo, que é agitadinho. Aí eu dou umas palmadinha, mas não pego a correia não, que menino não gosta de apanhar. Pego não, só o chinelo, porque pegar a correia pra dar numa criança de dois anos eu não tenho essa capacidade. Eu acho que é muito novinho. (Ana)

Outra mãe, ao mesmo tempo em que descreve a violência praticada contra sua filha, ameniza com a expressão *Graças a Deus não foi nada grave*:

Eu batia muito...lh, era com o que estivesse na minha frente. Qualquer coisa que eu pegasse. Inclusive esse segundo fato também ajudou eles a ficarem abrigados, no Abrigo. Nessa época eu também trabalhava de dia e durante a noite, aí sumiu dinheiro que tava lá dentro da bolsa da minha mãe. Aí minha mãe veio me falar que foi um dos meus meninos gêmeos. Então, quando eu vi, eu tava com um cabo de vassoura e comecei a bater na mão dela, só que ela baixou a cabeça. E no baixar da cabeça, o pau bateu no olho dela. Então deu sérias conseqüências, ela quase ficou cega. Teve até que fazer cirurgia, quase há um bom tempo, cinco ou seis mês deu uma catarata no olho dela. Graças a Deus não foi nada grave. (Amélia)

- *Bater educa*

Essa concepção aparece também nas famílias deste estudo, que acreditam no castigo físico como prática educacional:

Eu lido com eles... a hora que eles merece, eu bato! Agora se eles não fazer nada de errado, eu não bato. Agora se fazer eu bato muito!... Eu bato mais na perna, né? Nas perna e na bunda. De borracha, de borracha eu bato. Inclusive, no tal do Maycon eu não tô batendo mais porque nem conversar com ele eu tô conversando. (Altiva)

Ah, é porque ela ficava na rua, fugia de casa, ia pra rua, e eu chegava do serviço e ela tava na rua, aí cada dia que chegava, e eu tinha os outros menores, em vez de ela fazer as coisas, e eu ficava nervosa, que agora não acontece mais. Melhorou bastante e aí eu agredi ela. Aí ficou marca... é sei lá, negócio de dentro de casa mesmo, né? Eu tava com um tição de brasa e larguei nela. Acho que esse dia foi mais. Porque filho a gente não cria sem bater, né? Só que nesse dia foi pior. (Aldete)

Observamos no primeiro relato que a mãe busca amenizar a atitude, justificando que não bate em partes delicadas (bate nas pernas e nas nádegas).

- *Dói em quem bate*

A questão da dor sentida por quem bate mostra-se presente em alguns relatos:

[...] bato. As minhas menina já tão entrando, já tão pré-adolescente. Então a gente fica falando, falando, às vezes ocê ta irritado, o menino táa... Ele sabe que eu dou, que dói mais ne mim do que nele. (Alana)

De acordo com Moreira,²⁶ o adulto que bate o faz por sentir-se sem saída no momento. Também apanhou na infância e agora repassa sua dor moral para a geração seguinte, alivia-se e pune-se ao mesmo tempo, bate e apanha junto. Embora a literatura mostre a associação entre ser maltratado na infância e ser maltratante em adulto, o relato, em si, da dor do adulto para o entrevistador e para a criança, poderia significar dizer: "Eu tenho razão, pois faço contra a minha vontade. Faço porque sou responsável pela sua educação e a única forma de educar você é batendo". No nosso ponto de vista, isso remete novamente às questões históricas e culturais e, portanto, às crenças e permissividade desse tipo de violência.

Note-se nas falas apresentadas que elas são produzidas por famílias que estão sob tutela judicial, em processo terapêutico e educativo e em uma situação de entrevista na própria instituição educativa. Além disso, o que é dito o é para alguém "hierarquicamente superior" no imaginário dessas famílias e introduzido pela instituição educativa. São essas as condições imediatas da produção do discurso que seriam altamente determinantes de um discurso de negação e de amenização dos fatos vivenciados e convicções expostas. No entanto, mesmo assim, os relatos são chocantes e justificados pelos entrevistados, que buscam, freqüentemente, a concordância do entrevistador quando expressam concepções que tomam como universais:

[...] meus filho é tudo trabalhador, tudo é empregado, ninguém é vagabundo. Agora vem os neto pra tomar conta e já entra nessa safadeza? O tiner eles parou com ele, agora tá na maconha. Agora é maconha. De tanto eu bater neles por conta do tiner, menina, mas eu já tava entrando em depressão. De tanto bater neles... (Altiva)

Esses fatos nos levam a hipotetizar a força cultural que ainda carrega entre nós a violência contra os filhos, fazendo com que os pais ainda não consigam atribuir o mesmo significado às suas atitudes como já feito por parte da nossa sociedade e cada vez mais defendido e estudado no meio acadêmico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o descontrole emocional, as relações familiares, a situação social e econômica e as características da própria criança constituam alegação para maus-tratos, acreditamos que concepções, ainda dominantes na nossa cultura, tais como da criança como propriedade da família e do bater como forma legítima de educar, são facilitadoras da canalização da agressividade descontrolada em sua direção.

O castigo físico mostra-se como uma prática comum, banalizada e, até mesmo, legitimada pela sociedade. No nosso meio, um traço cultural importante parece ser, ainda, a admissão do direito sem limites dos cuidadores sobre a criança, o que leva ao abuso de poder do mais forte sobre o mais fraco. Apesar de o nosso país possuir leis avançadas no que tange ao respeito e ao tratamento de crianças e adolescentes, ainda há muito que ser percorrido até que estes sejam realmente considerados cidadãos mercedores de respeito, proteção e afeto. A criança e o adolescente apresentam-se em condição de desvantagem, o que facilita a prática de violência contra eles. Os primeiros passos, porém, já foram dados.

Esse estudo resultou da convicção de que a compreensão dos pais que batem pode ajudar a avançar no processo de mudanças sociais e culturais que diminuam a violência e promovam o bem-estar da criança no seio de sua família.

Ao final, pode-se concluir que os pais necessitam de ajuda: desde condições mínimas de sobrevivência que lhes permitam ser mais “humanos” com sua prole, condições de relativa estabilidade de valores sociais, acesso à informação e ao desenvolvimento cultural e o desenvolvimento de métodos eficazes que lhes permitam renunciar ao castigo físico. Entretanto, a divulgação e a aplicação das leis podem acelerar as mudanças culturais e, no mínimo, proteger um pouco mais as crianças enquanto se aguarda que essas mudanças ocorram num processo mais ou menos lento. O apoio às famílias em situação de risco para violência é uma medida importante no avanço social em direção à consolidação dos direitos da criança, mas, também, a colocação em prática das leis de proteção já existentes, certamente, contribuirá para mudanças culturais no trato à infância.

REFERÊNCIAS

1. Russel W. Fidalgos e filantropos; a santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1550-1755. apud Roque EMST, Ferriani MGC. Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na comarca de Jardinópolis – SP. Rev Latino-Am Enferm. 2002 maio/jun.; 10(3):334-44.
2. Scott ASV. Educação e filhos. [Citado em 30 nov 2005]. Disponível em: http://www.dhi.uem.br/publicaçõesdhi/diálogos/volume01/vol04_rhal.htm.
3. Lopes MVG, Tavares Jr PA. Maus-tratos: 57 observações em enfermaria. *Pediatr Mod.* 2000 out.; 36(10):684-8.
4. Roque EMST, Ferriani MGC. Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na comarca de Jardinópolis – SP. Rev Latino-Am Enferm. 2002 maio/jun; 10(3):334-44.
5. Cecconello AM, De Antoni C, Koller SH. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicol Estud.* 2003; 8(n. esp.):45-54.
6. Costa F, Saus JC, Camargo RS. Síndrome de caffey – Odontologia legal. [Citado em 30 nov. 2005]. Disponível em: <http://www.medicina legal.com.br/artigos>
7. Santoro Jr M. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. Um fenômeno antigo e sempre atual. *Pediatr. Mod.* 2002 jun; 38(6):279-83.
8. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saúde Pública.* 1994; 10(1):177-87.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968/GM, de 25 de outubro de 2001. In: Pfeiffer L, Oliveira VL. Notificação obrigatória de violência ou suspeita de violência na infância e adolescência – N.O. In: Campos JA. Segurança da criança e do adolescente. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003. p.354.
10. Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr Rio Grande do Sul.* 2003 abr; 25 (1): 9-21.
11. Código Penal Brasileiro. 39ª ed. São Paulo: Saraiva; 2002.
12. Cavalcanti AL. Maus-tratos infantis: aspectos históricos, diagnóstico e conduta. *Pediatr Mod.* 2002 set; 38(9):421-6.
13. Pfeiffer L, Waksman RD. Violência na infância e adolescência. In: Campos JA. Segurança da criança e do adolescente. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003. p.354.
14. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. In: Monalina MAS, Gonzaga MTC, Oliveira MLF. Cuidado e enfermagem: reflexões sobre essa parceria. Curso de Especialização em saúde mental e Intervenções Psicológicas. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2003.
15. ABRAPIA. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção; guia de orientação para educadores. 2ª ed. Petrópolis: Autores & Agentes & Associados; 1997. p. 40.
16. Moscovici S. Representações sociais: investigação em psicologia social. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005. p.404.
17. Madeira M. representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação. In: Moreira ASP. Representações sociais: teoria e prática. João Pessoa: Editora Universitária; 2001. p. 464.
18. Fiorin JI, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. 16ª ed. São Paulo: Ática; 2003. p. 26-33:
19. Brandão HHN. Introdução à análise do discurso. 2ª ed. Campinas: Editora da UNICAMP; 2004. p. 53-86
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999. p. 269.
21. Mainguenu D. Novas tendências em análise do discurso. 3ª ed. Campinas: Pontes: Editora da UNICAMP; 1997. p.197.
22. Vianna PCM, Barros S. A análise do discurso: uma revisão teórica. *REME Rev Min Enferm.* 2003 jan./jul.; 7(1):56-60.
23. Barros MBA. A utilização do conceito de classe social nos estudos de perfis epidemiológicos: uma proposta apud Alvim CG. A representação social da asma e o comportamento de familiares de crianças asmáticas [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 2001.
24. Pires JMA. Violência na infância – aspectos clínicos. In: Pires JMA. Violência doméstica. Brasília: UNICEF; 2000. p.61-70.
25. Maldonado MT. Comunicação entre pais e filhos; a linguagem do sentir. São Paulo: Saraiva; 1997. p.09-16.
26. Moreira CC. Um tapinha dói demais. *Pediatr Mod.* 2002 maio; 38(5):207.
27. Zagury, T. Educar sem culpa. São Paulo: Círculo do Livro; 1993. p.111-120

Data de submissão: 13/5/2007

Data de aprovação: 16/6/2008

FATORES DE RISCO PARA QUEIMADURAS E CHOQUE ELÉTRICO EM CRIANÇAS NO AMBIENTE DOMICILIAR

RISK FACTOR FOR BURNS AND ELECTRIC SHOCK IN CHILDREN IN THE DOMESTIC SETTING

FACTORES DE RIESGO PARA LAS QUEMADURAS Y CHOQUES ELÉCTRICOS EN NIÑOS EN EL AMBIENTE DOMICILIARIO

Bruna F. Corrêa Moreira¹
Paulo C. Almeida²
Mônica O. B. Oriá³
Luiza Jane Eyre de S. Vieira⁴
Lorena Barbosa Ximenes⁵

RESUMO

Introdução: Queimaduras e choque elétrico são acidentes graves que podem causar seqüelas irreversíveis ou a morte. **Objetivo:** Identificar a presença de fatores de riscos para queimaduras e choque elétrico, na opinião das mães e do pesquisador, em crianças da primeira infância, e verificar a associação com os dados sociodemográficos das mães. **Método:** Estudo descritivo e abordagem quantitativa. Foram realizadas visitas domiciliares a 87 famílias de crianças de entre 1 e 6 anos que freqüentavam creche, em Fortaleza-CE, no período de 2004-2006, utilizando um formulário sobre o tema. **Resultados:** O fator de risco mais citado para queimaduras, observado pelas mães (34) e pelo pesquisador (64), foi: panelas ao alcance das crianças, observado pelas mães (34) e pelo pesquisador (64); para choque, o fator de risco mais observado pelas mães (33) e pelo pesquisador (53) foi tomada elétrica não protegida e ao alcance das crianças, observado pelas mães (33) e pelo pesquisador (53). **Conclusão:** A enfermagem deve orientar familiares na prevenção de acidentes, minimizando os riscos de acidentes na infância.

Palavras-chave: Acidentes; Acidentes Domésticos; Prevenção de Acidentes; Fatores de Risco; Criança; Creches; Acidentes por Descargas Elétricas; Queimaduras.

ABSTRACT

Introduction: Burns and electric shock are severe accidents that can cause irreversible results and death. **Objective:** This study intended to identify mothers' opinions about risk factors in the household associated with burns and shock to which children are exposed. We also verified the correlation between demographic variables and risk factors for burns and shock. **Method:** This is a descriptive study, using a quantitative approach. We conducted household visits, involving 87 families with children aged 1 to 6 years old, who had attended the nursery care center, in Fortaleza, state of Ceará, Brazil, during 2004 to 2006, talking to them and filling out a thematic form. **Results:** Saucepans within the reach of children were the most significant burn risk factor referred by mothers (34) and by the researcher (64). For electric shock, exposed electric outlets were said to be the most important risk factor by mothers (33) and by the researcher (53). **Conclusion:** Nurses should inform family members how to prevent accidents, therefore reducing accidents in childhood.

Key words: Accidents; Accidents, Home; Accident Prevention; Risk Factors; Child; Accidents caused by Electrical Discharges; Burns

RESUMEN

Introducción: Las quemaduras y choques eléctricos son accidentes graves que pueden tener consecuencias irreversibles e incluso llevar a la muerte. **Objetivo:** Identificar la presencia de factores de riesgo para quemaduras y choques eléctricos, según las madres y el investigador, en niños de primera infancia y analizar si tales riesgos están vinculados a los datos sociodemográficos. **Método:** se trata de un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo. Se visitaron 87 familias en sus domicilios con niños entre uno y seis años que iban a una guardería en Fortaleza, Estado de Ceará. El estudio se realizó entre los años 2004 y 2006 con un formulario que trataba del asunto. **Resultados:** el factor de riesgo más mencionado, tanto por las madres como por el investigador, fue para quemaduras las ollas y para choques eléctricos las tomas eléctricas o enchufes no protegidos al alcance de los niños. **Conclusión:** enfermería debe orientar a los familiares cómo prevenir accidentes, minimizando los riesgos de accidentes en la infancia.

Palabras clave: Accidentes; Acidentes Domésticos; Prevención de Acidentes; Factores de Riesgo; Niño. Accidentes por Descargas Eléctricas; Quemaduras.

¹ Enfermeira. Enfermeira assistencial do Setor de Emergência do Hospital Geral de Fortaleza. Ceará, Brasil.

² Estatístico. Doutor em Saúde Pública. Professor Estadual do Ceará. Ceará, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Aluna do Doutorado em Enfermagem. Bolsista CAPES.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza. Ceará, Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

A família é uma das instituições mais relevantes da sociedade. É também responsável pela formação do indivíduo, sendo fundamental para seu ciclo vital.¹ No que se refere às crianças na primeira infância, fase compreendida entre 1 e 6 anos de vida², além dos cuidados básicos e educação, a família deve preocupar-se com sua segurança, minimizando a ocorrência de acidentes no ambiente familiar.

Os acidentes domésticos constituem uma das principais causas de morbimortalidade infantil,³ que em geral acontece porque há um ambiente com fatores de risco que podem ocasioná-la. O risco deve ser entendido como chance, perigo ou a probabilidade de determinado evento ou fato ocorrer no futuro. Esses fatos podem ser ruins e indesejados para o sujeito que o vivencia. Logo, é a probabilidade de que determinado evento ocorra.⁴

Os fatores de riscos presentes no domicílio podem comprometer o desenvolvimento da criança, além de ser desencadeador dos mais diversos tipos de acidentes que podem originar seqüelas irreversíveis.⁵ Logo, o ambiente doméstico pode ser especialmente hostil às crianças, tendo em vista que instrumentos cortantes, móveis, janelas, painéis contendo alimentos fumegantes, fósforo, garrafas de detergentes e produtos tóxicos deixados embaixo da pia da cozinha são atrativos especiais para crianças, contribuindo de modo efetivo para aumentar o número de crianças lesionadas com resultados nefastos.⁶

Estudo realizado em São Paulo mostrou que a maioria dos acidentes por queimaduras relacionou-se com atividades realizadas no próprio ambiente doméstico, atingindo, principalmente, as crianças.⁷ Assim, o ambiente doméstico, que deveria proporcionar vantagens para a saúde e o bem-estar da criança nos aspectos físico, psicológico, social e estético, que inclui moradia, desenvolvimento urbano e transporte, além de recursos que promovam e mantenham a saúde da criança,⁸ pode também ser um risco para a saúde e bem-estar de seus moradores. Portanto, esses aspectos devem fazer parte do cotidiano da criança para que ela possa viver de forma satisfatória, promovendo-lhe o bem-estar.

Diante do exposto, neste estudo teve-se como objetivo de identificar a presença de fatores de riscos para queimaduras e choque elétrico no ambiente doméstico, na opinião das mães e do pesquisador, em crianças da primeira infância, e verificar a associação com os dados sociodemográficos das mães.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa, a qual proporciona dados,

indicadores e tendências observáveis, sendo utilizada para grande quantidade de dados demográficos, que podem ser analisados por meio de variáveis.⁹

A população foi constituída por 113 famílias de crianças na primeira infância, que se encontravam matriculadas em duas creches da Secretaria Executiva Regional V do Município de Fortaleza-CE, localizadas no bairro Planalto Airton Senna. A amostra de 87 famílias foi calculada com base na fórmula estatística para populações finitas.¹⁰ A seleção foi feita de maneira aleatória simples, após acesso às fichas das crianças que estavam matriculadas nas creches, adotando os seguintes critérios de inclusão: crianças na faixa etária de 1 a 6 anos e que freqüentavam as creches. Logo, as crianças que não atendiam a esses critérios foram excluídas do estudo. Esses critérios resultaram em uma amostra homogênea, pois as famílias das crianças tinham condições socioeconômicas e culturais semelhantes.

A coleta de dados ocorreu entre dezembro/2004 e fevereiro/2006, a partir de uma visita domiciliar em cada família. Foram feitas entrevistas com as mães e/ou responsáveis das crianças nos próprios domicílios. Quando eles não estavam presentes, a criança era retirada do estudo. Foram utilizados formulários, os quais continham questões referentes à estrutura da família, às condições sociodemográficas e à presença de fatores de risco no domicílio para queimaduras e choque elétrico em crianças, considerando a opinião das mães e/ou responsáveis e a do pesquisador. Essa coleta, realizada por meio de visita domiciliar, apresentou alguns entraves: difícil acesso aos domicílios, endereços incompletos ou errados, além da ausência das mães e/ou responsáveis no momento da visita.

Reconhecendo a relevância das normas e diretrizes instituídas pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução n° 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, o estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, sendo, portanto, aprovado conforme Protocolo n° 101/04.

Os dados foram tabulados no Excel e processados no SPSS, versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, USA). Para a análise de proporções em tabelas de contingências, empregou-se o teste de χ^2 ou de máximo verossimilhança (esse quando existiam freqüências observadas muito baixas); para a análise das proporções do número de fatores de risco entre mãe e pesquisador, utilizou-se o teste z.⁹ Os resultados foram considerados estatisticamente significantes quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Nos 87 domicílios havia uma população de 439 pessoas, perfazendo uma média de 5,04 pessoas por família. Em

geral, as mães tinham entre 21 e 40 anos de idade, com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos, cuja principal ocupação era ser dona de casa. Os dados relacionados aos fatores de risco para queimaduras e choque elétrico estão organizados na TAB 1. Verificou-se que o pesquisador teve maior percentual de identificação de fatores de risco do que as mães ($p = 0,0001$), pois o pesquisador identificou 98,85% de fatores de risco e as mães, 66,70%. Verificou-se, ainda, a ocorrência de queimaduras em 19 (9,36%) domicílios e de choque elétrico em 20 (9,85%).

Considerando a importância das mães no cuidado com a criança, foi analisada a associação entre os principais fatores de riscos para queimaduras e choque elétrico com os aspectos sociodemográficos desses sujeitos conforme a TAB. 2 a seguir.

TABELA 1 – Distribuição do número de respondentes segundo a identificação dos fatores de riscos para queimaduras e choque elétrico. Fortaleza-CE, 2004-2006

Identificação de fatores de risco	Mãe		Pesquisador	
	N	%	N	%
Sim	58	66,70	86	98,85
Não	29	33,30	01	1,15
Total	87	100,00	87	100,00

$\chi^2 = 29,36; p = 0,0001.$

TABELA 2 – Distribuição do número de fatores de risco, segundo características das famílias. Fortaleza-CE, 2004-2006

Variáveis	Fatores de risco							p de máximo verossimilhança
	A	B	C	D	E	F	G	
Renda familiar (em salários mínimos)								0,943
< 1	6	12	1	-	9	11	5	
1 a 2	12	19	2	3	19	19	11	
2,1 a 5	1	3	-	-	2	3	1	
Idade (anos)								0,973
Até 20	3	3	1	-	4	5	2	
21 a 40	14	25	2	2	21	24	13	
Acima de 40	2	6	-	1	5	4	2	
Escolaridade								0,902
Ensino Fundamental Incompleto (menor ou equivalente)	13	22	1	2	20	23	12	
Ensino Fundamental completo (maior ou equivalente)	6	12	2	1	10	10	5	
Ocupação								0,887
Dona de casa	8	13	1	1	12	11	5	
Desempregado	2	17	-	-	2	4	5	
Autônomo	5	8	-	1	10	10	5	
Outros	3	6	1	1	6	8	2	
Estado civil								0,899
Solteiro	4	6	1	-	6	9	5	
Casado	5	13	-	1	8	9	4	
União consensual	8	12	2	2	12	11	5	
Separado/divorciado	2	2	-	-	4	4	3	

Legenda: **A.** As crianças ficam sozinhas na cozinha; **B.** As panelas estão ao alcance das crianças; **C.** A temperatura dos alimentos não é testada antes de serem servidos; **D.** Produtos Inflamáveis são guardados ao alcance das crianças; **E.** Objetos como fósforos, isqueiros, cinzeiros, velas, pratos quentes, etc., estão ao alcance das crianças; **F.** As tomadas elétricas não são protegidas e estão ao alcance das crianças; **G.** Os fios elétricos não são ocultos e estão ao alcance das crianças.

¹ Teste de maximo verossimilhança

Foi constatado que não houve associação estatisticamente significativa entre os tipos de fatores de risco identificados e as variáveis com eles relacionadas. Assim, a identificação dos fatores de risco não foi influenciada pela renda ($p=0,943$), idade ($p=0,973$), escolaridade ($p=0,902$), ocupação ($p=0,887$) e estado civil ($p=0,899$).

Ademais, foi feita uma avaliação comparativa dentro de cada fator de risco entre mãe e pesquisador (TAB. 3). As porcentagens dos fatores de risco identificados pelas mães e pesquisador foram iguais, conforme se observa dos valores de p . Entretanto, pode-se constatar que em todos os domicílios o pesquisador identificou um número bem maior de fatores de risco do que a mãe. Apesar de as mães acharem que o seu domicílio oferecesse risco, o número de fatores que encontraram (139) foi bem inferior ao do pesquisador (286).

TABELA 3 – Distribuição dos tipos de fatores de risco no domicílio para queimadura e choque elétrico segundo a mãe e o pesquisador. Fortaleza-CE, 2004-2006

Fator	Mãe		Pesquisador		z	p
	N	%	N	%		
A	19	13,67	45	15,73	0,17	0,864
B	34	24,46	64	22,38	0,02	0,985
C	03	2,16	11	3,85	-	-
D	03	2,16	14	4,90	-	-
E	30	21,508	50	17,48	0,47	0,636
F	33	23,74	53	18,53	0,31	0,759
G	17	12,23	49	17,13	0,09	0,927
TOTAL	139	100	286	100		

Legenda: **A.** As crianças ficam sozinhas na cozinha; **B.** As painéis estão ao alcance das crianças; **C.** A temperatura dos alimentos não é testada antes que sejam servidos; **D.** Produtos inflamáveis são guardados ao alcance das crianças; **E.** Objetos como fósforos, isqueiros, cinzeiros, velas, pratos quentes, etc., estão ao alcance das crianças; **F.** As tomadas elétricas não são protegidas e estão ao alcance das crianças; **G.** Os fios elétricos não são ocultos e estão ao alcance das crianças.

DISCUSSÃO

Os acidentes domésticos com crianças são, na sua maioria, decorrentes não só da própria fase do desenvolvimento em que a criança se encontra (*toddler* e pré-escolar),² como pela estrutura familiar e pelos fatores de risco presentes nos domicílios das famílias.

A criança pré-escolar que se encontra entre 3 e 6 anos de idade² é egocêntrica, tem pensamento mágico, não é capaz de aprender noções de segurança. São comuns, portanto, queimaduras, intoxicações, atropelamentos, quedas e ferimentos, já que ela acha que pode voar como super-heróis, ou cair sem se ferir como nos desenhos animados.¹¹

As queimaduras estão entre os acidentes mais graves, por serem causadores de problemas físicos que podem

levar as vítimas à morte, além de acarretar outros problemas de ordem psicológica e social.⁷

Os agentes causadores desse acidente dividem-se em: agente químico (queimaduras causadas por alcalinos ou ácidos); agente térmico (queimaduras causadas por agentes inflamáveis, líquidos e metais quentes, brasas e chamas direta); e agente elétrico (queimaduras causadas por corrente elétrica). Dessa forma, o choque elétrico foi classificado como uma queimadura obtida pelo agente elétrico e o choque foi considerado como mais uma injúria física ou acidente.⁷ Por essa razão, as informações das queimaduras e o choque elétrico em relação à identificação dos fatores de riscos foram agrupados.

Na TAB. 1, constatou-se uma diferença significativa na identificação dos fatores de risco entre as mães da pesquisa (66,7%) e o próprio pesquisador (98,85%), o que revela um déficit na opinião das participantes em relação aos riscos presentes no seu ambiente. Portanto, há necessidade de que as mães, pelo cuidado às crianças, sejam mais bem orientadas quanto à diminuição de ocorrência de injúrias acidentais. Isso é importante porque em crianças as queimaduras tendem a acontecer, em sua maioria, no lar, especialmente na cozinha, onde predomina o fator de risco denominado "líquidos quentes", além do fácil acesso a fósforos, isqueiros e álcool.

Tal fato já foi registrado por outros pesquisadores ao estudarem pacientes vitimados por queimaduras internados em um hospital de Minas Gerais, em que 74% dos acidentes ocorreram no domicílio, dentre os quais 59% na cozinha.¹² A queimadura é um tipo de injúria que predomina geralmente em casa, mais especificamente na cozinha, acometendo, principalmente, pacientes de 1 a 4 anos.¹³ Essas evidências revelam a necessidade de atentar-se para o conhecimento das mães quanto à identificação de fatores de risco no domicílio.

Observou-se, também, que não houve associação estatisticamente significativa entre os dados sociodemográficos e os fatores de risco para queimadura e choque elétrico (TAB. 2). Em alguns resultados obtidos em outros estudos também não se conseguiu verificar associação entre as variáveis renda familiar, ocupação e materna e a ocorrência de injúrias acidentais.¹⁴

Apesar disso, a literatura¹⁵ refere que 53,8% dos casos de queimaduras ocorrem no contexto familiar e que a maior frequência do nível de escolaridade dos pais e/ou responsáveis das vítimas de queimadura era primeiro grau incompleto.¹⁵ Tal fato mostra que, quando as condições da família não são favoráveis para a saúde da criança, a ocorrência desses acidentes tem maior incidência.

Em estudo realizado com 65 famílias de crianças entre 1 e 6 anos de idade, matriculadas em duas creches em Fortaleza-CE, pôde-se constatar que das 43 (66,2%) famílias que vivenciaram acidentes com crianças no domicílio, 25 (58,1%) ganhavam até um salário mínimo e 11 (25,6%) tinham renda entre um e dois salários mínimos.¹⁶

Na TAB. 3 constata-se que as mães identificaram um número inferior de fatores de risco para queimaduras e choque elétrico quando comparado com o do pesquisador. O fator para queimaduras *as panelas estão ao alcance das crianças* (Fator B) foi percebido por 34 (24,46%) mães, e o pesquisador o identificou em 64 (22,38%) domicílios. O fator para choque *as tomadas elétricas não são protegidas e estão ao alcance das crianças* (fator F) foi visto pelo pesquisador em 53 (18,53%), apesar de apenas 33 (23,74%) mães o terem identificado.

Embora as mães tenham uma faixa etária adulta e passem a maior parte do dia em casa, poucas foram as que conseguiram perceber a presença desses fatores no domicílio. E entre os fatores de risco para queimaduras e choque elétrico é oportuno ressaltar que *a temperatura dos alimentos não é testada antes de serem servidos* (fator C) e *produtos inflamáveis são guardados ao alcance das crianças* (fator D) foram os que as mães menos identificaram – apenas 3 (2,1%). Nesse sentido, pressupõe-se que tais condutas sejam corriqueiras a ponto de serem ignoradas pelas mães, as quais não as encaram como presença de perigo para as crianças. Assim, percebe-se que os fatores de risco presentes no próprio domicílio acabam por acarretar a queimadura, fazendo com que esse agravo seja relevante na morbimortalidade da criança.

Em estudo realizado em Ribeirão Preto, em uma unidade de queimados, observou-se que, dos 33 pacientes, 18 (55%) sofreram acidentes em ambiente doméstico, dos quais 11 (61%) foram provocados pelo manuseio de líquidos inflamáveis; em 7 casos (39%), a queimadura aconteceu pelo fato de as vítimas estarem realizando atividades de risco (manuseando líquidos inflamáveis, manuseando líquidos superaquecidos, etc.); e em 4 casos (22%), por estarem próximas a zonas de risco (fogão, churrasqueira e caldeiras).¹⁷

Em outro estudo realizado também em Ribeirão Preto, verificou-se que, entre as crianças até 11 anos, a água fervente foi o agente responsável por 33% dos acidentes, sendo as crianças menores de 3 anos as maiores vítimas. Além disso, em 16% das queimaduras entre todas as crianças menores de 11 anos a chama direta foi o principal agente responsável.⁷

Conforme se observa ainda na TAB. 3, para todos os sete fatores de risco não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre as proporções de mães e observadores. Nas 87 famílias visitadas, foram identificados pelo pesquisador 286 fatores de risco para queimadura e choque, sendo que as mães perceberam a presença de 139 destes, o que resultou em uma

diferença entre os fatores de riscos identificados pelo pesquisador e pelas mães na ordem de 51,4% (147). Isso revela que, embora as mães tenham identificado um grande número de fatores de risco, o conhecimento delas sobre o problema ainda é falho. Logo, o sistema de saúde deve estar atento para educar as mães para a identificação desses riscos.

As crianças estão expostas a inúmeras situações consideradas de risco à saúde delas, principalmente em populações em que há desigualdades sociais, nas quais esses fatores de risco são mais frequentes. A implantação de atividades educativas pelos profissionais de saúde deve ser direcionada na orientação dos familiares quanto aos riscos de acidentes domiciliares. O enfermeiro, como educador em saúde, deve desenvolver programas educacionais sobre segurança no ambiente domiciliar aos pais e crianças, com o intuito de reduzir o número de acidentes, atenuar-lhes a gravidade e, conseqüentemente, promover a saúde da criança.¹⁸⁻¹⁹

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo com famílias de crianças na primeira infância de duas creches da periferia de Fortaleza, teve-se a oportunidade de identificar os fatores de risco para queimaduras e choque elétrico, na opinião da mãe e do pesquisador, constatando-se que não houve associação significativa entre os fatores de risco e os dados sociodemográficos das mães. Isso aconteceu em razão da homogeneidade da amostra, pois todas as famílias pertenciam a um mesmo estrato social.

É oportuno ressaltar que foram identificados vários fatores de risco para queimaduras e choque elétrico em crianças, tanto pelas mães como pelo pesquisador, sendo que o pesquisador conseguiu verificar maior quantidade desses fatores de risco nos domicílios. Isso se deve ao fato de as injúrias não intencionais serem, de certo modo, comuns na infância, fazendo com que, muitas vezes, os fatores de risco se tornem despercebidos pelas mães.

A enfermagem, então, deve orientar os pais e crianças, atuando em programas de prevenção de acidentes abordando noções de segurança, identificando os riscos de acidentes nos domicílios, tornando o ambiente familiar mais saudável para a criança viver e brincar.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) por ter financiado este estudo.

REFERÊNCIAS

1. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em enfermagem materna. Porto Alegre: Artmed; 2002.
2. Wong DL. Enfermagem Pediátrica - elementos essenciais à intervenção efetiva. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
3. Sucupira ACSL, Schwartsman S. Prevenção de acidentes e atendimento inicial da criança acidentada. In: Sucupira ACSL, Bricks LF, Kobinger MEBA, Saito MI, Zuccoloto SMC, coordenadores. *Pediatria em consultório*. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 131-40.
4. Leone C. Identificação dos fatores de risco: simplificação dos atos médicos. In: Issler H, Leone C, Marcondes E, Organizadores. *Pediatria na atenção primária*. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 24-32.

5. Souza LJEX, Rodrigues ANC, Barroso MGT. A família vivenciando o acidente doméstico - relato de uma experiência. *Rev Latino-Am Enferm.* 2000; 8(1):83-9.
6. Guimarães SB, Silva Filho AC, Correia AA, Ribeiro JPA, Walnickson A, Lima DBC. Acidentes domésticos em crianças: uma análise epidemiológica. *Rev Pediatr.* 2003; 4(2):27-31.
7. Rossi LA, Barrufini RCP, Garcia TR, Chianca TCM. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 1998; 4(6):401-4.
8. Araújo KL, Vieira LJES. A criança e os fatores de risco no ambiente domiciliar e escolar: um ensaio reflexivo. *Texto Contexto Enferm.* 2002; 11(3):83-7.
9. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem.* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
10. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* São Paulo: Atlas; 1999.
11. Blank D. Promoção da segurança da criança e do adolescente. In: Giugliani ERJ, Schmidt MI, Duncan BB, Organizadores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.* São Paulo: Artmed; 2004. p.219-31.
12. Costa DM, Abrantes MM, Lamounier JA, Lemos ATO. Estudo descritivo de queimaduras em crianças e adolescentes. *J Pediatr.(Rio de Janeiro).* 1999; 75(3):181-6.
13. Gaspar VLV, Lamounier JA, Cunha FM, Gaspar JC. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. *J Pediatr (Rio de Janeiro).* 2004; 80(6):447-52.
14. Fonseca SF, Victora CG, Halpern R, Barros AJD, Lima RC, Monteiro LA, et al. Fatores de risco para injúrias acidentais em pré-escolares. *J Pediatr (Rio de Janeiro).* 2002; 78(2): 97-104.
15. Camargo CL, Xavier EA. Lesions caused by burns: the violence to children and adolescents. *Online Braz J Nurs.* 2003; 2(1). [Online].[Cited may 2008]. Available from: <http://www.uff.br/nepae/objn201camargoetal.htm>
16. Lima R, Ximenes L, Vieira L, Oriá M. Profile of children's families afflicted by an accident in the domiciliary context: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 5(3). [Cited 2006 dec 16]. Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/386/89>
17. Rossi LA, Ferreira E, Costa ECFB, Bergamasco EC, Camargo C. Prevenção de queimaduras percepção de pacientes e de seus familiares. *Rev Latino-Am Enferm.* 2003; 11(1):36-42.
18. Queiroz MVO, Jorge MSB. Concepções de promoção da saúde e atuação dos profissionais que cuidam da criança. *Acta Paul Enferm.* 2004; 17(1): 31-7.
19. Regiani C, Correa L. Acidentes na infância em ambiente domiciliar. *Reme Rev Min Enferm.* 2006; 10(3):277-9.

Data de submissão: 7/8/2007

Data de aprovação: 30/5/2008

PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS EM CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA CRECHE*

RESPIRATORY PROBLEMS IN INFANTS: KNOWLEDGE OF THE DAY-CARE CENTER WORKERS

PROBLEMAS RESPIRATORIOS EN NIÑOS EN LA PRIMER NIÑEZ: CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA GUARDERÍA

Kalyne Alves Carlos Komarsson¹
Andréia Batista Ferreira²
Paulo César Almeida³
Lorena Barbosa Ximenes⁴

RESUMO

Neste estudo, teve-se como objetivo avaliar o conhecimento dos educadores infantis quanto aos principais sinais e sintomas para problemas respiratórios em crianças na primeira infância, bem como quanto aos fatores de risco presentes na creche. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, realizado em uma creche da rede pública situada na cidade de Fortaleza-CE, Brasil. Essa instituição acompanha crianças de 1 a 6 anos de idade em regime integral. Para a coleta de dados, optou-se pela entrevista com os 11 educadores da creche, de novembro a dezembro de 2005, utilizou-se um formulário abordando questões referentes aos educadores, conhecimento sobre os sinais e sintomas e fatores de risco para problemas respiratórios. Todos os educadores eram do sexo feminino, na faixa etária entre 20 e 40 anos. Apesar de apenas uma professora ser concursada, de maneira geral, elas tinham capacitação profissional na área (9/11). Dentre os sinais e sintomas especificados, destaca-se a febre e a fadiga (11/11), seguidas de coriza (10/11). Muitas das entrevistadas (9/11) ressaltaram que a creche apresentava fatores de risco quanto aos problemas respiratórios, sendo citados o contato mútuo entre crianças (8/11), crianças dormindo na creche (8/11) e a presença de fumantes na creche (6/11). Os resultados obtidos revelaram que são necessárias atividades de educação em saúde para os educadores das creches, dirigidos por profissionais de saúde, a fim de alcançar de forma mais efetiva a prevenção e a promoção da saúde das crianças.

Palavras-chave: Criança; Cuidado da Criança; Creches; Enfermagem; Transtornos Respiratórios.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess educators' knowledge of the major signs and symptoms of infant respiratory problems as well as their risk factors in a day-care center. This is a descriptive study, conducted at a public day-care center in Fortaleza, state of Ceará, Brazil. This institution follows children aged 1 to 6 years old in fulltime care. For data collection, interviews were conducted with 11 educators at the day-care center, during November and December, 2005, covering issues about the educator's knowledge on the signs and symptoms and risk factors for respiratory problems. All the educators were female, with ages ranging from 20 to 40 years. In spite of only one officially hired worker, in a broad sense, they had professional training in the area (9/11). Signs and specified symptoms included fever and fatigue (11/11), followed by coryza (10/11). Many of the interviewees (9/11) emphasized that the day-care center presented risk factors for respiratory problems, being mentioned the contact among children (8/11), children sleeping at the day-care center (8/11) and the presence of smokers (6/11). The results revealed the need for health educational activities for the center's educators, managed by health care professionals, in order to obtain more effective child health prevention and promotion.

Key words: Child; Child Care; Child Day Care Centers; Nursing; Respiration Disorders.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio ha sido evaluar el conocimiento de educadores de niños en cuanto a los principales indicios y síntomas para problemas respiratorios en niños, bien como en factores de riesgo en guarderías. Se trata de un estudio descriptivo llevado a cabo en una guardería pública de la ciudad de Fortaleza, CE, Brasil. La institución efectúa el seguimiento de niños entre uno y seis años de edad en tiempo integral. Para la recogida de datos se hicieron entrevistas con 11 educadores de la guardería, de noviembre a diciembre de 2005, a través de una encuesta con preguntas al respecto de los educadores y para saber si conocían los indicios, síntomas y factores de riesgo para los problemas respiratorios. Todos los educadores eran del sexo femenino, con edad entre 20 y 40 años. Una sola de las profesoras había aprobado oposiciones pero, en general, todas ellas contaban con capacitación profesional en el área (9/11). Entre las entrevistadas (9/11) resaltaron que la guardería presentaba factores de riesgo para los problemas respiratorios, mencionando el contacto entre niños (8/11), que duermen en la guardería (8/11) y presencia de fumadores en la guardería (6/11). Los resultados revelaron que los educadores de las guarderías precisan más actividades de educación en salud dirigidas por profesionales de salud para, efectivamente, prevenir y promover la salud de los niños.

Palabras clave: Niño; Cuidado del Niño; Jardines Infantiles; Enfermería; Transtornos Respiratorios.

* Estudo vinculado ao projeto integrado de pesquisa intitulado *O contexto familiar e escolar influenciando no processo saúde-doença da criança na primeira infância*, financiado pela FUNCAP.

¹ Estudante do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CNPQ/PIBIC. Ceará, Brasil.

² Estudante do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Ceará, Brasil.

³ Estatístico. Doutor em Saúde Pública. Professor adjunto do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Ceará, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta III do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Ceará, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua João Araripe, nº 30, apt. 301, bairro Vila União. CEP: 60410-750. Fortaleza-Ceará.

E-mail: kalyneack@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Entre as várias fases de vida de um indivíduo, a primeira infância é, sem dúvida, uma das mais vulneráveis às condições do meio e aos agravos à saúde. Destacando os problemas respiratórios, diversos fatores conferem essa fragilidade às crianças entre 1 e 6 anos de idade, dentre os quais podem ser citados: a imaturidade do sistema imunológico; a proximidade acentuada entre traquéia e brônquios e estes com mais ramificações, e uma pequena luz considerando o tamanho total dos pulmões, e a tuba de Eustáquio, que nessa fase encontra-se reta e curta.¹ Essas peculiaridades do trato respiratório das crianças podem ocasionar, de modo mais acentuado do que nos adultos, uma rápida transmissão de agentes infecciosos em estruturas anatômicas diferentes e alta resistência ao volume total de ar inspirado, favorecendo o surgimento de problemas obstructivos e déficits no desenvolvimento físico e cognitivo.²

Nesse contexto, tratando-se da localização afetada no corpo humano e da natureza infecciosa do agente causal, os problemas respiratórios classificam-se em doenças respiratória alta e baixa, ambas podendo ser de caráter viral ou bacteriano. Na primeira, também conhecida como IVAS (infecção das vias aéreas superiores), há comprometimento das vias aéreas superiores. Como exemplos podem ser citadas: a otite média, a rinofaringite e a sinusite aguda, a faringoamigdalite estreptocócica, dentre outras, as quais são patologias responsáveis pela maior parte dos serviços médicos de atendimento pediátrico, tornando-se relevantes no que se refere aos indicadores de morbidade infantil,³ mas que podem ser diminuídas com medidas de autocuidado e educação da comunidade.⁴ Já na doença respiratória baixa, as estruturas pulmonares são afetadas, evidenciando-se na bronqueolite e na pneumonia problemas geralmente de gravidade maior que exigem níveis mais complexos de cuidados e maiores despesas não só para a família, mas para órgãos mantenedores da Saúde Pública.

Em 2000, no Estado de São Paulo, as internações por causas respiratórias geraram gastos em torno de R\$ 45 milhões, e em estatísticas do mesmo ano observou-se que 10,2% de 15 mil óbitos em crianças com até 10 anos ocorreram por problemas respiratórios.⁵

Segundo o Ministério da Saúde,⁶ em 2002, no Ceará, 181 crianças foram a óbito por infecção respiratória. Em 2003, nesse mesmo Estado, ocorreram 19.185 internações hospitalares por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) por doenças do aparelho respiratório na faixa etária de 1 a 4 anos. Mundialmente, a taxa anual de óbitos decorrente de tais problemas é de aproximadamente 13 milhões de crianças.⁷

Percebe-se, pelo exposto, que essa questão se torna um agravo importante à saúde das crianças, repercutindo não só na dinâmica familiar, como nas relações sociais e em uma das principais redes de apoio na qual a criança se insere: a creche.⁸ Essa instituição surgiu, no Brasil, durante o século XIX, com caráter asilar, visando fornecer abrigo, alimentação e atendimento à saúde quando as famílias de trabalhadores não podiam proporcionar tais cuidados. Em contrapartida, no mesmo período, a classe média insere a creche em um contexto pedagógico.⁹

Atualmente, observa-se que as creches têm objetivos educativos e assistencialistas em sua origem, e nesse ambiente os educadores infantis têm grande relevância quanto à promoção da saúde desses indivíduos, pois, quando inseridos na rotina pedagógica dessa instituição, esses educadores estão em contato próximo e contínuo com os pré-escolares.¹ Contudo, é oportuno inferir que as creches, de modo geral, podem oferecer um ambiente favorável para o surgimento de problemas respiratórios, pois, além da imaturidade infantil citada, fatores de risco podem estar presentes nesse ambiente, tais como: aglomeração; localização próxima a construções, fábricas ou tráfego intenso; ventilação inadequada; presença de tapetes, cortinas, carpetes ou brinquedos com acúmulo de poeira; dentre outros.

Torna-se cabível indagar, portanto, qual a concepção que esses educadores têm em relação aos problemas respiratórios, pois o fato de essas instituições apresentarem caráter assistencialista e o educador ser o facilitador e executor direto de cuidados coletivos, este pode ser considerado como atuante no instalar-se, ou não, de problemas relacionados ao processo de adoecimento desses indivíduos.¹¹

Com efeito, encontra-se nesta discussão uma abordagem diferenciada do conceito de saúde e vigilância epidemiológica, tendo em vista a prioridade de não apenas saber o que evitar, mas de reconhecer o que alcançar em termos de aquisições positivas no ponto de vista cultural, mental, ambiental e científico.¹² Dessa forma, a enfermagem e os demais profissionais da Saúde Pública têm, nesse campo, amplo espaço de atuação, no qual, visando à melhoria do desenvolvimento integral das crianças e de suas famílias, podem ser alcançados melhores indicadores de morbidade e mortalidade, além de minimizar os riscos e reduzir os custos, valendo-se de uma prática intersetorial e com participação real da comunidade.¹³

Portanto, considerando a relevância dessa questão, o objetivo com este trabalho foi avaliar o conhecimento dos educadores da creche quanto aos principais sinais e sintomas para problemas respiratórios em crianças na primeira infância, bem como os fatores de risco presentes na creche para essa afecção.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo cuja finalidade primordial foi observar, classificar, descrever com exatidão os fatos ou fenômenos de determinada realidade.¹⁴

O local destinado à realização do estudo foi uma creche pertencente à rede pública do município de Fortaleza-CE, situada no bairro Planalto Airton Senna, a qual promove acompanhamento de crianças com idade entre 1 e 6 anos de idade, em período de regime integral. Além de ser um local de atividade prática na área de pediatria para os acadêmicos de enfermagem da universidade, motivou-nos, na escolha dessa creche, sua localização em área periférica do município, que atende, aproximadamente, 70 crianças econômica e socialmente vulneráveis ao processo saúde-doença.

A amostra foi constituída por todos os 11 educadores infantis da creche, responsáveis pela ministração de conteúdos pedagógicos, além de realizar cuidados integrais às crianças. Assim, não ocorreram perdas amostrais, já que nenhum educador recusou-se a participar do estudo.

A coleta dos dados foi realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2005, com base em uma entrevista com os educadores infantis nas dependências da própria instituição, de acordo com disponibilidade deles. Para tanto, optou-se pela utilização de um formulário que abordava dados sobre a idade, grau de escolaridade, cursos de aperfeiçoamento e questões referentes ao conhecimento deles sobre os problemas respiratórios (sinais e sintomas e fatores de riscos presentes na creche que podem acometer as crianças).

As perguntas do formulário foram respondidas pelos entrevistados, sendo registradas pelos pesquisadores. Os educadores aceitaram contribuir com a pesquisa mediante o esclarecimento dos objetivos. Foi entregue um formulário de consentimento livre e esclarecido visando à concordância formal dos educadores. Assim, foram-lhes assegurados o anonimato, o sigilo e o livre acesso aos dados e a liberdade de sair da pesquisa em qualquer momento desejado.

Dada a importância das diretrizes e das normas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme o Parecer nº 101/04.

RESULTADOS

A amostra pode ser descrita da seguinte forma: todos os educadores da creche eram do sexo feminino,

predominando a faixa etária compreendida entre 20-40 anos de idade (8/11). No aspecto da escolaridade, apenas três professoras tinham nível superior. As educadoras infantis apresentaram, em sua grande parte, instabilidade profissional, quando se percebeu que, dentre as 11, 10 delas não eram concursadas. Constatou-se, também, que a maioria (9/11) não apresentava capacitação profissional específica para a área (TAB. 1).

TABELA 1 – Distribuição do número de profissionais da creche de acordo com as características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2006

Variáveis	Nº
Escolaridade	
Ensino fundamental	2
Ensino médio	6
Ensino superior	3
Faixa etária (ano)	
21-40	8
41-60	3
Capacitação profissional específica para a área	
Sim	9
Não	2
Período de experiência profissional na área (ano)	
1-3	10
10	1
Concursado	
Sim (Municipal)	1
Não	10
Graduação	
Sim (Pedagogia)	3
Não	8
Faixa etária de crianças que leciona (ano)	
1-3	6
4-5	5

n = 11

Pode-se observar que todas as entrevistadas afirmaram que sabem quando uma criança está apresentando problemas respiratórios. Dentre os sinais e sintomas especificados pelas participantes do estudo, denotou-se, principalmente, a febre e a fadiga, que foram mencionadas por todas elas, seguidas da coriza (9/11). A categoria outros sinais/sintomas foi citada por oito das educadoras infantis, aparecendo dor de ouvido, insônia, vômitos e “ferimentos no nariz” (TAB. 2).

TABELA 2 – Distribuição do número de profissionais da creche segundo as características observadas em acometimento respiratório nas crianças. Fortaleza-CE, 2006

Características	Nº
Características observadas em caso de acometimento respiratório	
Coriza	10
Febre	11
Fadiga	11
Dor de cabeça	9
Falta de ar	6
Irritação	7
Obstrução nasal	6
Respiração ruidosa	8
Dor na garganta	6
Falta de apetite	2
Outros	8

n = 11

No que diz respeito aos procedimentos realizados pelos educadores da creche, quando uma criança apresentava sinais/sintomas característicos para problemas respiratórios, observou-se que a principal conduta citada por todos foi o de avisar à família das crianças, ao passo que os atos de proporcionar repouso e de levar a criança ao posto de saúde foram relatados por apenas duas das professoras (TAB. 3).

TABELA 3 – Distribuição do número de profissionais da creche segundo as condutas diante de problemas respiratórios. Fortaleza-CE, 2006

Condutas	Nº
Proporciona repouso	2
Comunica à família	11
Administra drogas sem prescrição médica	1
Leva ao posto de saúde	2
Administra remédios caseiros	1
Outros	3

n = 11

Para nove das entrevistadas, a creche oferecia em suas dependências e nas proximidades fatores de risco para esse tipo de afecção, sendo citados, principalmente, crianças dormindo no mesmo cômodo (8/11) e contato com outras crianças (8/11). Outro fator mencionado pelas educadoras infantis foi a presença de fumantes na creche (6/11). Entretanto, brinquedos com acúmulo de poeira (2/11) ou a proximidade de construções, fábricas e tráfego intenso (1/11) não foram percebidos satisfatoriamente pela população estudada, apesar de serem fatores de riscos significativos que podem repercutir em problemas respiratórios nas crianças (TAB. 4).

TABELA 4 – Distribuição do número de profissionais da creche quanto a fatores de risco para problemas respiratórios. Fortaleza-CE, 2006

Item	Nº
Percepção de risco dos educadores	
Sim	9
Não	2
Fatores de risco identificados	
Proximidades a construções, fábricas ou tráfego intenso	1
Crianças dormindo no mesmo cômodo	8
Ventilação inadequada	1
Janelas constantemente fechadas	1
Presença de tapetes cortinas ou carpetes	1
Contato com outras crianças	8
Animais domésticos nas proximidades da creche	1
Paredes ou móveis úmidos	2
Presença de fumantes na creche	6
Piso frio	4
Colchonetes sem higienização	4
Brinquedos e pelúcia com acúmulo de poeira	2

n = 11

DISCUSSÃO

As doenças das vias respiratórias, desde muito tempo atrás, ainda são uma das principais causas de agravos à saúde das crianças. Como certificação dessa realidade em nosso território, temos que na América Latina as doenças respiratórias são responsáveis pela morte de mais de 80 mil crianças por ano e que praticamente a metade desses óbitos acontece no Brasil.¹⁵ Neste estudo, foi clara a unanimidade quanto à afirmativa de que os educadores infantis sabiam identificar quando uma criança da creche estava com problemas respiratórios. Esse fato tem grande impacto pelo fato de a maioria das creches não ser dotada de um suporte básico em saúde: não há um profissional da área da saúde que acompanhe as crianças, e o retardo em identificar esse tipo de afecção pode resultar em conseqüências relevantes no crescimento e no desenvolvimento dos pré-escolares.¹⁶

Quando já instalado o problema respiratório, as crianças, em sua maioria, continuam freqüentando a creche. Nessa situação particular, todos os educadores relataram a observação de febre e coriza nasal. A febre tem forte conotação de enfermidade e, mesmo sendo um sinal de alerta, sempre está associada à ansiedade e à insegurança, o que pode gerar ações precipitadas quando a melhor conduta é a avaliação médica pertinente.¹⁷ Quanto à coriza, observou-se que é um sinal inespecífico, que por sua vez pode estar ligado a

problemas de cunho infeccioso ou alérgico. Esse sinal, quando relacionado a fatores infecciosos, pode estar geralmente ligado às infecções respiratórias agudas das vias aéreas superiores (IRAS) virais, consideradas de baixa mortalidade em um estudo descritivo,¹⁸ mas que possuem grande poder de virulência e podem causar prejuízos maiores, como disfunção em estruturas adjacentes quando evoluem para otite média.² Outros sintomas de considerável importância na identificação e no reconhecimento de problemas respiratórios, como dor de garganta, respiração ruidosa e irritação, não foram mencionados pela maioria das entrevistadas, demonstrando maior necessidade de esclarecimento quanto às características dessas enfermidades.

Torna-se evidente como o conhecimento sobre o processo de saúde e doença é capaz de influenciar as condutas em relação aos cuidados a serem prestados às crianças na creche. Comunicar à família sobre os sintomas é necessário e correto nessas situações, entretanto não é o suficiente até que os pais possam atuar de forma efetiva. No estudo, vimos que todas as educadoras tomaram essa conduta, porém apenas duas afirmaram proporcionar repouso à criança. Medidas como essas, visando quebrar a cadeia epidemiológica da transmissão de doenças e promovendo menor quantidade de agravos no período crítico da enfermidade, poderiam, em certa escala, reverter estatísticas que mencionam a frequência à creche como um fator de risco associado à internação hospitalar por IRAS.¹⁹

A problemática das IRAS e de outras patologias que comprometem o funcionamento normal do trato respiratório assume caráter relevante não só na atenção primária, mas também são motivo de preocupação para os serviços de nível secundário e terciário da saúde. Mesmo com sua gênese geralmente no contexto da saúde pública, esses problemas podem causar perdas onerosas no âmbito orçamentário dos órgãos mantenedores de hospitais e na produtividade geral da população. Em razão desse fato é que elas estão na lista de doenças de notificação compulsória nacional, permanecendo, desde 1995, acompanhadas na célula de vigilância epidemiológica da cidade de Fortaleza.²⁰

Em relação à presença de fatores de risco para problemas respiratórios na creche, nove das educadoras afirmaram existir tais fatores e duas negaram. Vários estudos corroboram para a relação entre a frequência à creche e doenças do trato respiratório.^{20,3,8,7} Esse achado, comumente, relaciona-se a fatores inerentes às peculiaridades estruturais e organizacionais de cada creche e às relações sociais estabelecidas pelas crianças nesse ambiente, como a proximidade física constante entre elas quando dividem o espaço das salas ou outras áreas da instituição.

Esse fator foi o mais relatado pelas educadoras durante a entrevista: oito afirmaram que, quando as crianças permanecem em contato com as outras

e quando dormem no mesmo cômodo, estão mais propensas a desenvolver afecções respiratórias. Esse contribuinte tem sua comprovação na literatura quando a aglomeração é citada como um dos fatores de risco mais bem delimitados para a patologia em questão,¹⁵ e quando ocorre contato entre crianças, seja no âmbito familiar, escolar ou na própria creche.²¹ Outros fatores corretamente citados pelas entrevistadas foram a presença de fumantes na creche (6/11), colchonetes sem higienização e piso frio (4/11). Nesse ponto, cabe informar que os efeitos deletérios da fumaça do tabaco aos fumantes passivos podem resultar em maior prevalência de problemas alérgicos e infecções do trato respiratório superior e inferior, devido, provavelmente, a edema de mucosas, perda no mecanismo de clearance mucociliar e hiperplasia do tecido adenóide.²²

Já a presença de poeira doméstica ou de utensílios sem adequada higiene pode resultar em exposição a aereoalérgenos, resultando em respostas inflamatórias e ocorrência secundária a doença respiratória²³ e a fungos do meio ambiente, interferindo no desenvolvimento pulmonar. A exposição ao frio e à umidade também tem correlação com esse processo, fato identificado efetivamente em localidades de clima característico e quando o material de construção utilizado pode expor a população a bruscas mudanças de temperatura.⁷ Apesar de terem revelado considerável fatores de risco na creche, constatou-se que as entrevistadas não consideraram relevantes aspectos relacionados à poluição ambiental, fator marcante nas grandes cidades, pois, segundo um estudo realizado em Curitiba,²³ mesmo que em quantidades adequadas, conforme a legislação vigente, causa efeitos maléficos à população, e os mais atingidos são as crianças e os idosos.

Nesse contexto, torna-se pertinente afirmar que o educador tem grande valor no que se refere ao acompanhamento dessas crianças, tendo em vista sua capacidade de influenciar no desenvolvimento educacional e, conforme analisado neste estudo, na manutenção de um ambiente seguro e determinante para ausência de agravos à saúde. Portanto, torna-se evidente a necessidade de investir mais nesses profissionais, pois pode-se constatar que apenas uma profissional possuía vínculo empregatício seguro na creche. Tanto a educação como a saúde são prioridades nas políticas públicas sociais do Brasil, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) garante esses direitos.²⁴ Assim, assegurar e dignificar o processo de trabalho dos educadores de creches é um meio pelo qual se pode intervir diretamente nesse contexto.

Quanto à formação desses educadores, de modo geral, aponta-se a necessidade de uma revisão na qualidade da formação, inicial ou continuada, para que a educadora infantil possa ter maior especificidade. O fato de a maioria dos indivíduos da amostra possuir curso profissionalizante não exclui a necessidade de estarem em constante processo

de aprendizado por meio da educação continuada,²⁵ e o conteúdo desse aprendizado deve estar veementemente associado a conhecimento dos problemas de saúde aos quais a criança da creche está exposta, assim como fundamentos de promoção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunidade pode ser beneficiada quando há interação adequada entre as instituições de ensino e os serviços de saúde local e regional, pois este último pode orientá-la quanto aos critérios de prevenção de enfermidades do trato respiratório, quando se faz necessária a exclusão temporária de uma criança acometida por tal patologia e sobre a correta notificação de casos. Esse fato, geralmente, é raro, dada a desarticulação dos sistemas de saúde e a falta de preparo na formação de muitos educadores dessa área.²¹

A maior problemática relacionada a essa precariedade na assistência é que as doenças respiratórias, principalmente as crônicas e recidivantes, causam ansiedade e aflição à criança e a seus familiares, prolixidade nas informações e, eventualmente, lesões broncopulmonares definitivas.²⁶ Portanto, por considerarmos a enfermagem um importante vínculo de promoção à saúde das crianças entre 1 e 6 anos, é necessária a prevenção de problemas respiratórios mediante a educação em saúde das

educadoras envolvidas na rotina pedagógica e assistencial dessas crianças.

Dessa forma, pode-se garantir que as crianças tenham acesso a creches de boa qualidade, do ponto de vista pedagógico e em relação ao cuidado, por meio de orientação, normatização e controle.²⁷ Os responsáveis pelo ensino e cuidados dos pré-escolares nas creches precisam reconhecer que não só o ambiente físico da instituição, como as peculiaridades anatômicas e fisiológicas das crianças tornam-nas mais suscetíveis a problemas do trato respiratório.

Assim, os achados do estudo mostraram que os profissionais envolvidos na educação de crianças também necessitam de orientação quanto à saúde delas, bem como da própria saúde, tendo em vista ser o ambiente de trabalho o local onde passam a maior parte do dia. Embora tais implicações sejam de considerável valia no contexto científico, reconhecemos que a pesquisa encontra suas limitações em razão da população diminuta e da análise de uma classe econômica restrita, havendo necessidade de nas pesquisas futuras ampliar a população estudada.

Nesse contexto, é de grande valia a atuação da enfermagem e demais profissionais da saúde nas atividades de educação em saúde, nas creches com os educadores a fim de alcançar de forma mais efetiva à promoção da saúde das crianças.

REFERÊNCIAS

1. Wong DL. *Enfermagem Pediátrica - elementos essenciais à intervenção efetiva*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
2. Dworkin PH. *The National Medical Series for Independent Study*. 3th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
3. Benício MHD'A, Cardoso MRA, Gouveia ND, Monteiro CA. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública*. 2000; 34 (Suppl.6): 91-101.
4. Esperança AC, Cavalcante RB, Marcolino, C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais. *Reme Rev Min Enferm*. 2006; 10(1):30-6
5. Nascimento LFC, Marcitelli R, Agostinho FS, Gimenes CS. Análise hierarquizada dos fatores de risco para pneumonia em crianças. *J Bras Pneumol*. 2004; 30(5):445-51.
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Indicadores e dados básicos – Brasil – 2004*. [Citado em 17 ago 2005]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.
7. Chiesa AM, Westphal MF, Kashiwagi NM. Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(5):559-67.
8. Amorim KS, Rossetti-Ferreira C. Análise Crítica de investigações sobre doenças infecciosas em crianças que freqüentam creches. *J Pediatr*. 1999; 75(5):313-20.
9. Ximenes LB, Vasconcelos SC, Moreira BFC, Lima RP, Justino AG. Conhecimento dos educadores Infantis sobre os Problemas Visuais e Auditivos em Crianças da Creche. *Nursing (São Paulo)*. 2006; 96(9): 805-10.
10. Veríssimo MDLOR, Fonseca RMGS. O cuidado da criança segundo trabalhadoras de creches. *Rev Latino-Am Enferm*. 2003; 11(1): 28-35.
11. Maranhão DG. O processo de saúde doença e os cuidados com a saúde na perspectiva dos educadores infantis. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16(4): 1143-8.
12. Ayres JRCM. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5 (Suppl. 1):28-42.
13. Mello DF, Andrade RD. Atuação do enfermeiro junto à população materno-infantil em uma unidade de saúde da família no município de Passos-MG. *Reme Rev Min Enferm*. 2006; 10(1):88-93.
14. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
15. Prietsch SOM. Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico. *Rev Panamer Salud Publica*. 2003; 13(5):303-10.
16. Amaral JJF, Cunha AJLA, Silva MASF. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância-AIDPI: avaliação das unidades de saúde. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde; 2002.
17. Murahovschi J. A criança com febre no consultório. *J Pediatr (Rio de Janeiro)* 2003; 79 (Suppl. 1):55-63.

18. Moura FEA, Borges LC, Souza LSF, Ribeiro DH, Siqueira MM, Ramos EAG, et al. Estudo de infecções respiratórias agudas virais em crianças atendidas em um centro pediátrico em Salvador (BA). *J Bras Patol Med Lab.* 2003; 39(4):275-82.
19. Caetano JRM, Bordin IAS, Puccini RF, Peres CA. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(3):285-91.
20. Façanha MC, Pinheiro AC. Doenças respiratórias agudas em serviços de saúde entre 1996 e 2001, Fortaleza, CE. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(3):346-50.
21. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA. *Pediatria básica.* 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2003.
22. Carvalho LMT, Pereira EDB. Morbidade respiratória em crianças fumantes passivas. *J Pneumol.* 2002; 28(1):8-14.
23. Prietsch SOM, Fischer GB, Cesar JA, Fabris AR, Mehanna H, Ferreira THP, et al. Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. *J Pediatr.(Rio de Janeiro).* 2002; 78(5): 415-22.
24. Bakonyi SMC, Danni-Oliveira IM, Martins LC, Braga ALF. Poluição atmosférica e doenças respiratórias em crianças na cidade de Curitiba, PR. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(5): 695-700.
25. Miranda MIF, Rerriani MGC. Políticas públicas sociais para crianças e adolescentes. Goiânia: AB; 2001.
26. Segre CAM, Santoro M. *Pediatria: diretrizes básicas organizações de serviços.* São Paulo: Sarvier; 2001.
27. Barros AJD, Gonçalves, EV, Borba, CRS, Lorenzatto, CS, Motta, DB, Silva, VRL, Schiorcky, VM. Perfil das creches de uma cidade de porte médio do sul do Brasil: operação cuidados, estrutura física e segurança. *Cad Saúde Pública.* 1999; 15(3): 597-604.

Data de submissão: 4/6/2007

Data de aprovação: 18/6/2008

CONHECIMENTO SOBRE PARALISIA CEREBRAL EM CRIANÇAS POR PARTE DAS MÃES ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE*

KNOWLEDGE OF CHILD CEREBRAL PALSY BY MOTHERS ASSISTED IN A BASIC HEALTH UNIT

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES ATENDIDAS EN UNA UNIDAD BÁSICA DE SALUD SOBRE LA PARÁLISIS CEREBRAL DE SUS NIÑOS

Maíra Costa Navais¹
Allison Araújo²

RESUMO

A paralisia cerebral infantil é uma disfunção neuromotora resultante de encefalopatia não progressiva. É relevante o impacto da doença dada a repercussão na criança, na família e na sociedade. Ainda não se tem um fator determinante para tal agravo, mas sabe-se que a hipoxemia e a isquemia cerebral concorrem para essa disfunção. Algumas medidas que visam prevenir a doença podem ser tomadas no período perinatal. O objetivo com o trabalho foi avaliar o conhecimento e fontes de informações a respeito da paralisia cerebral infantil. Mães cadastradas pelo Programa Saúde da Família (PSF) "Viver Melhor", do município de Diamantina-MG, foram selecionadas e, em seguida, foram realizadas entrevistas utilizando questões norteadoras semi-estruturadas voltadas para o problema. Após a transcrição das falas, os discursos foram agrupados em três eixos temáticos: conhecimento sobre paralisia cerebral, fontes de informação sobre a doença e papel dos serviços de saúde na prevenção da paralisia cerebral infantil. Os resultados indicaram que as ações educativas precisam ser ampliadas mediante a remodelação de práticas profissionais, incremento de políticas públicas e melhoria dos serviços ofertados à gestante no período perinatal.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral; Educação em Saúde; Assistência Perinatal; Criança; Pediatria.

ABSTRACT

Child cerebral palsy is a neuromotor disorder resulting from non-progressive encephalopathy. The impact of the disease is significant because of its effect on the child, family and society. The main cause is not yet known, but it is known that hypoxia and cerebral ischaemia contribute. Some measures to avoid the disease can be taken in the perinatal period. The objective of this study was to evaluate the knowledge and sources of information about Child Cerebral Palsy. Mothers enrolled in the "Viver Melhor" Family Health Program in Diamantina, State of Minas Gerais, Brazil, were selected and interviewed using semi-structured questions about the problem. After the speech was transcribed, the discourse was grouped around three themes: knowledge about cerebral palsy, sources of information about the disease and the role of health services in the prevention of child cerebral palsy. The results indicated that education initiatives must be widened through redesigning professional practice, increasing public policies and improving services provided to women in the perinatal period.

Key words: Cerebral Palsy; Health Education; Perinatal Care; Child; Pediatrics.

RESUMEN

La parálisis cerebral infantil es una disfunción neuromotora resultante de encefalopatía no progresiva. El impacto de la enfermedad es relevante por su repercusión en niños, familias y la sociedad. Todavía no se conoce ningún factor determinante pero se sabe que la hipoxemia y la isquemia cerebral contribuyen a tal afección. Durante el período perinatal pueden tomarse algunas precauciones para prevenir la dolencia. El objetivo del presente trabajo fue evaluar el conocimiento y las fuentes de información acerca de la parálisis cerebral infantil. Se escogieron algunas madres suscritas al programa Salud de la Familia (PSF) "Viver Melhor", de la Municipalidad de Diamantina/MG y luego se realizaron encuestas con preguntas semiestructuradas orientadas hacia el problema. Después de la transcripción de las charlas, los discursos se agruparon en tres ejes temáticos: conocimientos acerca de la parálisis cerebral, fuentes de información sobre la enfermedad y rol de los servicios de salud en la prevención de la parálisis cerebral infantil. Los resultados sugieren que habría que tomar más medidas educativas referentes a las prácticas profesionales, políticas públicas y mejorar los servicios brindados a las embarazadas durante el período perinatal.

Palabras clave: Parálisis Cerebral; Educación en Salud; Atención Perinatal; Niño; Pediatría.

* Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) para obtenção do Grau de Enfermeiro.

¹ Estudante do curso de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Minas Gerais, Brasil.

² Enfermeiro. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor assistente I do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – (UFVJM). Minas Gerais, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua do Progresso, nº 88, Bairro Vila Operária – Diamantina-MG – CEP 39.100-000.

E-mail: alissonenf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) infantil caracteriza-se por uma disfunção neuromotora, também denominada encefalopatia crônica, não progressiva da infância. É entendida como conseqüência de má-formação congênita ou lesão cerebral no período perinatal (próximo, durante e após o parto), que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação e estruturação, resultando na maioria das vezes em lesões irreversíveis.^{1,2}

De acordo com as áreas lesadas do cérebro, desenvolvem-se os déficits, em geral motor e postural, que podem ser: visual, auditivo, lingüístico, comportamental, ortopédico, mental (ocorrência de 30 a 70 % dos casos) e transtornos epilépticos (25% a 30 % dos casos).¹

É relevante o impacto dessa disfunção neuromotora na sociedade e na família, principalmente em quem assume os cuidados da criança desde o nascimento.^{3,4,5}

Não há dados específicos, mas estima-se que a prevalência de paralisia cerebral infantil esteja em torno de 0.6 a 2.4 casos em 1 000 nascimentos. A incidência dessa patologia é maior nos países subdesenvolvidos, em que os índices chegam a sete casos por 1 000 nascidos vivos. O alto índice verificado nos países subdesenvolvidos deve-se aos poucos e ineficientes cuidados no período perinatal. No Brasil, estima-se cerca de 30 000 a 40 000 novos casos por ano.^{1,2,5}

São inúmeras as causas possíveis relacionadas à PC. Ainda não se tem um fator determinante, porém é evidente a contribuição da hipoxemia e isquemia cerebral, dependendo da sua intensidade e do período gestacional.^{4,5}

A falta de conhecimento ou orientações incompletas à gestante podem ser fatores agravantes para a patologia. Assim, são necessárias informações sobre esse problema de saúde, para que se subsidie a implementação de medidas preventivas por meio de educação em saúde para as mulheres no período reprodutivo.

Diante de fatores preditivos para a PC, medidas preventivas e eficientes devem ser implantadas no período gestacional e perinatal. Dentre essas medidas, podemos citar:

- No período pré-natal: aderir efetivamente ao pré-natal para a detecção de qualquer intercorrência; ter uma alimentação balanceada; abandonar o álcool e o tabagismo; não realizar automedicação; evitar exposição à radiação e a produtos tóxicos; certificar-se da vacinação; controlar a glicemia e a pressão arterial; investigar possível incompatibilidade sanguínea entre os pais; e evitar partos prematuros.
- No momento do parto: ter a presença de um especialista (pediatra) na sala de parto; ter assistência médica prudente quanto ao uso de métodos alternativos e manobras agressivas obstétricas.
- No período pós-natal: atentar para envenenamento, traumas, desidratação, febre prolongada convulsões e vacinação da criança.⁴

A estratégia de saúde da família propõe como uma de suas prioridades o pré-natal e assistência às gestantes de risco habitual. Nesse contexto, os profissionais de saúde integrantes da equipe assumem grande responsabilidade ao acompanhar as gestantes e a família na experiência tão importante da gravidez. Nessa oportunidade, devem desempenhar seu papel e colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar físico e psicológico da mãe mediante intervenções e esclarecimentos oportunos.^{6,7}

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) destaca a importância das ações educativas no atendimento integral à mulher e em sua fase reprodutiva. Estabeleceu-se que tais atividades educativas devem ser desenvolvidas por todos os profissionais da equipe de saúde e ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional e clientela, com o objetivo de levar à reflexão sobre a saúde e adoção de práticas para sua melhoria ou manutenção.^{6,8,9}

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal, um período susceptível a fatores externos, que a mulher deverá ser mais bem orientada. Dessa forma, ela poderá vivenciar o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério, prevenir-se contra patologias e mais sucesso na amamentação.⁹

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que o profissional que cuida da gestante deve oferecer orientações, aconselhamentos específicos e atividades relacionadas à maternidade. Durante o pré-natal, a mulher deve receber orientações em relação ao processo gestacional, mudanças corporais e emocionais, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação, além orientações sobre anatomia e fisiologia maternas, tipos de partos, condutas que facilitam a participação ativa no nascimento, sexualidade e outras.⁶

Por ser a PC uma patologia que abrange a saúde da gestante e do recém-nascido, é importante que o tema seja abordado na realização de ações educativas às gestantes.

Diante da importância do esclarecimento e da adoção de medidas preventivas por parte da mãe, é necessário conhecer o nível de informações a esse respeito para que sejam implementadas ações no período gestacional e perinatal visando à prevenção da PC em crianças por meio da estratégia da Saúde da família.

Nesse contexto, o objetivo com este trabalho é avaliar o conhecimento das mães sobre paralisia cerebral, investigando o nível e as fontes de informação em relação às causas e medidas preventivas.

METODOLOGIA

Utilizamos neste trabalho a metodologia qualitativa, a fim de estudar holística, sistêmica e ecologicamente o tema "paralisia cerebral", assim como seus aspectos

preventivos. O enfoque qualitativo nos permite compreender a realidade com base na análise perceptiva, em vez de isolar variáveis e explicá-las. Tal percepção leva em consideração valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões do sujeito e fenômeno em questão.^{10,11,12,13}

Configura-se importante a objetivação, ou seja, a busca do fato relacionado até mesmo aos olhos do pesquisador. Daí a relevância da sua consciência crítica sobre sua possível interferência em qualquer etapa do processo.¹²

Optamos pela entrevista, por ser um método capaz de proporcionar diálogo reflexivo e elucidar posteriormente crenças e pensamentos implícitos em dados verbais e não verbais.¹⁴ As questões abordadas foram centradas no problema.¹⁰

A pesquisa na área da saúde necessita de uma compreensão dinâmica para interpretar as temáticas contextualizadas. Dessa forma, elegemos a análise de conteúdo a fim de entender profundamente o texto de acordo com a realidade social e histórica no qual foi criado, revelando o sujeito por meio de suas concepções. A linguagem não-verbal representada pelo fômites, entonação da voz, momentos de silêncio, gesticulação, expressão facial dentre outros, darão base para uma análise mais fidedigna do discurso.^{10,11,13}

De acordo com tais perspectivas analíticas, procuramos elucidar questões relevantes quanto ao pré-natal no serviço público de atenção básica direcionado à saúde do recém-nascido.

Foram selecionadas previamente mães cadastradas e atendidas nas consultas de puericultura pelo PSF Viver Melhor, do município de Diamantina-MG. As entrevistas foram realizadas até a reincidência das falas, repetição do conteúdo dos discursos. Dessa forma, chegou-se a oito mães entrevistadas.

Obedecendo à Resolução nº 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, e os sujeitos participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procurando resguardar segurança, conforto e liberdade para as mães, as entrevistas foram realizadas no próprio domicílio, gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise. Atribuímos nomes fictícios para preservar o anonimato dos sujeitos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às características socioeconômicas das mulheres entrevistadas, percebeu-se que apenas uma delas (12,5%) possuía o ensino médio completo e sete (87,5%) possuíam o ensino médio incompleto. A média de idade entre as participantes foi de 12-22 anos, apresentando uma porcentagem significativa de mães adolescentes (38,5%). Esses fatores associados ou isoladamente podem estar relacionados com a baixa assiduidade ou

ausência nos atendimentos de assistência pré-natal, o que contribui para o aumento da morbi-mortalidade materno-fetal.¹⁴

A leitura repetida dos discursos e a análise das linguagens verbal e não-verbal, utilizadas pelos sujeitos para se expressarem, possibilitou identificar e selecionar os seguintes eixos temáticos: Conhecimento sobre paralisia cerebral em crianças, fontes de informações sobre a doença e papel dos serviços de saúde na prevenção da paralisia cerebral infantil.

Conhecimento sobre paralisia cerebral

Entre as mães atendidas, as informações acerca do tema paralisia cerebral em crianças são escassas, errôneas e até mesmo completamente inexistentes. Não houve distinção significativa em relação ao conhecimento sobre o tema entre as mulheres de níveis de escolaridade diferentes e tempo decorrido após o parto.

É grande a repercussão da paralisia cerebral na criança, na família e na sociedade. Mesmo diante disso, as informações em relação à doença ainda são insuficientes, provavelmente por ser uma patologia menos incidente se comparada a agravos comuns da infância.⁶

Foi perceptível o medo e a distância que as mães sentem da doença. O preconceito, aliado às dúvidas, foi também demonstrado:

Quando meu neném tava na barriga, eu já tava doida para ele nascer pra mim ver se ia nascer com esses problema ou normal. (Daniela)

Já vi crianças assim, mas por que eles ficam assim? (Marina)

Eles falam que menino fica esquisito, dá uma dor de cabeça, não é isso? Acho que isso é bestagem que menino não sente isso não. Nunca vi crianinha dando derrame cerebral. (Ana)

Que eu saiba, isso dá depois, muitas até nasce normal e chega uma certa idade, meses ou dias depois que dá isso. (Daniela)

Quanto ao conhecimento sobre as causas da doença, somente uma das mães referiu-se ao parto como possível momento em que pudesse ocorrer intercorrências e resultar prejuízos à saúde do recém-nascido. As demais associaram somente o momento pós-natal como capaz de haver eventualidades que pudessem resultar em paralisia cerebral.

Ainda que durante muito tempo tenha-se acreditado que era a anoxia perinatal era a principal causa de paralisia cerebral, hoje sabe-se, com base em novos estudos, que a doença é de etiologia multifatorial compreendida nos momentos pré-natal, do parto e do pós-natal.⁴

[...] a menina dela faltou oxigenação no cérebro e aí não anda, não fala assim... já ouvi que passa da hora de nascer, é por isso! (Gabriela)

[...] pode ser por causa de remédio que menino toma?
(Paula)

[...] é que o menino veio e teve uma convulsão, quando voltou já tava assim. (Tamara)

Na maioria dos discursos não houve conhecimento esclarecido dos possíveis fatores preventivos para a paralisia cerebral infantil. Apenas um dos sujeitos associou o trabalho de parto longo e indicou o adequado pré-natal como uma ação preventiva.

A literatura tem privilegiado a análise das características e dos resultados da assistência pré-natal, deixando em segundo plano o estudo da qualidade do conteúdo dos atendimentos. Em contrapartida, o PAISM preconiza ações educativas à mulher no período gravídico-puerperal e que elas contemplem conteúdos que permitam a mulher a vivenciar com segurança tal período.^{6,14}

No entanto, evidenciamos o desconhecimento sobre o tema paralisia cerebral, o que pode representar despreparo para execução de práticas preventivas para a doença.

Historicamente, a mulher reproduz o que circula na sociedade, o espelho de um ser frágil e essencialmente maternal. No entanto, há um despreparo significativo para lidar com fatores naturais de sua vida, como a gestação, o parto e o puerpério.¹⁵

Não sei mesmo como previne... (Tamara)

Fazer pré-natal direitinho, né? Acompanhando direitinho desde o início, aí qualquer problema que apresentar fica fácil de tratar, antes que causa dano maior. (Gabriela)

Fontes de informações sobre a doença

É importante o reconhecimento das fontes de informações das mulheres sobre o assunto. Há um processo complexo de interiorização de idéias e preceitos do ciclo de relacionamentos pessoais e meios de comunicação com os quais lidamos.

A realidade para cada indivíduo e/ou grupo social é uma construção referenciada em sua história e experiência de vida. As percepções do indivíduo dependem de suas descrições da realidade; são criadas na convivência em ambiente de diversidade de histórias e saberes.¹⁶ Dessa forma, uma informação errônea e sem fundamento científico é repassada, o que é preocupante por desencorajar medidas preventivas em relação à paralisia cerebral infantil.

Familiares não explicam direito o processo do parto, informações incorretas, incompletas e maliciosas se transformam em medo, vergonha e até em condições de risco para a mulher e a criança.⁵

Nas falas seguintes, pode-se observar como os meios de comunicação e as informações recebidas por pessoas

que convivem com um portador da doença influenciam sobremaneira o conhecimento das mães.

Sei muito pouco, mais em televisão e tal... (Priscila)

Assim, o pessoal fala... (Marina)

A vizinha da minha vó tem um menino assim... (Carla)

Um dos componentes das ações básicas de saúde é a ação educativa desenvolvida pelos profissionais e que esteja inserida com o objetivo de levar à população a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças para a solução de seus problemas.¹² No entanto, o profissional de saúde não foi citado em momento algum como educador e fonte de informações para as mães entrevistadas.

As ações dos sujeitos são conduzidas muito mais por suas interpretações sobre as possibilidades de conquista do que pelo acréscimo de informação. Dessa forma, não basta conhecer os determinantes biológicos ou sociais das doenças para haver mobilização individual ou coletiva. Os sujeitos precisam sentir e saber os meios racionais e emocionais com que podem contar no enfrentamento de riscos.^{16,17}

Papel dos serviços de saúde na prevenção da paralisia cerebral infantil

É fundamental o papel educativo do setor saúde, que contribui para a melhoria da qualidade de vida e oferece atenção humanizada integral e no período gravídico-puerperal.

Apesar de anteriormente os serviços e profissionais de saúde não terem sido considerados pelas mães como fontes de informações sobre a temática, elas consideraram a equipe de saúde potencialmente capaz de desempenhar atividades educadoras.

As mães mencionam que reconhecem atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde. No entanto, não compreendem que tais ações previnam a paralisia cerebral infantil:

Na área de saúde é muito raro a gente ouvi falar desse tipo de problema... (Gabriela)

Já ouvi minha colega falando que da sim é tipo uma dor de cabeça que os médicos falam que é paralisia cerebral... (Ana)

[...] quando tava grávida dele quase não ia no Posto médico. Eu passei ir quando a Agente falou que era bom. (Ana)

Os profissionais precisam estar atentos e oferecer informações adequadas e claras para as futuras mães, assumindo sua função educadora e seu objetivo preventivo durante o período reprodutivo. Precisam agir junto, construindo saberes, respeitando e facilitando o

máximo o poder dos indivíduos sobre seus desejos e projetos de vida.^{6,9,16,17}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura revelou-se rica em estudos sobre o pré-natal oferecido pelo sistema público de saúde. Contudo, os estudos investigam as ações contabilizando-as, sem se preocupar com sua qualidade.

Nosso objetivo foi avaliar se as mães possuíam conhecimentos adequados em relação à paralisia cerebral e se estes lhes foram repassados, esclarecidos ou reforçados pela equipe de saúde no momento da gravidez.

O tema paralisia cerebral infantil é bastante complexo e causa impacto e repercussão psicológica e social para o cuidador e para a sociedade. Dessa forma, é imprescindível investimento em educação em saúde no período perinatal e que sejam repassadas informações relevantes, a fim de encorajar as futuras mães a incorporar ações e hábitos preventivos para a doença.

Os investimentos em prevenção e promoção à saúde devem contemplar políticas públicas por meio de programas de ampla abrangência, como já preconizado pelo Ministério da Saúde. O incremento e a ampliação dos serviços de atenção básica também podem contribuir sobremaneira.

Com base neste estudo, verificou-se que as práticas profissionais necessitam ser repensadas, no sentido de remodelar o atendimento. O contato com a gestante deve ser valorizado e aproveitado para a transmissão de informações, esclarecimento de dúvidas, acompanhamento do desenvolvimento fetal e diagnóstico de possíveis intercorrências.

Na abordagem da paralisia cerebral infantil, há que se considerar que existe necessidade de maior valorização das informações internalizadas e associá-las a novas, pois a temática não é, muitas vezes, associada à realidade.

Os profissionais integrantes da equipe assumem papel importantíssimo ao realizar a educação em saúde e, dessa maneira, contribuem para a qualidade de vida da mãe, da criança e da família.

REFERÊNCIAS

1. Leite JMRS, Prado GF. Paralisia cerebral: aspectos fisioterapêuticos e clínicos. *Rev Neurociên.* 2004; 12 (1). [Citado em 20 mar 2008] Disponível em: http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12_1/paralisia_cerebral.htm
2. Mancini MC, Fiuza PM, Rebelo JM. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. *Arq Neuro-Psiquiat.* jun.2002; 60(2B):446-52.
3. Canete S, Pires A. Asfixia perinatal e comportamento maternal. *An Psicológica.* 2002 jul.; 20(3):438-48.
4. Ferrari JP, Morete MC. Reações dos pais diante do diagnóstico de paralisia cerebral em crianças com até 4 anos. *Cad Pós-Grad Dist Desenvol.* 2004; 4(1):25-34.
5. Sousa SC, Pires BP, Antônio AP. Comportamento materno em situação de risco: mães de crianças com paralisia cerebral. *Rev Psicol Saúde & Doenças.* 2003; 4 (1):11-130.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Parto aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 648 de 26 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Neumann N, Tanaka A, Oswaldo Y, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2003; 6 (4): 307-18.
9. Rios C, Vieira TF, Neiva FC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciê Saúde Coletiva.* 2007; 12 (2):447-86.
10. Gunther H. Pesquisa qualitativa versus Pesquisa quantitativa: Esta é a questão? *Psicol Teoria Pesq.* 2006 maio/ago; 22 (2):201-10.
11. Minayo MCDS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública.*, 1993 jul/set; 9 (3):239-62.
12. Silverio MR, Patricio ZM. O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade: uma contribuição para o trabalho de equipe em educação em saúde. *Ciê Saúde Coletiva.* 2007; 12 (1): 239-46.
13. Vianna PCDM, Barros S. A análise do discurso: uma revisão teórica. *Reme Rev Min Enferm.* 2003; 7 (1): 56-60.
14. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho L M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora -MG. *RBGO.* 2003; 25 (10):717-24.
15. Queiroz ABA. Práticas educativas no pré-natal: uma análise sobre as expectativas das participantes. *Rev Tec-cient Enferm.* 2005; 3 (11) 262-9.
16. Oliveira R M. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. *Perpect Cien Inf.* 2003; (N. Especial): 22-45.
17. Saboia MV. A Enfermeira e a prática educativa em saúde: a arte de talhar pedras. *Nursing (São Paulo).* 2005; 83(8):173-7.

Data de submissão: 13/12/2007

Data de aprovação: 26/6/2008

PERFIL DA INCIDÊNCIA BACTERIANA E RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

PROFILE OF BACTERIAL INCIDENCE AND ANTIMICROBIAN RESISTENCE IN A HOSPITAL

PERFIL DA LA INCIDENCIA BACTERIANA Y RESITENCIA ANTIMICROBIANA EN UN HOSPITAL

Dênis Derly Damasceno¹
Fábio de Souza Terra²
Paula Oliveira Dutra³
Solange Izabel Campos Libânio⁴

RESUMO

O uso indiscriminado de antimicrobianos tem chamado a atenção das pessoas dado seu papel no desenvolvimento de microorganismos multirresistentes. Com este estudo, objetiva-se traçar um perfil bacteriológico das infecções em clientes hospitalizados e da resistência e sensibilidade aos antimicrobianos, levantando os microrganismos mais comuns por setor de internação e local de coleta da amostra. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de corte transversal, realizado por meio de análise documental dos 402 resultados positivos das culturas no período de um ano em uma instituição hospitalar. Utilizou-se como tratamento estatístico o teste de X^2 de Pearson e "t" de Student-Newman-Keuls ($p < 0,05$). Após análise dos dados, observou-se que a *E. coli* é o principal causador de ITUs; o *S. aureus*, de infecções do tecido córneo e do sistema circulatório; e o *S. epidermidis*, de infecções de catéter. O microrganismo *P. aeruginosa* apareceu em 19,5% dos resultados positivos, sendo sensível ao imipenem em 77,2% dos casos e resistente à amicacina, o principal causador de infecções na clínica médica masculina e CTI, em 61%. Assim, é necessário que os profissionais de saúde estejam conscientes no uso racional e adequado de antimicrobianos, minimizando o risco de o indivíduo desenvolver resistência a eles.

Palavras-chave: Infecção; Infecções Bacterianas; Farmacorresistência Bacteriana; Testes de Sensibilidade Microbiana.

ABSTRACT

Indiscriminate use of antimicrobial drugs has caught the attention of people because of their role in the development of multi-resistant microorganisms. This study intends to draw a bacteriological profile of infections in hospitalized patients, and the resistance and sensitivity to the antimicrobial drugs, raising the most common microorganisms per internment department and site where samples were collected. It is a descriptive study, cross-section, retrospective, document analysis of the 402 positive results of cultures during the period of one year in a hospital. The statistical treatment used was Pearson's X^2 test and Student-Newman-Keuls "t" test ($p < 0,05$). After the data was analyzed, it was observed that *E. coli* is the main cause of UTE infection; *S. aureus* of infections of the cornea and circulation system; and *S. epidermidis* of catheter infections. *P. aeruginosa* appeared in 19.5% of positive results, sensitive to imipenem in 77.2% of cases and resistant to amikacin, the main cause of infections in male medical clinic and ICU, at 61%. Therefore it is necessary that health workers should be aware of the rational and adequate use of antimicrobial drugs, minimizing the risk of individuals developing resistance to them.

Key words: Infection; Bacterial Infections; Drug Resistance, Bacterial; Microbial Sensitivity Tests.

RESUMEN

El uso indiscriminado de antimicrobianos ha llamado la atención debido a su papel en el desarrollo de microorganismos multiresistentes. El presente estudio tiene por objeto trazar el perfil bacteriológico de las infecciones en pacientes internados con resistencia y sensibilidad a antimicrobianos destacando los microorganismos más comunes por sector de internación y lugar de colecta de la muestra. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal por medio de análisis documental de los 402 resultados positivos de las cultivos realizados en el período de un año en un hospital. Se utilizó como tratamiento estadístico el test de X^2 de Pearson y "t" de Student-Newman-Keuls ($p < 0,05$). Después del análisis de datos se ha podido observar que el *E. Coli* es el principal causante de ITUs, el *S. Aureus* de infecciones del tejido córneo y el sistema circulatorio y el *S. Epidermidis* como causante de infecciones de catéter. El microorganismo *P. Aeruginosa* apareció en 19,5% de los resultados positivos, es sensible al Imipenem en 77,3% de los casos y resistente a la Amicacina en 61% y es el principal causante de infecciones en la clínica médica masculina y en la unidad de cuidados intensivos. Por lo tanto, los profesionales de salud deben estar muy conscientes del uso racional y adecuado de los antimicrobianos, minimizando el riesgo de que el individuo desarrolle resistencias contra ellos.

Palabras clave: Infección; Infecciones Bacterianas; Farmacorresistencia Bacteriana; Pruebas de Sensibilidad Microbiana.

¹ Enfermeiro. Professor substituto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG. Minas Gerais, Brasil.

² Enfermeiro. Professor substituto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG. Minas Gerais, Brasil.

³ Estudante do 7º período de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG. Minas Gerais, Brasil.

⁴ Enfermeira. Especialista em Nefrologia pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia e em Infectologia pela Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida Augusto de Lima, nº 1219, aptº 1104, bairro Barro Preto, Belo Horizonte-MG. CEP 30.190-002.
E-mail: denisddamasceno@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A utilização de drogas antimicrobianas tem sido crescente desde o surgimento da penicilina no final da primeira metade do século XX.¹ A partir da década de 1940, essas drogas reduziram drasticamente a morbidade e a mortalidade das enfermidades infecciosas, mas as bactérias e outros microrganismos patogênicos possuem notável capacidade de se tornarem resistentes a elas, principalmente em decorrência do uso irracional ou inadequado delas, tornando-se atualmente um objeto de preocupação, merecendo destaque na área da saúde.^{1,2}

Vale ressaltar que o custo do tratamento das infecções resistentes aos antimicrobianos são mais elevados, dada a necessidade de hospitalização, geralmente mais prolongada (de quatro dias, em média) e do prognóstico desfavorável.^{2,3,4} No Brasil, os dados sobre infecção hospitalar são pouco divulgados, além de não serem consolidados por muitos hospitais, o que dificulta o conhecimento da dimensão desse problema.⁵

Diante do fenômeno da resistência antimicrobiana nos indicadores de saúde e dos custos, é necessário modificar as práticas de tratamento, procurando o uso racional dos antimicrobianos e de estratégias que ajudem a preservar-lhe a eficácia.⁶ Uma das recomendações é que os antibióticos devem ser diferenciados segundo seu uso em profiláticos, empíricos e específicos (terapêuticos).⁷ Segundo Ferral et al.,⁸ a decisão de usar antibióticos é tomada com frequência sem considerar o microrganismo, a seletividade, a resistência e a relação custo-benefício ao selecionar um antibiótico, possibilitando, dessa forma, ao cliente desenvolver resistência ao antimicrobiano utilizado.

Sader et al.⁹ enfatizam a importância dos programas de vigilância de resistência bacteriana a antimicrobianos na orientação da terapêutica empírica, pois, segundo Castro,¹⁰ o conhecimento aprofundado do perfil de resistência microbiana em uma Instituição é de grande importância para a escolha apropriada de antimicrobianos. Beltran¹¹ afirma que a mortalidade por sepses eleva de 56% a 78% quando o antimicrobiano administrado inicialmente não é apropriado.

O objetivo com este estudo foi realizar um levantamento dos resultados do antibiograma e da cultura de microrganismos realizados nos pacientes internados em uma instituição hospitalar para traçar o perfil da

incidência de bactérias por setor de internação e local de coleta da amostra, bem como de sua resistência e sensibilidade aos antimicrobianos. Espera-se que esses dados sirvam de subsídio para a escolha mais apropriada de uma antibioticoterapia empírica e, conseqüentemente, diminua o risco de o paciente desenvolver uma resistência bacteriana futura.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental e retrospectiva, realizada por meio de um estudo de corte transversal, na qual os dados foram levantados com base em documentos cientificamente autênticos. Foram abordados como variável dependente os exames bacteriológicos e como variável independente, o antibiograma.

Os dados foram adquiridos por meio de coleta secundária dos resultados da cultura de material colhido dos suspeitos de infecção e do antibiograma dos casos confirmados, no período de janeiro a dezembro de 2005, em um hospital filantrópico do município de Alfenas-MG. Antes dessa coleta, solicitou-se autorização à Administração do referido hospital. A população investigada constituiu-se de 846 culturas de material coletado, sendo que desses puderam ser analisados 402 antibiogramas de portadores de infecção na instituição em questão.

Foram obtidos os seguintes dados: setor de internação; local de coleta da amostra para a realização do antibiograma; bactérias isoladas e os antimicrobianos aos quais estas eram sensíveis e resistentes. Após a coleta dos dados, estes foram tabulados e analisados estatisticamente pelo teste de Qui-Quadrado de Pearson e teste "t" de Student-Newman-Keuls, sendo considerados valores significativos para $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram analisados, em 12 meses, 402 resultados de antibiograma de culturas positivas para microrganismos de uma amostra de 846 culturas.

Os microrganismos mais comumente isolados foram a *Pseudomonas aeruginosa* (19,5%), seguida da *Escherichia coli* (17,3%), do *Staphylococcus aureus* (16,9%) e do *Staphylococcus epidermidis* (12,7%). Dentre os outros microrganismos (19,5%), destacam-se o *Staphylococcus coagulase* negativa e a *Candida albina*s (TAB. 1). Villas Boas

TABELA 1 – Distribuição dos microrganismos mais comumente isolados nas culturas nos quatro trimestres do ano de 2005 em uma instituição hospitalar

	P. aeruginosa	E. Coli	S. aureus	S. epidermidis	S. coagulase	Candida	outros
1° trim.	16	18	16	14	04	02	21
2° trim.	22	15	19	09	13	05	23
3° trim.	24	21	17	16	09	07	23
4° trim.	26	24	24	18	10	13	21
Total	88	78	76	57	36	27	88

Fonte: Dados adquiridos por meio da análise dos resultados dos antibiogramas de uma instituição hospitalar.

Obs: Houve a presença de mais de um microrganismo em alguns resultados de cultura.

e Ruiz⁴ verificaram que os agentes isolados foram: *Pseudomonas aeruginosa* (35,7%), *Staphylococcus aureus* (21,5%), *Escherichia coli* (14,2%), *Staphylococcus coagulase-negativo* (11,9%), Bacilo Gram negativo não fermentador (9,5%) e *Candida* sp (7,2%).

Os antimicrobianos aos quais essa bactéria foi sensível foram: Imipenem (77%) e Piperacilina + Tazobactam (74%); sendo resistente a gentamicina (73%), amicacina (61%), ciprofloxacina (59%), levofloxacina (55%), tetraciclina (94%) e ao cloranfenicol (98%); dados semelhantes aos encontrados por Zambrano e Nelson¹² em seu estudo, em que a *P. aeruginosa* foi sensível ao imipenem (73,7%) e a piperacilina+tazobactam (94,7%), resistente a levofloxacina (78,9%) ciprofloxacina (68,4%), porém com menor resistência à amicacina (36,8%) e à gentamicina (26,3%).

Neste estudo, o *S. epidermidis* apresentou sensibilidade de 100% à vancomicina, 82% à Piperacilina + tazobactam, 68,3% ao imipenem e 57,8% à amicacina, sendo resistente em 83,3% dos casos em que se utilizou oxacilina e 96% dos casos em que se utilizou Penicilina G. Em trabalho realizado por Michelim et al.¹³ este foi também 100% sensível à vancomicina e resistente à gentamicina (82,6%), à eritromicina (79,6%), ao sulfametoxazol-trimetropim (76,5%), à clindamicina (74,5%), à cefalotina e à oxacilina (72,4%) e à ciprofloxacina (71,4%), sendo resistente à penicilina e à ampicilina.

A *E. coli* apresentou sensibilidade em 96,4% dos resultados avaliados à piperacilina + tazobactam, 70% à amicacina, 94% ao imipenem, 53,3% à ceftriaxona e foi resistente em 51% dos casos à ciprofloxacina, 60% ao cloranfenicol e 84% ao sulfazotrim. Em estudo de Lopes et al.¹⁴ é importante mencionar que a *E. coli* apresentou uma das frequências mais baixas de resistência bacteriana e pequena modificação na sensibilidade à norfloxacina e à ciprofloxacina no período estudado.

Quanto à sensibilidade e à resistência, o *S. aureus* foi sensível em 100% dos casos à vancomicina, 81% à

piperacilina + tazobactam, 60% à amicacina e 51% à ciprofloxacina e foi resistente em 75% dos resultados à oxacilina e 98,5% à penicilina G. Quase todas as cepas de *S. aureus* de estudos realizados nos Estados Unidos são resistentes à penicilina; muitas são resistentes aos mais recentes antimicrobianos relacionados com a metilina, e desde 1997 algumas cepas com susceptibilidade diminuída à vancomicina, fármaco que durante muitos anos foi o único invariavelmente eficaz diante desses microrganismos têm sido detectadas.²

Neste estudo, a *P. aeruginosa* mostrou-se resistente, em média, a 10 antimicrobianos testados ($p < 0,0001$) (TAB. 2).

TABELA 2 – Perfil da resistência e sensibilidade dos microrganismos mais prevalentes antimicrobianos testados nos antibiogramas em uma instituição hospitalar

	<i>P. aeruginosa</i>	<i>S. epidermidis</i>	<i>E. coli</i>	<i>S. aureus</i>
Sensível	4,58±2,11	6,22±2,70	6,19±2,75	5,21±2,83
Resistente	10,00±2,10**	7,63±2,70	7,72±2,86*	9,00±2,92**
	P < 0,0001		p < 0,05	p < 0,0001

Fonte: Dados adquiridos por meio da análise dos resultados dos antibiogramas de uma instituição hospitalar.

* Significativo para $p < 0,0001$ pelo teste "t" de Student-Newman-Keuls.

** Significativo para $p < 0,05$ pelo teste "t" de Student-Newman-Keuls.

Os dados apresentados na TAB. 3, referentes aos locais de coleta, mostram que, nas infecções do trato urinário, o microrganismo mais isolado foi a *E. coli* (38,63%), sendo mais que o dobro da *P. aeruginosa* (18,2%). Nas infecções do sistema circulatório o mais freqüente foi a *S. aureus* (28,2%); nas infecções de cateteres, o *S. epidermidis* (33,3%); e nas infecções do tecido córneo os principais microrganismos foram o *S. aureus* (29,7%) e o *P. aeruginosa* (23,76%).

TABELA 3 – Distribuição dos microrganismos isolados por local de cultura em uma instituição hospitalar, no período de 12 meses

	<i>P. aeruginosa</i>	<i>E. coli</i>	<i>S. aureus</i>	<i>S. epidermidis</i>	<i>S. coagulase</i>	<i>Candida</i>	Outros
Urinocultura	24	51	02	05	08	12	30
Hemocultura	05	04	11	06	03	03	07
Ponta de cateter	06	00	10	15	05	01	08
Lesão de tecido	24	08	30	08	08	05	18
Outros	28	15	22	23	12	06	25

Fonte: Dados adquiridos por meio da análise dos resultados dos antibiogramas de uma instituição hospitalar.

Estudo realizado por Tresoldi *et al.*,¹⁵ no hospital da Unicamp, revelou que o microrganismo mais comumente isolado foi o *S. aureus* (20.9%), sendo sua frequência quase o dobro da *P. aeruginosa* (12.9%). A *E. coli* foi encontrada em 11.7% dos isolados e os *Enterococcus* em 9.7%. Os microrganismos mais frequentes em infecções cirúrgicas foram *S. aureus* (17.5%) e *Enterococcus* (16.5%). Em infecções circulatórias, *S. aureus* predominou (35.2%) e em infecções arteriovenosas, *S. aureus* (27.2%) e *S. coagulase*-negativo (16.9%) foram os mais frequentes, enquanto nas infecções do trato urinário os patógenos mais isolados foram os gram-negativos como a *P. aeruginosa* (22.1%), *E. coli* (20.4%) e *Klebsiella* sp (14.0%).

Segundo Michelim *et al.*,¹³ o *S. epidermidis* está frequentemente associado à colonização de cateteres e implantes. Neste estudo, esse também foi o principal agente causador de infecções em ponta de cateter, correspondendo a 24,6% dos casos, sendo esse valor significativo para $p < 0,01$ quando aplicado o Teste de Student-Newman-Keuls (TAB. 3). Quando analisado pelo Teste de Qui-Quadrado observou-se que o principal causador das infecções urinárias foi a *E. coli*.

Como mostra os dados da TAB. 4, a *P. aeruginosa* foi o principal microrganismo causador de infecções no setor de Clínica Médica masculina (36 casos). Na hemodiálise, os microrganismos foram o *S. aureus* e *S. epidermidis*, ambos com 12 casos. No setor de Clínica

Médica feminina destacou-se a *E. coli* (23 casos) e no CTI a *P. aeruginosa* (41 casos), tendo sido todos eles significativos para $p < 0,01$ ao aplicar o teste de Qui-Quadrado de Pearson.

A presença de resistência antimicrobiana é de grande importância nos CTIs, repercutindo nos custos de atenção, morbidade e mortalidade.¹⁶ Para Teixeira *et al.*,¹⁷ os CTIs são considerados epicentros de resistência bacteriana, sendo a principal fonte de surtos de bactérias multirresistentes. Dentre os fatores de risco, destaca-se o consumo abusivo de antimicrobianos e o uso rotineiro de técnicas invasivas, bem como a susceptibilidade dessa população. Segundo Michelim *et al.*,¹³ os agentes mais comumente isolados são *S. epidermidis* e *S. aureus*, porém neste estudo, a bactéria mais isolada foi a *P. aeruginosa* (TAB. 4).

Observou-se que o local mais comum de ocorrência de infecções foi o CTI, e quando comparado com os outros setores o resultados positivos foram significativos para $p < 0,01$ pelo teste de Student-Newman-Keuls ($p < 0,01$). Quando comparados os resultados negativos dos antibiogramas por setor, porém, foi possível observar que estes são mais frequentes no CTI, se comparados com os demais setores, sendo que em relação à hemodiálise foi significativo para $p < 0,001$ e na Clínica Médica Feminina e Masculina foi significativo para $p < 0,05$ pelo Teste de Student-Newman-Keuls (TAB. 5).

TABELA 4 – Distribuição das bactérias comumente isoladas segundo os setores de uma instituição hospitalar, no período de 12 meses

	<i>P. aeruginosa</i>	<i>S. aureus</i>	<i>E. coli</i>	<i>S. epidermidis</i>	<i>Candida</i>	<i>S. coagulase</i>	outros
CMF	08	11	23	12	05	11	10
CTI	41	24	23	12	20	13	39
CMM	36	15	16	12	02	03	07
HD	02	12	02	12	00	04	10
Outros	10	14	14	09	01	05	22

Fonte: Dados adquiridos por meio da análise dos resultados dos antibiogramas de uma instituição hospitalar.

*CMF – Clínica Médica Feminina *CTI – Centro de Terapia Intensiva

*CMM – Clínica Médica masculina *HD – Hemodiálise

TABELA 5 – Distribuição de casos positivos e negativos por setor de internação em uma instituição hospitalar, no período de 12 meses

	CMF		CMM		CTI		HD		Outros	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
1° trim.	11	13	07	17	31	20	11	03	22	30
2° trim.	10	07	17	12	36	30	17	04	13	29
3° trim.	17	17	20	24	39	53	09	03	17	40
4° trim.	32	35	33	22	43	49	04	04	13	29
Total	70	72	77	75	149	152	41	14	65	128

Fonte: Dados adquiridos por meio da análise dos resultados dos antibiogramas de uma instituição

A ITU é responsável por 35% a 45% de todas as infecções adquiridas no âmbito hospitalar, sendo a causa mais comum de infecção nosocomial.¹⁸ Neste estudo, essa foi a causa de 32,8% de todas as infecções ocorridas na instituição estudada (TAB. 6), sendo que na comparação dos resultados positivos dos antibiogramas em relação aos locais de coleta foi possível observar que estes ocorriam com mais frequência nas coletas de urinas. Aplicando o Teste de Student-Newman-Keuls, verificou-se que houve significância na comparação

entre os resultados das coletas de urina com os dados das hemoculturas e pontas de cateter ($p < 0,01$) e também com os resultados das lesões de tecido córneo ($p < 0,05$). Na comparação dos resultados negativos dos antibiogramas e locais de coleta, porém, observou-se que estes ocorriam com mais frequência nas urinoculturas e hemoculturas, sendo que quando esta analisada com os resultados das pontas de cateter e lesões de tecido córneo, foram significativos para $p < 0,0001$ pelo teste de Student-Newman-Keuls.

Tabela 6 – Distribuição dos resultados dos antibiogramas por local de coleta do material em uma instituição hospitalar, no período de 12 meses

	Urinocultura		Hemocultura		PC		LTC		outros	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
1° trim.	28	38	05	37	07	02	15	00	24	06
2° trim.	26	41	07	33	09	00	27	02	22	06
3° trim.	31	65	07	48	13	00	24	00	26	28
4° trim.	45	68	19	47	18	05	18	00	25	19
Total	130	212	38	165	47	07	84	02	97	59

Fonte: Dados adquiridos por meio da análise dos resultados dos antibiogramas de uma instituição hospitalar.

*PC – Ponta de catéter **LTC – Lesão de tecido córneo. hospitalar.

*CMF – Clínica Médica Feminina *CTI – Centro de Terapia Intensiva

*CMM – Clínica Médica masculina *HD – Hemodiálise

CONCLUSÃO

Pode-se concluir neste estudo realizado em uma instituição hospitalar do município de Alfenas-MG, cujo objetivo foi realizar um levantamento dos resultados dos antibiogramas e das culturas de microrganismos realizados em pacientes hospitalizados no período de 12 meses, que dos 402 resultados positivos, 19,5% apresentaram *P. aeruginosa* como microrganismo isolado, sendo este sensível ao imipenem em 77,2% dos casos e resistente à amicacina em 61%. Nas ITUs o microrganismo mais isolado foi a *E. coli* (38,63%), infecções do sistema a circulatório, o *S. aureus* (28,2%), infecções de cateteres, o *S. epidermidis* (33,3%); o *S. aureus* infecções do tecido córneo (29,7%). A *P. aeruginosa* apareceu como o principal microrganismo

causador de infecções nos setores Clínica Médica masculina e CTI.

Diante do exposto, faz-se necessária a realização de novos estudos objetivando o levantamento da incidência de infecções em pacientes hospitalizados, bem como o perfil de resistência e sensibilidade aos antimicrobianos. Assim, seria possível reduzir o risco de o paciente vir a desenvolver infecções cruzadas durante a sua hospitalização, de acordo com o setor de internação, bem como o índice de resistência aos antimicrobianos e, conseqüentemente, a utilização de um tratamento adequado, com qualidade e resultados satisfatórios para a saúde do paciente.

REFERÊNCIAS

- Berquo LS. et al. Utilização de antimicrobianos em uma população urbana. Rev Saúde Pública. 2004; 38 (2): 239-46.
- Public health action plan to combat antimicrobial resistance. Rev Panam Salud Publica 2001; 9(2):123-7.
- Góngora-Rubio F. et al. Significância clínica, epidemiologia e microbiologia das bacteremias por estafilococos coagulase-negativos em Hospital de Ensino. Rev Assoc Med Brás. 1997; 43(1):9-14.
- Villas Boas PJF, Ruiz T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. Rev Saúde Pública. 2004; 38(3):372-8.
- Turrini RNT, Santo AH. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. J Pediatr.(Rio de Janeiro) 2002; 78 (6):485-90.
- Hernandez ME, Ramos MJC, Ferrer NF. Azlocillin plus amikacin: an alternative therapy for sepsis caused by resistant staphylococci? Rev Panam Salud Publica. 2004; 16 (5):315-9.
- La resistencia a antimicrobianos en las Américas. Antimicrobial resistance in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 1999; 6(6):437-9.

8. Ferral NY. et al. Estudio sobre la utilización de antimicrobianos en pacientes hospitalizados. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2000; 38(2):117-21.
9. Sader HS. et al. Perfil de sensibilidade a antimicrobianos de bactérias isoladas do trato respiratório baixo de pacientes com pneumonia internados em hospitais brasileiros: resultados do Programa SENTRY, 1997 e 1998. *J Pneumol.* 2001; 27(2):59-67.
10. Castro MS. et al. Tendências na utilização de antimicrobianos em um hospital universitário, 1990-1996. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(5):553-8.
11. Beltran C. Antimicrobiano em unidades de Cuidados Intensivos: formas de administración RVECHIL INFECT. 2003; 20 (Supl 1): S80-6.
12. Zambrano FA, Nelson HA. Susceptibilidad antimicrobiana de cepas de *Pseudomonas aeruginosa* aisladas en el laboratorio del Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta, Chile. *Rev Chil Infectol.* 2004; 21(2):117-24.
13. Michelim L. Lahude M. Araújo PR. et al. Pathogenic factors and antimicrobial resistance of *Staphylococcus epidermidis* associated with nosocomial infections occurring in intensive care units. *Braz J Microbiol.* 2005; 36(1):17-23.
14. Lopes AA. Salgado K. Martinelli R. et al. Aumento da frequência de resistência à norfloxacina e ciprofloxacina em bactérias isoladas em uroculturas. *Rev Assoc Med Bras.* 1998; 44(3):196-200.
15. Tresoldi AT. Branchini MLM. Moreira Filho DC. et al. Relative Frequency of Nosocomial Microorganisms at Unicamp University Hospital from 1987 to 1994. *Rev Inst Med Trop.* 1997; 39(6):333-6.
16. Martín LB. Rotación de antimicrobianos en la Unidad de Terapia Intensiva: ¿Es ésta una estrategia útil? *Rev Chil Infectol.* 2003; 20(Supl.1):74-9.
17. Teixeira PJZ. et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: impacto da multirresistência bacteriana na morbidade e mortalidade. *J bras pneumol* 2004; 30 (6): 540-548.
18. Stamm AMNF. Coutinho MSSA. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: incidência e fatores de risco. *Rev Assoc Med Bras* 1999; 45(1):27-33.

Data de submissão: 13/12/2007

Data de aprovação: 26/6/2008

A UTILIZAÇÃO DO GERENCIAMENTO DE CASOS NA ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA: RELATO DE CASO*

THE USE OF CASE MANAGEMENT IN PSYCHIATRIC NURSING: A CASE REPORT

USO DEL MANEJO DE CASOS EN ENFERMERÍA PSQUIÁTRICA: RELATO DE CASO

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo¹

Margarita Antonia Villar Luís²

RESUMO

A compreensão da saúde mental é importante tanto para aqueles que sofrem com o transtorno mental quanto para os profissionais de saúde que trabalham nessa especialidade. O conceito de gerenciamento de casos é proveniente da expressão “qualidade do cuidado”, quando se refere mais precisamente à psiquiatria e à saúde mental. Neste artigo, apresentamos a história de Pedro, acompanhado pelo gerenciamento de casos durante seis meses após seu primeiro surto psicótico. A metodologia empregada no estudo foi a etnografia. Os resultados mostram a capacidade do ser humano em ser resiliente às adversidades da vida em resposta ao investimento que lhe for ofertado.

Palavras-chave: Saúde Mental; Administração de Caso; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

Understanding mental health is important, not only for people who suffer from mental disorders, but also for health professionals working in this specialty area. The concept of case management derives from the term quality of care, when more specifically referring to psychiatry and mental health. In this article, we present the history of Pedro, who was followed by case management for six months after his first psychotic episode. The ethnographic methodology was used. Results show the capacity of human beings to resist to the adversities of life in response to the investment provided for them.

Key words: Mental Health; Case Management; Psychiatric Nursing.

RESUMEN

Entender bien la salud mental es importante no sólo para los que sufren de trastornos mentales sino también para los profesionales de salud que trabajan con dicha especialidad. El concepto del manejo de casos proviene del término “calidad del cuidado”, sobre todo cuando se refiere a psiquiatria y a salud mental. En este artículo presentamos la historia de Pedro conjuntamente con el manejo de casos durante seis meses, tras su primer brote psicótico. La metodología empleada en el estudio fue la etnografía. Los resultados muestran la capacidad del ser humano para resistir a las adversidades de la vida como respuesta a lo que se le ofrece.

Palabras clave: Salud Mental; Manejo de Caso; Enfermería Psiquiátrica.

* Este artigo é parte da tese de doutorado intitulada Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para enfermagem psiquiátrica comunitária, defendida pela primeira autora na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP/USP), 2005.

¹ Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

² Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: EEUFG – Departamento de Enfermagem Aplicada. Avenida Professor Alfredo Balena, 190, sala 518, Santa Efigênia, Belo Horizonte-MG. CEP 30130-100.

E-mail: amsreinaldo@enf.ufmg.br.

INTRODUÇÃO

O gerenciamento de casos surgiu após os movimentos da reforma psiquiátrica e contra a institucionalização, na década de 1960, nos Estados Unidos, e 1980, na Inglaterra, onde os grandes hospitais psiquiátricos estavam sendo fechados e as pessoas que ali estavam internadas passaram a ser atendidas na comunidade. O cuidado planejado para essas pessoas foi organizado com base no tempo de internação delas e nas dificuldades de socialização que encontravam após a alta.¹

O conceito de gerenciamento de casos (GC) é proveniente da expressão “qualidade do cuidado”, quando se refere mais precisamente à psiquiatria e à saúde mental. A princípio foi criado como uma estratégia inovadora que facilitaria a oferta de cuidados de saúde oferecidos à população e que contemplaria a qualidade sem deixar de lado o custo do serviço.

Gerenciamento de casos “[...] é um modelo que promove engajamento, transição integrada e assegura a continuidade do cuidado, uma vez que possibilita que os pacientes permaneçam na comunidade e se responsabilizem pelo seu cuidado [...]”^{2:93}

O fato de acreditarmos na proposta do gerenciamento de casos aplicado à enfermagem psiquiátrica nos motivou a acompanhar, durante seis meses, 20 pacientes que, após passarem por uma internação psiquiátrica, aceitaram (eles e seus familiares) participar deste estudo. Durante seis meses gerenciamos-lhes a vida e modificamos a nossa, aprendemos com eles o potencial da mobilização das pessoas quando são colocadas em primeiro plano e sentem que serão apoiadas e amparadas em seus propósitos e projetos de vida e saúde. Este é nosso objetivo com este artigo: apresentar um dos casos acompanhados, demonstrando o itinerário de um dos nossos colaboradores durante o gerenciamento de caso proposto por nós.

A estratégia do gerenciamento de casos utilizada possibilitou o envolvimento de diferentes setores e sujeitos sociais. Seus princípios possibilitaram o resgate da autonomia do sujeito doente, suas etapas nortearam o pesquisador para que não cometesse o erro de invadir a privacidade do indivíduo, ajudando o enfermeiro a colocar em prática seus conhecimentos teórico-práticos, à disposição de quem necessitava.

METODOLOGIA

A etnografia tem como objetivo compreender o comportamento humano inserido em seu contexto cultural. Os grupos culturais apresentam características próprias em relação a valores, ideais, normas (de desenvolvimento e comportamento), controle e sanções para desvios de linguagem, rituais, comportamentos, interações parentais, artefatos (tecnologia), estrutura e função entre outros aspectos inerentes à vida em grupo.³

A etnografia é um trabalho descritivo da cultura de um povo ou de um grupo, e a cultura caracteriza o modo de vida desse grupo, incluindo o modo como seus integrantes resolvem seus problemas, se comunicam, interagem, comem, vestem-se, quais são suas tradições, crenças e costumes. Engloba, também, a compreensão de suas ações e sentimentos diante das adversidades. Ainda, segundo esse autor, todos os grupos apresentam um modo constante e complexo de se comportarem diante dos eventos que os rodeiam. Assim, podemos compreender que diferentes sistemas de organização comportamental característicos de grupos sociais distintos e seus meios de organizá-los constituem a cultura desses grupos.⁴

As pesquisas etnográficas descrevem e interpretam a cultura de um grupo por meio da observação prolongada dos comportamentos, linguagens, costumes, interações e modos de vida dentro de um grupo social. Um dos maiores instrumentos de pesquisa da etnografia é o questionamento constante diante do que está sendo observado. Para a autora, é necessário captar o contexto cultural, particularizar detalhadamente cada evento por meio da observação e participação dos eventos culturais do grupo estudado.⁴

É uma forma de compreender como as pessoas vivem e se comportam diante da vida e de eventos internos e externos ao seu meio. A proposta da pesquisa etnográfica, pois, é explicitar o que está implícito por meio do estudo da variedade de comportamentos e modos de vida diferentes dos grupos sociais. O pesquisador que se aventura por esse campo é um fotógrafo do cotidiano grupal. A atitude diante do(s) sujeito(s) da pesquisa deve ser a de um observador atento, que considera como material de trabalho o comportamento, a linguagem e os artefatos culturais (documentos, registros fotográficos, dentre outros) para que possa estar realizando inferências sobre o mesmo.⁵

A enfermagem tem utilizado a etnografia para descrever e explorar as possibilidades de intervenção em grupos, com base na compreensão das experiências vivenciadas por seus clientes durante o processo saúde-doença, pois com esse conhecimento a enfermagem pode tentar compreender as práticas dos membros das comunidades no processo de tratamento e cura de acordo com a realidade de cada grupo, utilizando esse conhecimento em favor da ciência e das políticas de saúde, assim como adequando os programas de saúde às necessidades reais da comunidade.⁶

Os estudos em enfermagem têm adotado desenhos em que o contexto das pessoas, suas práticas e interações têm sido valorizadas. A prática da enfermagem é complexa e possibilita que processos interativos ocorram em contextos diversos.⁵

A implementação do método etnográfico envolve, necessariamente, o trabalho de campo. Antes do início da pesquisa é necessário estar bem claro o fenômeno de interesse do pesquisador, e esse objetivo

não deve ser perdido antes, durante e após a coleta dos dados. O grupo a ser pesquisado também deve ser escolhido previamente. A figura do informante-chave é fundamental para o acesso às informações e o pesquisador deve estar atento para identificá-lo o quanto antes. A amostra dos estudos etnográficos é formada por um recorte da realidade, onde podem ser observados eventos, atividades, informações, documentos em diferentes momentos.³

Antes de iniciar a pesquisa, é necessário, pois, definir o fenômeno a ser estudado, selecionar o grupo que participará do estudo, identificar as possíveis diferenças que poderão ser encontradas entre os grupos, rever a literatura em busca de estudos que já abordaram o tema, preparar e testar os instrumentos de pesquisa e obter a aprovação do comitê de ética da instituição.

O pesquisador experiente conduz diferentes níveis de análise, mesmo que o projeto ainda esteja em andamento. Algumas sugestões em relação à organização da análise devem ser consideradas, tais como apresentar os dados em uma seqüência de domínios de análise, onde possamos visualizar a situação social, ou seja, o local onde se desenvolveu a ação, as pessoas envolvidas e o fenômeno observado, compondo, assim, a cena cultural a ser analisada pelo pesquisador.

O domínio cultural inclui outras pequenas categorias. A primeira se refere à situação observada – por exemplo, a unidade de psiquiatria. As pessoas que circulam na unidade psiquiátrica compõem outro domínio e, sucessivamente, vão se delimitando outros domínios para a compreensão do todo.⁴ Os domínios culturais são apresentados neste estudo na forma de figuras, onde o pesquisador apresenta os pontos que foram utilizados para sua organização, análise e apresentação da seguinte forma:

Fala	Domínio	Situação- problema	Intervenção	Avaliação
------	---------	--------------------	-------------	-----------

FIGURA 1 – Apresentação dos domínios culturais

Podemos recorrer às falas dos sujeitos observados em relação a determinado tema como ponto de partida para análise, o tema cultura determina e faz a conexão entre os demais domínios a serem trabalhados. Para definirmos quais serão essas falas, devemos estar inserido no campo, observando e escutando atentamente para detectarmos quando elas se revelam. O pesquisador também deve realizar a seguinte pergunta: Quem são as pessoas da unidade? Quais são suas características em comum, como elas se relacionam entre si?⁴

- Outra forma de descobrirmos esse tema é mediante a leitura exaustiva do diário de campo, traçando paralelos entre as diferentes anotações das observações que foram realizadas pelo pesquisador. É importante observar as diferenças e similaridades entre os temas de cada domínio, o foco de atenção, portanto a cena cultural que compõe o domínio. Os temas devem incluir⁴:

- Os conflitos sociais – que são os conflitos sociais emergentes. O pesquisador deve identificar, revelar e interpretar esses conflitos. Por exemplo, o conflito entre enfermeiros e médicos em relação ao plano de tratamento.
- As contradições culturais – todas as sociedades apresentam contradições em seu modo de agir e pensar. Quais são as contradições inerentes ao grupo observado?
- As técnicas informais de controle social – quais mecanismos estão sendo utilizados por um ou mais indivíduos para controlar determinado grupo.
- As relações sociais – como são as relações entre os membros do grupo e com outras pessoas que não fazem parte daquele grupo específico.
- Como adquirem e mantêm *status* – quais são os símbolos culturais e os ícones que agregam *status* e prestígio. O que as pessoas fazem para ter e manter *status* dentro do grupo.
- A resolução de problemas – como o grupo resolve os problemas que se apresentam.

Quando o pesquisador consegue reunir todas essas informações, ele deve, então, realizar um resumo da cena cultural. É com base nesse resumo que ele poderá estabelecer a relação entre diferentes comportamentos para a resolução do mesmo problema pelo grupo, ou estabelecer um padrão de conduta de acordo com a situação enfrentada por um de seus membros.

O processo de análise dos estudos etnográficos pode seguir outros caminhos que não o modelo dos domínios culturais. O importante é que o leitor possa visualizar, por meio dos domínios, seus temas e cenas culturais e todos os elementos que compõem o campo da pesquisa.⁵

A pesquisa etnográfica, tanto dos grandes estudos quanto das minietnografias, é composta por uma miscelânea de informações que devem ser decodificadas pelo pesquisador no momento da análise. Alguns autores sugerem que sejam criados mapas nos quais o pesquisador realize o inventário cultural daquele grupo. O inventário cultural é um mapa organizado cronologicamente, composto por nove tópicos, a saber: 1) domínios culturais 2) análise dos domínios; 3) descrição dos lugares, atividades e interações observadas; 4) lista dos grandes e pequenos temas; 5) descrição dos eventos e experiências; 6) descrição dos domínios e dos cenários culturais que os compõe; 7) observações do pesquisador; 8) instrumentos utilizados na coleta das informações; e 9) sugestões para estudos em outras áreas.^{4,5}

O inventário cultural pode ser utilizado tanto nas grandes quanto nas pequenas pesquisas etnográficas, sem prejuízo algum para o pesquisador; trata-se apenas de uma metodologia de organização e análise das informações.

Nessa perspectiva, este estudo configura-se como abordagem qualitativa, de caráter descritivo, em que, com base no método etnográfico, traçamos o planejamento da coleta dos dados, assim como a apresentação e análise deles, em um processo de subjetivação dos sujeitos em sofrimento e daqueles que os cercam, mapeando, assim, nossas ações e intervenções por meio do gerenciamento de casos.

Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos por amostragem aleatória, mediante sorteio dos pacientes que deram entrada na unidade de urgência psiquiátrica de um hospital universitário em uma cidade do interior de São Paulo, no período de março a abril de 2003. O caso Pedro foi escolhido da mesma forma para este artigo.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde a pesquisa foi realizada, estando de acordo com a Resolução nº 196/96. Para a coleta de dados foi utilizada a observação participante, o registro de diário de campo e a gravação em áudio das intervenções realizadas com os sujeitos da pesquisa. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora.

Neste artigo, os nomes são fictícios, preservando, assim, a identidade dos sujeitos envolvidos, e o caso foi escolhido por sorteio entre os 20 acompanhados. Os cenários da pesquisa são diversos e variados, entre eles: a unidade de emergência psiquiátrica que faz parte de uma unidade de emergência geral de um hospital universitário do interior de São Paulo. Além desse local, também foram realizados acompanhamentos na casa de Pedro, em sua escola, na casa de amigos, parentes e vizinhos dele. Todos com a devida autorização dos sujeitos da pesquisa.

Em relação ao uso de diferentes denominações para a pessoa acometida pelo transtorno mental neste texto (doente mental, pessoa em sofrimento), cabe lembrar que não podemos generalizar, pois algumas não vivem em sofrimento o tempo todo. Reportamos ao usuário, ao louco, ao alienado, ao doente mental, ao paciente psiquiátrico, ao doente dos nervos, à pessoa em sofrimento psíquico de diferentes formas, pois acreditamos que, independentemente da nomenclatura que receba de acordo com o contexto político e social no qual está inserido, ele é apenas Pedro, fulana ou beltrana.

São apenas pessoas que, em determinado período da vida, sofrem com sintomas de uma doença estigmatizante, agressiva em relação ao seu novo jeito de ser em suas ações elementares. Nós, profissionais da saúde ou da academia, insistimos em nomear, classificar, organizar; é assim que fazemos com o diabético, o leproso ou hanseniano, o cardíaco ou cardiopata; esquecendo-se de que eles são apenas pessoas (pais, mães, filhos de alguém), tentamos essa compreensão. Para nós, o que realmente importa é a pessoa e sua história ou histórias, e não a nomenclatura que apenas formata o texto.

Como e por que gerenciar casos em enfermagem psiquiátrica

Pedro é um rapaz de 19 anos, estudante, reside com os familiares (pai – 55 anos; mãe – 49 anos; e irmã – 7 anos) em um bairro da periferia de uma cidade do interior de São Paulo. Seu pai é mecânico e sua mãe lava e passa roupas para fora. Quando foi admitido na unidade de emergência em psiquiatria, estava agitado, com discurso desconexo, agressivo, evitando contato com as pessoas à volta dele, gritava muito e estava muito confuso. Foi medicado, contido e ficou internado para observação.

Segundo informações dos pais, Pedro sempre foi um menino muito tranquilo, nunca havia dado nenhuma preocupação, mas nos últimos meses começou a ficar irritadiço e isolado. Com o tempo, esse comportamento foi agravado com uma desconfiança de tudo e de todos, até mesmo com relação aos pais. Ele parou de comer, pois alegava que estavam tentando envenená-lo e por esse motivo não comeria mais nada em casa.

Esse quadro perdurou por quatro meses, e Pedro foi piorando a cada dia. Continuava indo à escola até que um dia seu pai foi chamado, pois Pedro havia entrado em surto dentro da sala de aula: agrediu vários colegas e quebrou carteiras. A direção da escola, assustada, ligou para o pai do aluno e este o levou para a emergência psiquiátrica.

A mãe encontrou-o, horas depois, já contido e sedado. Foi-lhe explicado o que havia acontecido, e daí em diante Pedro iniciou sua carreira psiquiátrica. Durante a internação de Pedro, entramos em contato com os familiares, os convidamos para colaborar com nossa pesquisa e, a partir desse ponto, iniciamos o gerenciamento de casos.

Realizamos três visitas domiciliares aos pais de Pedro e lá começamos a traçar as metas com base nos problemas encontrados. Alguns pontos preocupavam a família, dentre os quais: por que Pedro havia adoecido (já que não existia histórico na família de doença mental); como seria a vida dele e da família dali em diante; *essa doença tem cura*; como era o tratamento e que doença era aquela que transformava um rapaz jovem e saudável em alguém agressivo; o que a família deveria fazer para ajudar Pedro após o retorno ao lar; e a principal questão era se ele voltaria a estudar (Pedro estava cursando o último ano da escola).

As expectativas por melhora do quadro clínico acompanham uma lógica que, nós, profissionais de saúde, devemos valorizar. O uso do medicamento considerado *forte* pelos familiares, o tempo de internação, e o médico *atencioso*, segundo a percepção dos familiares de Pedro, são elementos que fazem parte do imaginário dos familiares, dos cuidadores e dos pacientes e que contribuem para o êxito do tratamento e para que os sintomas se dissipem rapidamente.

[...] é a primeira vez que ele interna então eu não sei como vai ser, mas acho que se ele ficar pouco tempo não sei se vai ser bom, porque quando a gente interna

é porque tá doente, ninguém interna por nada... Então ele deve precisar de um tempo bom para ficar curado logo. (Sueli, mãe de Pedro)

Pedro, após o período de observação, foi encaminhado para a internação em uma enfermaria psiquiátrica de um hospital geral, onde permaneceu por trinta dias. Durante esse período o visitamos em seis momentos e conversamos com ele em diferentes fases de sua nova vida: ora agressivo, delirante, logorréico, ora introspectivo, triste e sozinho com suas alucinações.

A esperança é o ato de esperar o que se deseja. Esse sentimento acompanha os familiares-cuidadores, de acordo com o tempo de duração da doença, podendo ser caracterizado como o termômetro da expectativa em relação ao tratamento por parte dessas pessoas e por parte do doente também.⁶

Quanto maior o tempo de duração da doença, mais os familiares-cuidadores e os pacientes perdem a esperança de melhora do quadro clínico do paciente, principalmente em relação aos sintomas negativos das psicoses. Em contrapartida, quanto menor o tempo da doença, mais expectativas são criadas em torno da possível cura por intermédio do tratamento medicamentoso:

[...] tem que ter esperança... Hoje tá tudo tão avançado... Os médicos mesmo falam que antes não tinha nem tratamento... Acho que como ele é novo... logo se recupera... e não sei... pode até não ficar bom de todo... mais deve ser melhor do que os que já tão doente há muito tempo... (Sueli, mãe de Pedro).

Depois da terceira visita que fizemos a Pedro, falamos sobre o nosso trabalho, tentando explicar seus objetivos e perguntamos em que poderíamos ajudar. A maior preocupação dele foi: como voltar à escola depois de tudo, como falar com os amigos da rua, como se cuidar caso sua mãe não estivesse mais presente para fazê-lo. A outra questão era se ele poderia ficar muito tempo sem

internar-se novamente em um local de doidos e realizar o tratamento em casa.

O estado de saúde e doença é determinado pela cultura na qual o sujeito se insere. A categoria doença mental encerra uma marca congênita, que é a da exclusão dos espaços e da vida em comum e que acompanha as crenças dos sujeitos em diferentes contextos.⁷

A exclusão se instala em três etapas: a **desqualificação** – em que à figura do doente mental é associada à imagem de desordem, insegurança, criminalidade; a **desvinculação** – que implica isolamento social e psíquico, pois é por meio dessa etapa que a sociedade rejeita os indivíduos desqualificados; e a **eliminação** – que radicaliza as precedentes e pode se dar pelo extermínio, pela esterilização, pela deportação e pelo genocídio cultural.⁸

De acordo com as falas de nossos colaboradores, começamos a planejar o gerenciamento de caso, estabelecemos que as falas fossem separadas em domínios (desqualificação, desvinculação, eliminação) e com base na situação-problema vigente começamos a trabalhar com Pedro, com os familiares e com os amigos dele, propondo intervenções e realizando avaliações constantes de acordo com as necessidades prementes dele.

A desqualificação implica tornar-se inapto, indigno, inabilitar-se, perder ou fazer perder as boas qualidades, ou seja, nesse caso o doente mental passa a ser uma pessoa desacreditada, excluída pela sua condição de inabilidade. Essa marca o acompanha, em alguns casos apesar do processo de reabilitação.

A desvinculação, como o próprio nome diz, refere-se ao desligamento de algo a que estava vinculado; além de desligado da realidade, o doente também é desvinculado por seus pares da vida que levava antes do adoecimento. No caso da eliminação, a própria história da psiquiatria revela casos de esterilização em massa dos doentes mentais e do extermínio das anormalidades não compreendidas, em prol da limpeza étnica.

Fala	Domínio	Situação- problema	Intervenção	Avaliação
<i>[...] ele não gostava de ajudar agora que ficou assim [...] mas se um dia precisar ficar sozinho como vai ser [...]. (Mãe de Pedro) [...] agora fico pensando e se ficar sem a minha mãe... como vai ser...quem vai cuidar de mim [...]. (Pedro)</i>	I – Limitação, incapacidade, perda dos papéis sociais. II – Desqualificação, improdutividade	(1) atividades domésticas (2) preparo e manutenção dos alimentos	Planejamento de tarefas a serem aprendidas pelo paciente, dentre elas aprender a preparar alguns alimentos e organizar a casa.	Após um mês – começou a ajudar a mãe nas tarefas da casa e aprendeu a preparar alguns alimentos. Consegue se cuidar e cuidar da irmã mais nova na ausência dos pais.

FIGURA 2 – Apresentação dos domínios culturais I e II, falas a que se reportam a situação-problema encontrada, a intervenção realizada e a avaliação

Fala	Domínio	Situação-problema	Intervenção	Avaliação
<p>[...] eu acho que ele não vai mais poder ir à escola [...]. (Geraldo, pai de Pedro)</p> <p>[...] talvez fosse melhor procurar uma escola especial... Nem sei se ele vai poder estudar de novo... Eu achei que ele não poderia mais [...]. (Mãe de Pedro)</p> <p>[...] eu queria voltar pra escola e terminar... mas acho que pegou mal [...]. (Pedro).</p>	<p>I – Limitação, incapacidade, perda dos papéis sociais.</p> <p>II – Desqualificação, improdutividade</p> <p>III – Discriminação, estigmatização, doente mental como não-sujeito.</p>	<p>(1) Atividades referentes ao lazer.</p> <p>(2) Atividades referentes à família.</p> <p>(3) Cuidados pessoais</p>	<p>Reunião e realização de oficinas (temas: saúde e doença mental, tratamento, reabilitação) com a direção da escola, professores, funcionários e colegas de sala de aula. Organização entre os amigos da escola e da rua onde mora de um grupo de apoio para as atividades didáticas, identificação de piora do quadro e apoio nos momentos de crise.</p>	<p>Após uma semana de alta, Pedro retornou à escola, onde foi bem recebido e retomou suas atividades. Os pais avaliam após um mês que ele está mais interessado, apesar das dificuldades que enfrenta em manter a atenção nas aulas.</p>

FIGURA 3 – Apresentação dos domínios culturais I, II, III, falas a que se reportam a situação-problema encontrada, a intervenção realizada e a avaliação

O não-fazer nada está atrelado ao conceito de desqualificação atribuído ao doente mental. No imaginário social, a pessoa doente torna-se incapaz de produzir e participar dos processos produtivos e não tem o direito de realizar trocas sociais, nem financeiras ou afetivas. Essa questão é compreensível, visto que vivemos em uma sociedade que se movimenta sempre no sentido da produção, do fazer; o contrário disso não é visto com bons olhos, não é aceito.

Somos partidários da idéia de que os serviços de atenção em saúde mental devem, além de outras atividades, qualificar profissionalmente seus usuários, criar convênios com empresas para viabilizar o trabalho protegido, visto que, não raro, o doente mental, assim como outras minorias, quando não assistido acaba sendo explorado em alguns locais, como se o seu trabalho valesse menos do que o de qualquer outra pessoa.

A doença mental guarda em si o significado de perda, ou seja, nos relatos tanto dos familiares quanto do paciente, fica claro que, após o acometimento pela doença, esses sujeitos articulam ao processo de adoecimento sempre a questão da falta, quer seja de razão, quer de ajuda, de auxílio, de tratamento, dentre outras. Para familiares e pacientes, os melhores anos da vida deles são subtraídos após o adoecimento. A impossibilidade de cura para a maioria dos transtornos mentais desperta sentimentos de menos-valia.

Existe, infelizmente, um mito de que qualquer tratamento para pacientes psicóticos graves é meramente paliativo, o que corrobora para que as dificuldades de relacionamento das pessoas em sofrimento mental são acentuadas pela segregação e pela falta de convívio com a comunidade.⁹

Esse mito foi construído cuidadosamente pela psiquiatria, segundo o autor, para esconder as dificuldades que os profissionais de saúde têm em investir numa pessoa que sofre com uma doença que, entre os transtornos psiquiátricos, é considerada como a de pior prognóstico.

O quadro se agrava se esta pessoa adoecer jovem, como o caso de Pedro.

Diante desse quadro, cabe aos profissionais de saúde "tratar paliativamente e aguardar o desfecho [...] entretê-los, enquanto a morte não vem [...]. A questão do entretenimento no sentido de distração, enquanto se aguarda algo que não vem, ou seja, a não-cura reforça o mau prognóstico atribuído às doenças mentais, a falta de perspectiva para o doente não só em relação ao tratamento, mas também a qualquer possibilidade de continuidade, planos, sonhos e realizações reforçam o estigma que permeia a doença mental".^{6:64}

A história de Pedro em relação à escola foi modificada quando novamente nos reportamos à rede social. As relações sociais que circulam os indivíduos são consideradas como teias que proporcionam a participação social do sujeito na comunidade. Para os autores que avaliaram as medidas de rede e de apoio social utilizadas por pessoas enfermas, a definição delas ainda não é consenso, mas podemos considerá-las como o grau com que as relações interpessoais correspondem a determinada função (emocional, material ou afetiva, por exemplo), com ênfase no grau e satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade dessas funções.⁷

As relações de amizade, solidariedade entre os membros da rede social em que Pedro estava inserido foram decisivas para sua reintegração ao meio do qual ele foi retirado momentaneamente. Para tanto, da mesma forma que realizamos oficinas na escola, também o fizemos com parentes e vizinhos próximos.

Acompanhamos Pedro a uma unidade do Serviço Nacional do Comércio, onde ele começou a fazer um curso de computação visando à sua capacitação. Após uma semana de curso, Pedro cogitou que após o seu término talvez pudesse trabalhar como digitador em casa, fazendo pequenos trabalhos ou tentando arranjar um emprego após o término da escola. No mesmo período, ele começou a ajudar o pai no final da tarde na oficina, aprendendo um ofício.

Seu retorno à escola de forma tranqüila, em um ambiente que foi previamente preparado para recebê-lo, demonstra que é possível evitar a exclusão, principalmente dos pacientes agudos, que estão cada vez mais se cronificando precocemente por falta de investimento dos profissionais da saúde mental, das pessoas que acompanham esse paciente, entre elas familiares, amigos e membros da comunidade e das políticas de saúde para o setor.

Atualmente, estamos lidando com uma crise na clínica psiquiátrica em relação aos casos novos. Para os autores, os casos agudos estão rapidamente se tornando crônicos, em um círculo vicioso difícil de interromper sem investimento financeiro e afetivo no cuidado em saúde mental. Quando se reportam aos casos novos de transtornos psicóticos, a situação se agrava, pois, segundo os autores, os serviços não estão sendo capazes de intervir nesses quadros.⁹⁻¹¹

Geralmente essa clientela é composta por homens, jovens, que por falta de investimento em poucos anos se envolvem com o uso abusivo de álcool e outras drogas, estabelecendo um quadro de co-morbidade que culmina com a prática de delitos ou com a fuga para as ruas, aumentando, assim, a população de rua com transtornos mentais em meio às pessoas que vivem a exclusão social por outros motivos nesse ambiente.

O apoio social também é definido como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, portanto, importante.¹² O afeto envolvido nessas relações que foram estabelecidas entre os sujeitos nessa intervenção realizada na escola possibilitou o crescimento desse paciente, sujeito, doente, mas que se vê como alguém capaz de planejar e concretizar projetos, independentemente do que a clínica define como mau prognóstico.

A inserção da pessoa em sofrimento mental na comunidade também passa pelas relações de troca que ele possa estabelecer em ambientes determinados considerados socialmente aceitos, e é assim quando pensamos na questão do trabalho.

O mundo do trabalho tem dois sexos, e homens e mulheres em sofrimento mental vivenciam o trabalho diferentemente. Para a mulher doente, o não-fazer nada é aceito desde que ele não interfira na rotina doméstica; o trabalho fora de casa não é visto como uma forma de se furtar a ele, mas, sim, como uma incapacidade socialmente aceita.¹³

O não-fazer nada para o homem é diferente: reforça a concepção de que a doença mental não é somente uma incapacidade pessoal, mas também um traço da personalidade do sujeito doente. Na subcategoria encontrada relativa aos conflitos sociais, os autores referem que para os familiares esses conflitos propiciam o adoecer, mas na visão dos usuários o doente mental está ausente destes conflitos, pois não pertence à sociedade, e a doença constitui um mundo à parte.¹⁴

Nesse mundo à parte, não há espaço para trocas, não só na visão dos familiares, mas também na visão dos pacientes. Um mundo onde não se produz não se tem poder de decisão, tampouco de argumentação. A palavra do outro, que tem juízo e, portanto, tem razão, deve ser recebida como norma, como lei. Essa tirania dos sujeitos providos de razão inviabiliza qualquer projeto de retomada para a vida por parte da pessoa em sofrimento mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental, física e social estão intimamente interligadas. Não há como trabalhar apenas os sintomas em um local determinado para isso, convocar a família para participar do tratamento sem conhecer o ambiente familiar dessas pessoas, discutir direitos humanos, estigma e discriminação sem entrar em contato com a comunidade e conhecer o que as pessoas que compõem esse cenário pensam a respeito desses temas.

A integração dos diferentes setores que produzem e operam sob a ótica do cuidado reduz a desabilidade, o estigma e a marginalização do doente nos serviços e na comunidade, promovendo, assim, o reconhecimento das potencialidades do sujeito, que se mantém intactas, mesmo depois da doença. Elas renovam as relações desgastadas pelos anos de convívio, favorecem o estabelecimento de novas relações, novos comportamentos e formas de se ver diante do mundo.

Mário Pedrosa, crítico de arte do Museu de Imagens do Inconsciente, no Rio de Janeiro, dizia que "curado é aquele que encontra seu destino".¹⁵ Qual é o destino que estamos propondo para a clientela com a qual trabalhamos?

Quais são os desejos dessas pessoas? O que elas realmente querem? Que espaços querem ocupar? Percebemos que a pessoa em sofrimento mental tem desejos simples e ao mesmo tempo complexos diante de sua condição vulnerável. Ela quer poder sair de casa sem ser apontada como a louca da rua, quer trabalhar e conversar com seus familiares, produzir, estudar, manter sua vida o mais próximo do que era antes de adoecer, não quer ser internada, nem ser vista como pobre coitada ou desafortunada.

A realização desses desejos esbarra em fatores internos e externos. Os fatores internos estão relacionados às dificuldades dos pacientes em interagir, em manter seus papéis sociais, em perceber que são capazes de prosseguir com sua vida de forma produtiva e de se responsabilizarem pelo seu cuidado.

Os fatores externos caracterizam-se pela falta de apoio da família, abandono pelo serviço que se esmera em tratar e informar, mas se esquece de cuidar e de compartilhar experiências, pelo preconceito dos familiares, vizinhos e amigos e pela desinformação, crença de incapacidade, simulação, limitação, preguiça e desvio de caráter que cercam a figura do doente mental.

O gerenciamento de casos comprovou que o trabalho individualizado para atender às demandas dessas pessoas talvez seja um caminho viável para acolher seus desejos. Foi com base nesses desejos que planejamos, com a colaboração de vários sujeitos, nossas intervenções e percebemos que o trabalho com o sujeito em sofrimento mental deve se ater tanto na parte que se acredita doente, quanto na parte sã. Valorizar os saberes populares, as convicções, os valores pessoais, a religião, somando-os ao saber técnico, possibilita ao profissional da saúde mental compreender o modo de vida que esses sujeitos desejam para si – esse é o caráter do cuidado sensível.¹⁶

Para a enfermagem psiquiátrica, acredita-se ser essa uma estratégia de trabalho interessante, pois possibilita que o enfermeiro entre em contato com diferentes cenários e atores sociais envolvidos na questão. Em relação às competências postas em prática e apreendidas durante o processo, pode-se afirmar que é um trabalho que exige disciplina, dedicação e afeto quando posto em prática. O enfermeiro, em sua formação acadêmica, tem a possibilidade de estar presente em diferentes cenários da saúde. Com a especialização, é comum que ele passe a exercer suas atividades em um local tecnicamente definido para tal, embora sua formação o prepare para intervenções mais amplas.

O enfermeiro psiquiátrico que atua como gerente de caso resgata a possibilidade de transitar por diferentes contextos onde o sujeito que vivencia o processo saúde-doença circula, independentemente de esses locais serem serviços de saúde ou não. As possibilidades de trabalho são infinitas diante dos cenários que a sociedade, a comunidade, enfim, as cidades nos apresentam, além de possibilitar ao enfermeiro utilizar outras competências que não somente as da enfermagem psiquiátrica, para estar acompanhando o sujeito em sua existência de sofrimento.⁷

O gerenciamento de casos nos ensina sobre a necessidade do compromisso, comprometimento e desenvolvimento da capacidade de lidar com o outro em sua singularidade, não deixando de lado a pluralidade que é o ser humano quando inserido em um meio social é extremamente dinâmico.

Consideramos o apoio da comunidade e dos familiares como o ponto alto de nossas intervenções. Sem a

participação dessas pessoas, dificilmente alcançaríamos o objetivo definido no início da pesquisa. Saber que a comunidade e a família, quando envolvidas no processo do cuidar, se apresentam como parceiros nos mostraram que é possível trabalhar fora dos serviços, independentemente da estratégia empregada.

Quanto a Pedro, depois de 6 meses e 32 contatos, é um rapaz de 19 anos que, após vivenciar um surto psicótico diagnosticado como um quadro de transtorno esquizoafetivo, caracterizado por uma condição intermediária entre distúrbio de humor e esquizofrenia, voltou à escola e lá foi recebido de forma acolhedora pelos colegas, professores, funcionários e diretores.

Ele apresenta dificuldades na aprendizagem, mas, como está no término de sua formação escolar, consegue, com o apoio dos colegas e dos professores, tirar as notas necessárias para terminar o ano sem problemas. Sente-se feliz por cuidar da irmã menor e ajudar a mãe em algumas atividades que não realizava antes, pois agora sabe que poderá se cuidar sozinho se for preciso. Planeja trabalhar com informática e, mesmo sentindo alguma dificuldade em manter a atenção, segue seus planos.

Pedro aprendeu a se relacionar melhor com o pai e está acompanhando seu trabalho na oficina, o que tem unido os dois. Continua um rapaz como tantos outros, ainda está apaixonado por uma garota da rua, toma seus remédios sozinho todos os dias, vai às consultas no ambulatório de saúde mental mensalmente, possui textos de revistas e livros em uma pasta sobre sua doença e o tratamento, e gosta de se exibir mostrando o que aprendeu enquanto percorremos esse caminho juntos. Sempre manda notícias por e-mail sobre sua nova vida. Brigou com a mãe um tempo atrás porque queria ir a uma festa tarde da noite com amigos que bebem e fumam, mas a moça por quem está apaixonado estaria lá e ele não poderia ficar de fora. Foi à festa bebeu, fumou e passou mal no outro dia e agora sabe que não deve fazê-lo. Continua jogando bola nos finais de semana e ouvindo música *alta e barulhenta*, para desespero de sua mãe.

Pedro, em alguns momentos, fica triste e sem vontade de fazer nada, então, pega sua pasta e lê o que ele denomina *manual do doidão* e sabe que tem de prosseguir. Não é a doença mental que vai deixá-lo de fora da vida.

REFERÊNCIAS

1. Jacobson L. The transitions from mental hospital based to community based psychiatry. *Med Arh.* 1999; 53(3): 131-3.
2. Lee D, Mackenzie A, Dudley-Brown S, Chin T. Case management: a review of the definitions and practice. *J Adv Nurs.* 1998; 7(2): 933-9.
3. Germain CP. Ethnography: the method. In: Munhall P, Boyd CO. *Nursing research a qualitative perspective.* 2nd ed. New York: National League for Nursing Press; 1993. p. 237-68.
4. Jackson W. *Methods.* 3th ed. Toronto: Pearson Education; 2003. p.592.
5. Roper JM, Shapira J. *Ethnography in nursing research.* Thousand Oaks: Sage; 2000. p. 321.
6. Ferreira ABH. *Minidicionário da língua portuguesa.* 3^o ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993. p. 577.
7. Bezerra Jr B, Amarante P, Organizadores. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p.135.

8. Bursztyn M. Da pobreza à miséria, da miséria á exclusão; o caso das populações de rua. In: Bursztyn M, Organizadores. No meio da rua: nômades, excluídos e viradores. Rio de Janeiro: Garamond; 2000. p. 27-55.
9. Zusman JA. Mitos e manicômios. Cadernos IPUB. 2001; 3(14):59-66.
10. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede de apoio social no Estudo Pró-Saúde; pré-teste e estudo piloto. Cad Saúde Pública. 2001 jul./ago.; 17(4):887-96.
11. O'Connor FW, Lovell D, Brown L. Implementing residential treatment for prison inmates with mental illness. Arch Psychiatr Nurs. 2002 Oct; 16(5): 232-8.
12. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Med. 1976; (38):300-14.
13. Ludemir AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. Cad Saúde Pública. 2000 jul./set; 16(3):647-59.
14. Rodrigues CR, Figueiredo MAC. Concepções sobre doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. Est Psicol. 2003; 8(1):177-25.
15. Pedrosa M. Mundo, homem, arte em crise. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1986.
16. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. 2004 fev.; 8(14):73-92.

Data de submissão: 19/3/2007

Data de aprovação: 10/6/2008

A PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO CATETER VENOSO CENTRAL NO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

PREVENTION OF COMPLICATIONS OF THE CENTRAL VENOUS CATHETER IN BONE MARROW TRANSPLANTATION

PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS AL CATÉTER VENOSO CENTRAL EN EL TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSSEA

Kelli Borges dos Santos¹
Alcione Bastos Rodrigues²

RESUMO

No transplante de medula óssea é necessária a utilização prolongada de um cateter venoso central, pois, por meio dele, é realizado todo o tratamento. Complicações relacionadas ao cateter são observadas constantemente, despertando a necessidade da realização de uma pesquisa por meio de revisão da literatura sobre o tema. Com este estudo, tivemos o propósito de compreender os eventos, avaliar as técnicas preconizadas no manejo do cateter e os cuidados de enfermagem para minimizar ou prevenir tais complicações. A busca foi realizada nos bancos de dados Scielo, Medline e Lilacs. Os critérios de inclusão dos artigos foram: que descrevessem as principais complicações e que abordassem cuidados de enfermagem relacionados ao cateter. Observamos que os autores defendem a técnica asséptica para o manuseio deles, o uso de diferentes anti-sépticos, além de um protocolo rígido de enfermagem como o maior diferencial para a diminuição das taxas de infecção relacionadas aos cateteres venosos centrais.

Palavras-chave: Transplante de Medula Óssea; Complicações/Cateterismo Venoso Central; Cateterismo Venoso Central; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

In bone marrow transplantation it is necessary to make prolonged use of central venous catheters, since all the treatment is done through these. The complications with the catheter are seen constantly, bringing about the need to carry out research through a review of the literature. This study intends to seek to understand the events, evaluate techniques for handling catheters and nursing care to minimize or prevent these complications. The search was carried out in the databases: Scielo, Medline and Lilacs. The inclusion criteria for articles were: describe the complications and the nursing approach to the catheter. We noted that the authors believe in the aseptic technique, the use of different antiseptics, as well as a strict nursing protocol as the main reason to reduce infection rates for central venous catheters.

Key words: Bone marrow Transplantation; Complications/Central Venous Catheter; Central Venous Catheterization; Nursing care.

RESUMEN

En un trasplante de médula ósea es necesario el uso prolongado de un catéter venoso central porque por medio de éste se realiza todo el tratamiento. Las complicaciones relacionadas al catéter observadas constantemente despiertan la necesidad de realizar una investigación revisando la literatura que trata del tema. El propósito del presente estudio fue entender los hechos, evaluar las técnicas preconizadas para su manipulación y los cuidados de enfermería para minimizar o prevenir tales complicaciones. La búsqueda fue realizada en las bases de datos Scielo, Medline y Lilacs. Los criterios de inclusión de los artículos fueron que describieran complicaciones y que enfocaran cuidados de enfermería relacionados al catéter. Observamos que los autores defienden la técnica aséptica para la manipulación del catéter, el uso de distintos antisépticos, además de un protocolo rígido de enfermería como el mayor diferencial para disminuir las tasas de infección relacionadas a los catéteres venosos centrales.

Palabras clave: Trasplante de Médula Ósea; Complicaciones/Cateterismo Venoso Central; Cateterismo Venoso Central; Cuidados de Enfermería.

¹ Enfermeira, Especialista em Enfermagem Saúde do Adulto, na modalidade de Residência, pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais, Brasil.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.
Endereço para correspondência: Rua Francisco Senra, 11/301 – Bairro: Boa Vista, Juiz de Fora-MG.

INTRODUÇÃO

Entende-se por transplante de medula óssea o processo terapêutico de infusão venosa de células do tecido hematopoético, com a finalidade de restaurar a hematopoese dos pacientes que, por algum motivo, não consigam restabelecê-la naturalmente.¹ Para a realização do transplante de medula óssea, é necessária a utilização prolongada de um cateter venoso central. O uso desse dispositivo é indispensável, visto que é por ele que é realizado todo o tratamento, seja para administração de medicamentos, para a realização de exames ou para o recebimento das células-tronco hematopoiéticas.² Ainda é importante considerar que para o uso da rede venosa periférica do paciente para a administração de medicamentos, quimioterápicos e para a realização de exames há problemas relacionados à visualização e à punção das veias³, o que demonstra a importância de um acesso venoso central seguro.

Entre os pacientes com indicação para o transplante estão aqueles que foram submetidos a quimioterapia ou radioterapia para tratamento de doenças neoplásicas e aqueles que apresentam medula óssea não funcional.⁴ São pacientes que apresentam a imunidade comprometida, em razão do regime de tratamento ou da patologia de base, o que pode refletir diretamente no tempo de permanência do cateter venoso central (CVC) e ainda nas possíveis complicações relacionadas a ele.

Algumas complicações podem ocorrer no local de inserção do cateter, como a presença de hiperemia e secreção, e outras, como a obstrução ou a colonização do cateter, além da bacteremia.²

Essas alterações também foram observadas durante minha prática realizada na Residência de Enfermagem em Saúde do Adulto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, em um centro de Transplante de Medula Óssea Autólogo.

A partir dessas observações, surgiram questionamentos: Será que a técnica utilizada para a limpeza e a troca do curativo tem sido a mais adequada quando comparada com outras descritas na literatura? A frequência e a forma de manuseio interferem no surgimento de infecção do CVC? A própria doença e o tratamento medicamentoso influenciam na ocorrência de infecção?

A necessidade de rever a literatura sobre a prevenção de infecção se deve ao fato de essa complicação ser um dos motivos para a remoção do cateter, adiamento do transplante de medula óssea, podendo levar a um prejuízo do tratamento e, ainda, aumentar os custos relacionados à internação, visto que o paciente poderá necessitar de um novo cateter ou de tratamento específico em caso de infecção.

Faz-se necessário conhecer os cuidados com o CVC a fim de prevenir as complicações, sobretudo a infecção do cateter, para garantir o sucesso do tratamento e promover a saúde do paciente.

OBJETIVOS

- Descrever as principais complicações relacionadas ao Cateter Venoso Central.
- Descrever e analisar as ações para prevenção e minimização das complicações relacionadas ao cateter venoso central em transplante de medula óssea.

CAMINHO METODOLÓGICO

Neste estudo tratamos de uma revisão da literatura cuja intenção foi descrever as principais complicações com o cateter venoso central, principalmente em transplante de medula óssea, avaliando os cuidados de enfermagem e as técnicas preconizadas no seu manuseio para minimizar ou prevenir complicações. Foram utilizados artigos em inglês, português e espanhol que descrevem cuidados preconizados na inserção e manejo dos cateteres venosos centrais, bem como as principais complicações relacionadas a eles.

Os seguintes descritores foram utilizados: cateterismo venoso central, transplante de medula óssea, complicações/cateter venoso central, cuidados de enfermagem, nas seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs, Medline.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: a) que descrevessem as técnicas utilizadas na anti-sepsia da pele antes da inserção do cateter; b) que descrevessem as principais complicações com os cateteres e suas relações com os cuidados prestados; c) que abordassem cuidados de enfermagem relacionados ao Cateter Venoso Central.

Foram excluídos os artigos em outros idiomas e aqueles que não atendiam aos critérios acima descritos. Não houve critério de tempo para inclusão dos artigos, dada a relevância deles. Em relação aos que foram analisados, todos os autores consideraram para suas análises apenas os cateteres colocados de forma eletiva, sendo excluídos aqueles inseridos em situações de urgência, dado o risco da não-utilização da técnica asséptica.

Foram selecionados 22 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Após o levantamento do material bibliográfico, realizamos recorrentes leituras como forma de organizar os diferentes dados para que pudessem ser agrupados e analisados. Foram observados os dados relativos à solução utilizada para preparo da pele para punção; a utilização ou não de técnica asséptica para punção e manuseio do cateter; as soluções para a realização do curativo e os tipos de coberturas usadas; a seleção de diferentes veias para o acesso venoso central; e a relação desses dados com a ocorrência de diferentes complicações relacionadas ao acesso venoso central.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização do cateter venoso central tornou-se uma prática rotineira na área hospitalar, sendo usado

com diversos objetivos. É indicado para aqueles pacientes que necessitam de acesso venoso por tempo prolongado, seja para administração de medicamentos, seja para a realização de exames ou para a infusão de dieta parenteral. Para o transplante de medula óssea, o CVC torna-se indispensável, pois é por meio dele que será feito todo o tratamento.²

As complicações mais encontradas nos artigos foram: 1) relacionados à inserção do cateter: punção arterial, sangramento, pneumotórax e embolismo aéreo; 2) relacionados ao período pós-inserção: infecção relacionada ao cateter, colonização, infecção no local de inserção, obstrução e perda do posicionamento com prejuízo para o funcionamento. A definição de infecção entre os artigos foi a mesma preconizada pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Em alguns centros de transplante de medula óssea, a implantação do cateter se dá no primeiro dia de internação e permanece por todo o período de tratamento.^{2,6} O tempo de permanência do cateter é um importante determinante dos processos infecciosos,⁷ considerando que o paciente a ser transplantado, dependendo de sua patologia, poderá ficar um período maior em uso desse dispositivo, podendo ocorrer o aumento do risco de contaminação do cateter.

No caso do paciente em processo de transplante de medula óssea, se houver necessidade de troca do cateter durante o processo em decorrência de complicações, essa ação será realizada em condições desfavoráveis dada a imunidade comprometida do paciente e as baixas taxas de plaquetas, fatores que podem aumentar a morbidade.² Por esses e por outros motivos, os cuidados de enfermagem relacionados ao cateter do paciente que se submeterá ao transplante de medula óssea devem ser rigorosamente revisados, priorizados e normatizados.

Em um trabalho de revisão foi demonstrado que a contaminação do cateter por microorganismos pode ocorrer por meio de focos infecciosos a distância, porém a contaminação no momento da inserção e das conexões ou o acesso de microorganismos da pele por intermédio do sítio de inserção são apontados como fatores relevantes.⁷

Existe maior suscetibilidade à infecção dos pacientes com déficit imunológico em decorrência da aplasia medular, que podem ter seus cateteres comprometidos.² Esses pacientes podem ter fungos e bactérias mais facilmente migrando da pele próxima ao sítio de inserção colonizando a extremidade do cateter, se comparados aos pacientes que não estão imunodeprimidos.⁸

As principais complicações encontradas relacionadas ao processo de inserção dos cateteres foram: punção arterial, sangramento, pneumotórax e embolismo aéreo.^{2,9,10,11,12,13}

Tais complicações estão relacionadas à técnica¹⁴ ou à dificuldade da introdução do cateter, seja em razão da conformação anatômica do paciente, seja em decorrência de alterações relacionadas ao comprometimento tumoral

ou radioterápico do mediastino.² Para isso, algumas ações podem ser adotadas pelo cirurgião, objetivando minimizar tais riscos, seja por meio de revisão sistemática da técnica de inserção,¹⁵ seja pelo uso de fluoroscopia para auxílio durante o procedimento.²

Quanto ao local de inserção do cateter, foi observada uma tendência na utilização da veia subclávia como primeira opção para cateterização venosa central. A escolha desse vaso explica-se porque ele possui aspectos positivos na técnica, como rápida execução, túnel subcutâneo e endovascular mais curto em relação aos acessos cervicais e por causar menor trauma ao paciente.² Neste trabalho considera-se que existe menor incidência de complicações durante a inserção do cateter quando comparado com outras vias de acesso, tornando menor o risco para os pacientes com trombocitopenia, comuns em transplante de medula óssea.²

Apenas um artigo descreve a utilização de veia jugular externa por meio de dissecação e posterior punção em crianças submetidas ao transplante de medula óssea.¹⁰ Neste trabalho, essa técnica foi considerada pelos autores mais fácil e segura de ser realizada em crianças. Sugerem ainda que deva ser indicada para utilização em pacientes adultos. Contudo, outro estudo aponta que a dissecação é um procedimento mais demorado e consome mais plaquetas do paciente do que por meio de punção, porém alerta que uma punção inadvertida pode causar lesão arterial e comprometer o transplante.²

A igual utilização das três vias de acesso vascular (veia jugular interna, subclávia ou femoral) foi citada em um trabalho. Apesar de esta última possuir uma taxa de infecção maior em relação às outras (0%, 0,45% e 1,44% respectivamente), esses dados são considerados sem significância estatística. Os autores reforçam a importância da técnica de anti-sepsia das áreas de punção, com envolvimento da equipe de enfermagem. Se esta for realizada de forma apropriada, qualquer uma das vias de inserção poderá ser usada com riscos de infecção aproximados. O fator determinante de escolha será o biótipo e a facilidade de acesso em cada paciente será escolhida pelo médico responsável pelo acesso venoso.¹⁵

Esse resultado foi confirmado por outro estudo, em que foi observado que o local de inserção do cateter parece não interferir no risco de aparecimento da sepse relacionada ao CVC, mas afirmam que, por razões de higiene, dá-se preferência à veia subclávia, por ser mais fácil a manutenção de curativos estéreis em relação aos outros locais de inserção do cateter.¹⁶

Quanto à técnica de anti-sepsia da pele para a inserção do cateter, notou-se que em todos os estudos adotou-se procedimento asséptico, com o uso de avental e luva estéril, máscara e gorro, bem como a lavagem vigorosa das mãos e a utilização de campos estéreis para a passagem do cateter. Destaca-se que os cuidados de assepsia durante a técnica de inserção, juntamente com os cuidados de enfermagem, são muito importantes para prevenção de complicações.¹⁵

QUADRO 1 – Principais soluções usadas para o preparo da pele e as taxas de infecção relacionadas ao CVC, segundo trabalhos descritos na literatura

Autor	Técnica	Evolução
Chen, H.S et al. (2006) ⁸	Uso de PVPI degermante e álcool 70%, com inserção do cateter após 30 segundos. Avaliação de 281 cateteres	Sepse – 1,4% (4) Infecção relacionada ao cateter – 6,0% (17) Bacteremia do cateter – 8,5% (24) Colonização da ponta do cateter – 5% (14)
Reina, R. Et al. (2006) ¹⁷	Uso de PVPI degermante e em seguida PVPI tópico. Avaliação de 268 cateteres	Infecção associada ao cateter – 9,32% (25) Suspeita de bacteremia – 49% (132) Bacteremia associada ao cateter – 2,6% (7) Colonização do cateter – 26% (70) – sendo 37 (14%) em jugulares, 32 em femorais (12%) e 01 em subclávia (0,4%).
Deshpande, et al. (2005) ¹⁵	Uso de PVPI alcoólico Avaliação de 831 cateteres	Infecção relacionada ao cateter: 2,29% (19) Colonização do cateter: 2,89% (24)
Hammarskjöld, Wallén, Malmvall (2006) ⁹	Uso de Clorohexidina 0,5% e álcool 70%. Avaliação de 495 cateteres	Colonização da ponta do cateter – 14% (69) Infecção Relacionada ao cateter – 2,8% (14)
Marcondes, et al. (2000) ¹⁴	Uso de PVPI e uso profilático de antibiótico. Avaliação de 37 cateteres** **O trabalho refere-se à avaliação de 66 cateteres, mas apenas 37 são do tipo parcialmente implantado, conforme os trabalhos que estão sendo analisados.	Infecção do cateter – 56,75% (21) Infecção do sítio de inserção: 8,1% (3) Hematoma: 8,1% (3) Extravasamento para subcutâneo: 2,7% (1) Deslocamento de posição: 2,7% (1)

O QUADRO 1 refere-se às soluções mais utilizadas entre os autores para o preparo da pele para a inserção do cateter e as taxas de infecção relacionadas ao Cateter Venoso Central.

A solução mais utilizada nos estudos foi o Polivinilpirrolidona-iodo (PVPI), e o uso de antibiótico profilático não determinou a diminuição das taxas de infecção do cateter.

Em contrapartida, outro trabalho sobre a ação dos anti-sépticos para o preparo da pele enfatiza que a ação da clorohexidina é superior à dos demais anti-sépticos dado seu efeito residual prolongado de aproximadamente seis horas.³

Outro fator importante na evolução da infecção do CVC é o estado imunológico do paciente. Em um estudo, foram avaliados 117 pacientes imunodeprimidos e 378 pacientes imunocompetentes. Entre os pacientes do primeiro grupo, 18% tiveram seus cateteres colonizados, contra 13% dos pacientes do segundo grupo. A infecção relacionada ao cateter esteve presente em 5,1% nos imunodeprimidos contra 2,1% dos demais. As taxas de infecção em pacientes com o sistema imune comprometido foram superiores, o que pode demonstrar maior suscetibilidade para esses pacientes em adquirir infecção do CVC.⁹

As complicações mais encontradas relacionadas ao período pós inserção do cateter foram: infecção relacionada ao cateter, colonização do cateter, infecção no local de inserção, obstrução e perda do posicionamento com prejuízo para o funcionamento.^{6,16,18,19}

De acordo os artigos analisados, as complicações no período pós-inserção do CVC estão mais relacionadas ao trabalho da enfermagem, pois podem ser minimizadas de acordo com a utilização de técnicas corretas para o manuseio, ou mediante a conscientização do médico que

irá realizar a inserção do cateter. Contudo, é importante lembrar que o trabalho de enfermagem de reforçar as técnicas de preparo da pele para a inserção do cateter e providenciar materiais para realização do acesso por meio de técnica asséptica é fundamental.¹¹

Outras questões foram levantadas, relacionadas à infecção dos cateteres que estão diretamente relacionadas ao período de pós-inserção, como o uso de tampa de vedação do cateter com anti-séptico,²⁰ ou o lado em que o cateter é inserido, e, ainda, o calibre dele, que delimitariam maior taxa de infecção do cateter.²¹ Mas, em razão do número reduzido de trabalhos que abordam tais itens, não foi possível a comparação dos dados.

Quanto aos produtos utilizados para a anti-sepsia da pele para a realização dos curativos, foi possível perceber diferentes opções entre os autores. O CDC descreve que há preferência pela clorohexidina a 0,5%, embora o PVPI alcoólico e aquoso ou o álcool 70% também possam ser utilizados. Não há descrição do uso de outro tipo de solução de acordo com as Diretrizes do Centers for Disease Control and Prevention.⁵

A ação residual do PVPI e da clorohexidina merece destaque no momento da escolha do produto a ser usado, seja para inserção do cateter, seja para o curativo. O efeito residual do PVPI pode variar entre duas a quatro horas, dependendo da concentração de iodo livre e do tempo de aplicação, enquanto a clorohexidina a 0,5% tem seu efeito residual de aproximadamente seis horas.³

Já como material de cobertura, poderá ser usada tanto a gaze estéril quanto películas transparentes de poliuretano. Foram encontrados estudos que descrevem o curativo com gaze estéril e esparadrapo comum ou hipoalergênico ou uso de filme transparente, com suas evoluções. O Quadro 2 demonstra os resultados dos curativos utilizados e as taxas de infecção do sítio de inserção do cateter:

QUADRO 2 – Cuidados com o sítio de inserção, segundo trabalhos descritos na literatura

Autor	Técnica	Evolução
Chen, H. S et al. (2006) ⁸	Uso de PVPI 10%. Curativo com filme transparente de poliuretano, roca a cada três dias. Avaliação de 281 cateteres	Infecção do sítio de inserção – 0,7% (2)
Reina, R. et al. (2006) ¹⁷	Uso de água oxigenada para retirada do sangue e PVPI (não descreve o tipo). Troca diária ou quando necessário. Curativo com gaze estéril. Avaliação de 268 cateteres	Infecção do sítio de inserção – 7% (19). Sendo 14 em veias jugulares, 3 em femorais e 2 em subclávias.
Deshpande, et al. (2005) ¹⁵	Uso de PVPI alcoólico e mudança dos circuitos. Curativo com gaze estéril no primeiro dia e filme transparente para curativo posterior. Troca a cada três dias. Avaliação de 831 cateteres	Não descreve
Marcondes, et al. (2000) ¹⁴	Manuseio dos curativos com luvas estéreis e máscara. Não descreve o tipo o de curativo Avaliação de 37 cateteres** **O trabalho refere-se à avaliação de 66 cateteres, mas apenas 37 são do tipo parcialmente implantado conforme os trabalhos que estão sendo analisados.	Infecção do sítio de inserção – 8,1% (3)
Hammar skjold, Wallén, Malmvall (2006) ⁹	Uso de clorhexidina alcoólica. Curativo com filme transparente trocado a cada três dias. Avaliação de 495 cateteres	Não descreve
Silveira & Galvão (2005) ²²	Uso de clorhexidina para os pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea; Curativo com filme poliuretano, trocado a cada sete dias. N= não descreve	Não descreve
Silva, R.J. (1994) ¹¹	• Uso de solução fisiológica 0,9%, para retirada do exsudato; • Aplicação de PVPI tópico com gaze-estéril. Secar com gaze seca. • Aplicar o curativo transparente ou a gaze estéril. N= não descreve	Não descreve
Kumagai et al. (1998) ¹²	• Uso com PVPI todos os dias. N= não descreve	Não descreve
Uderzo. C. et al. (1992) ²³	• Uso de peróxido de hidrogênio e PVPI tópico diariamente. • Cobertura com gaze estéril. Avaliação de 55 cateteres.	Infecção do túnel do cateter – 3,6% (2) Infecção do sítio de inserção – 7,2% (4)
Rocha, J. F.da (2000) ³	• Uso de solução fisiológica 0,9% e posterior aplicação de PVPI aquoso 10%; • Comparando com a aplicação de Clorhexidina alcoólica 0,5%. • Cobertura com gaze estéril esparadrapo hipoalergênico. Avaliação de 52 pacientes em uso de PVPI a 10% em comparação com 51 com clorhexidina 0,5%	Infecção do sítio de inserção ou túnel subcutâneo: Grupo com uso de PVPI: 73,07% Grupo com uso de Clorhexidina: 1,96%.

A eleição das soluções para o curativo também variaram, apesar das recomendações do CDC⁵ em relação ao uso da solução de clorhexidina 0,5% no preparo da pele para a realização dos acessos venosos e para os curativos.

Parece haver maior tendência entre os autores para a escolha do uso de PVPI tópico para anti-sepsia da pele na realização dos curativos dos acessos venosos centrais. Com relação ao uso da água oxigenada, não foram encontradas evidências que fundamentem o seu uso na prática clínica, apesar de ter sido usada em dois trabalhos dos que foram analisados. A água oxigenada pode prejudicar a granulação dos tecidos,²⁴ e por esse motivo não tem sido usada em locais onde há o rompimento da pele.

Quanto às coberturas escolhidas, há preferência para o uso do filme poliuretano entre os autores. Os curativos com gaze estéril necessitam ser trocados

em um período de 24 a 48 horas, enquanto o curativo com cobertura de filme de poliuretano pode ser trocado entre três e sete dias, de acordo com a literatura encontrada.^{3,5,11} Não foi possível relacionar o uso das soluções e coberturas com a infecção do sítio de inserção em razão da não-descrição desses dados nos trabalhos analisados.

Um protocolo consistente com técnicas assépticas padronizadas para cuidados com o cateter, considerando o curativo, a heparinização, a administração de medicamentos e fluidos, assim como a coleta de sangue por profissionais treinados, diminui as taxas de infecção da corrente sanguínea.¹⁵ A migração de microorganismos da pele para o sítio de inserção é o causador comum de infecção, porém a contaminação intraluminal do cateter se dá muitas vezes por contaminação de sua extremidade distal.⁵

A enfermagem é a única responsável pelo manuseio desses cateteres e o tem feito de acordo com seus próprios protocolos.¹³ Os protocolos de manutenção dos cateteres devem ser estabelecidos em parceria com o serviço de controle de infecção do hospital, como forma de prevenção de infecção dos cateteres, com as rotinas escritas e disponíveis para consulta pelos profissionais.⁷

Recomenda-se que, durante a realização do curativo, a heparinização, a administração de medicamentos e sempre que se manusear o cateter, seja utilizada técnica asséptica, sendo que para a abertura da extremidade do cateter é necessário sempre a proteção com gaze estéril e, após a manipulação, deve-se realizar a proteção das conexões do equipo com esparadrapo.¹¹

Quanto à heparinização, o cateter deve ser heparinado caso não esteja sendo usado com infusão contínua. A lavagem da via do cateter com solução salina faz-se indispensável após cada administração de medicamento ou coleta de sangue. Para aqueles cateteres com utilização a cada oito horas, não é necessária heparinização, apenas lavagem com solução salina entre as infusões.¹¹

Apenas a infusão de 10 ml de solução salina nas vias dos cateteres venosos centrais, após a administração de qualquer medicamento, é necessária para a prevenção da formação de trombos. Esses coágulos propiciam a obstrução do cateter e aumentam o risco de infecção, pois a presença de uma superfície não uniforme pode agir como depósito para microorganismos e conseqüente infecção.²⁵

Segundo o CDC,⁵ a heparinização dos cateteres reduz a formação de trombos se usada de forma profilática. Contudo, não há estudos que comprovem a diminuição do risco de infecção por meio dessa técnica.

Em um estudo realizado em 1987 pela Comissão de Infecção Hospitalar do Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO), foi possível perceber a queda das taxas de infecção por meio da diminuição do manuseio do cateter. Nesse estudo, foi suspenso o manejo ambulatorial dos cateteres por familiares, que passaram a ser manuseados e heparinizados uma vez por semana pela equipe de enfermagem, com a conseqüente diminuição de 45,5% para 20,0% das taxas de infecção.¹⁸

Outros autores descrevem como ação para prevenção do risco de contaminação intraluminal a troca do dispositivo de vedação da extremidade do cateter pelo menos uma vez por semana.¹²

Algumas medidas de prevenção da sepse relacionada ao cateter envolvem os cuidados de enfermagem, como a técnica asséptica durante a colocação do cateter; o protocolo de inserção; o cuidado na infusão de soluções; o curativo adequado; o uso restrito de conexões em Y e a atenção às reações apresentadas pelos pacientes transplantados e/ou imunodeprimidos, susceptíveis a infecção.¹⁶

Em um trabalho realizado em Chicago por enfermeiros, foi observada a diminuição das taxas de infecção entre os pacientes que iriam se submeter ao transplante de medula óssea ao rever suas orientações quanto aos cuidados com o cateter e com a diminuição do tempo entre a colocação dele e a internação do paciente para o transplante.⁶ As taxas de infecção diminuíram de 50% para 0%, de acordo com a implementação de novas medidas de orientações ao paciente em um período de um ano. Isso indica que orientações aos pacientes também são essenciais na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central.⁶ As orientações aos pacientes desde o momento da internação e assistência de enfermagem qualificada são ações para prevenção de complicações infecciosas relacionadas ao cateter.⁷

Os motivos encontrados para a retirada dos cateteres foram: desuso; término do tratamento; suspeita de infecção ou bacteremia relacionadas ao cateter; infecção confirmada do cateter e ainda, infecção persistente mesmo com antibioticoterapia adequada.^{2,3,14} Os cateteres são removidos também por complicações mecânicas, como obstrução ou rompimento dele.²⁴ Contudo, as complicações infecciosas são as principais causas de remoções prematuras dos cateteres.¹⁸

O cateter só deverá ser removido se houver infecção no túnel subcutâneo, celulite local, choque, ou em caso de bacteremia persistente após o uso de antibiótico adequado, e, ainda, se houver o crescimento de alguns tipos de bactérias e fungos.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância de manter cuidados normatizados com cateteres venosos centrais no transplante de medula óssea é notória com base nas conclusões dos estudos submetidos a análise. O cuidado de enfermagem em relação ao CVC foi considerado relevante no que diz respeito à prevenção de complicações, e outros profissionais percebem a influência desse cuidado para a manutenção adequada dos cateteres.

É possível perceber que há uma tendência a considerar que os pacientes imunodeprimidos possuem maior risco de possuir seu CVC colonizado. Para isso, faz-se necessário a utilização de técnica asséptica para inserção e manutenção desse cateter visando prevenir as complicações infecciosas.

A utilização do curativo transparente beneficiaria o paciente em razão do número reduzido de trocas se comparado ao uso de gaze estéril, por permitir a observação contínua do sítio de inserção do cateter e a troca tardia do curativo. Contudo, não há contra-indicação do uso de gaze estéril para cobertura do sítio de inserção do CVC.

Há, na literatura pesquisada, preferência pela utilização do PVPI em relação à Clorhexidina para o emprego na anti-sepsia da pele.

Quanto ao sítio de inserção do CVC, parece não haver diferença estatisticamente significativa quanto à incidência de infecção quando comparados os principais locais – veia subclávia, jugular interna ou femoral –, desde que a higiene das áreas seja bem estabelecida e que os curativos sejam realizados com técnica asséptica. Caso contrário, a inserção do cateter em veia subclávia é o mais seguro para o paciente no que se refere ao processo de inserção e às complicações posteriores.

O estudo permitiu perceber que a utilização de técnica asséptica e de barreira – lavagem das mãos, uso de luvas estéreis e máscara – e a proteção da extremidade do cateter diminui o risco de contaminação intraluminal.

O cuidado de enfermagem interfere diretamente na manutenção adequada do cateter venoso central. Por esse motivo, a utilização de protocolos padronizados faz-se necessária para garantir melhores resultados. O uso de técnica asséptica para o manuseio dos cateteres oferece maior segurança aos pacientes, por diminuir os riscos relacionados a esses dispositivos.

As precauções para a inserção e manejo dos CVC devem ser seguidas para todo tipo de pacientes, porém, quando consideramos pacientes submetidos ao transplante de medula óssea, devemos ter em mente que, por motivos próprios da doença e pelo tipo de tratamento realizado, a inobservância de conceitos simples pode levar ao insucesso terapêutico.

REFERÊNCIAS

1. Hospital do Câncer. Departamento de Oncologia Clínica. A.C. Camargo. Transplante de medula Óssea. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br/outrasinfs/ensaios/tmons.html>. Acesso em: 10/04/2005.
2. Pires e Albuquerque M. Cirurgia dos cateteres de longa permanência (CLP) nos centros de Transplante de medula óssea. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2005; 38(2):125-142.
3. Rocha IF. Infecção do local de saída e túnel subcutâneo de cateteres tipo Hickman em pacientes de transplante de medula óssea alogênico, relacionada aos anti-sépticos à base de povinilpirrolidona-iodo e gluconato de clorohexidina [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
4. Azevedo WM. Transplante de medula óssea. In: Pereira WA. Manual de transplante de órgãos e tecidos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
5. Centers Disease Control and Prevention. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Recommendations and reports. 2002; 51:1-26.
6. Richard-Smith A, Buh S. Reducing central line catheter infections in bone marrow transplant patients. *Nursing Clin North Am.* 1995; 30(1):45-50.
7. Cruz EDA, Moreira I, Quiquio ZF. Prevenção de infecções associadas a cateter venoso central em pacientes neutropênicos. *Cogitare Enferm.* 2000; 5:46-51.
8. Chen HS, Wang FD, Lin M, Lin Y-C, Huang LJ, Liu CY. Risk factors for central venous catheter-related infections in general surgery. *J Microbiol Immunol Infection.* 2006; 39:231-6.
9. Hammarskjöld F, Wallén G, Malmvall BE. Central venous catheter infections at a county hospital in Sweden: a prospective analysis of colonization, incidence of infection and risk factors. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2006; 50:451-60.
10. Godoy JL, Otta EK, Miyazaki RA, Bitencourt MA, Pasquini R. Central venous access through the external jugular vein in children submitted to Bone Marrow Transplantation. *Braz Arch Biol Technol.* 2005; 48(1): 41-4.
11. Silva RJ. Manuseio do cateter de Hickman pela enfermagem: estudo observacional. *Rev Sol Cardiol Estado de São Paulo.* 1994; 4 (1 suplA):1-4.
12. Kumagai T, Sakamaki H, Tanikawa S, Akiyama H, Maeda Y, Sasaki T, Tsuzuki S, Takamoto S, Tkahashi K, Onosawa Y. Utility and safety of Hickman Catheters for venous access after Bone Marrow Transplantation. *Intern Med J.* 1998; 37(3):286-91.
13. Guerrato R, Biagi C. The central venous catheter in a bone marrow transplant unit: an unresolved problem. *Haematologica.* 2000; 85 (supl 11):62-5.
14. Marcondes CRR, Biojone CR, Cherri J, Moryia T, Piccinato CE. Complicações precoces e tardias em acesso venoso central. Análise de 66 implantes. *Acta Cir Bras.* 2000; 15 (supl 2): 73-5.
15. Deshpande KS, Hatem C, Ulrich HL, Currie BP, Aldrich TK, Bryan-Brown CW, Kvetan V. The incidence of infectious complication of central venous catheters at the subclavian, internal jugular and femoral sites in an intensive care unit population. *Crit Care Med.* 2005; 33(1):13-20.
16. Basile Filho A, Castro PTO, Pereira Jr. GA, Marson F, Mattar Jr L, Costa JC da. Sepses primária, relacionada ao cateter venoso central. *Medicina, Ribeirão Preto,* 1998; 31:363-8.
17. Reina R, Balasini C, Estenssoro E, Loudet C, Argüello ML, Vázquez D, Cicora F, Barbosa L, Acuario L, Ferreyra A, Canales H, Baquero S, Badie P. Infecciones asociadas a cateteres venosos centrales em pacientes críticos. *Med Intens.* 2006; 20 (1):19-23.
18. Velasco ED, Bouzas, LFS, Tabak D. Experiência do Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO) com uso de cateteres tipo Hickman-Broviac. *Revista Brasileira de Cancerologia,* 1987; 33(1):23-38.
19. Nucci M, Maiolino A. Infecções em transplante de medula óssea. *Medicina, Ribeirão Preto,* 2000; 33: 278-93.
20. Leon C, Alvarez-Lerma F, Ruiz-Santana S, González V, Torre MV, Sierra R, Leon M, Rodrigo JJ. Antiseptic chamber-containing hub reduces central venous catheter-related infection: a prospective, randomized study. *Crit Care Med.* 2003; 31(5):1318-24.
21. Onders RP, Shenk RR, Stellato TA. Long-term central venous catheters: size and location do matter. *Am J Surg.* 2006; 191: 396-9.
22. Silveira RCCP, Galvão CM. O cuidado de enfermagem e o cateter de hickman: a busca de evidências. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18 (3): 276-84.
23. Uderzo C, Angelo PD, Rizzari C, Viganò EF, Rovelli A, Gornati G, Codecasa G, Locasciulli A, Masera G. Central venous catheter-related complications after bone marrow transplantation in children with hematological malignancies. *Bone Marrow Transplant.* 1992; 9:113-7.
24. Bonassa EMA. Toxicidade gastrointestinal. In: Bonassa EMA, Santana TR. *Enfermagem em terapêutica oncológica.* São Paulo: Atheneu; 2005.
25. Wickham RS. Advances in venous Acces devices and nursing management strategies. *Nurs Clin North Am.* 1990; 25(2):345-64.

Data de submissão: 10/5/2007

Data de aprovação: 21/12/2007

OFICINA DE CULINÁRIA: RESGATE DA COTIDIANIDADE DAS MÃES ACOMPANHANTES DE RECÉM-NASCIDOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

COOKERY WORKSHOP: RECOVERY OF DAILY ROUTINE OF ACCOMPANYING MOTHERS IN A NEONATE INTENSIVE CARE UNIT

TALLER DE CULINARIA: RESCATE DE LA COTIDIANEIDAD DE MADRES ACOMPAÑANTES DE RECIÉN NACIDOS DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Caroline Oliveira Alves¹
Renata Pereira Rodrigues²
Erika da Silva Dittz³

RESUMO

O ato de comer pode ser considerado uma atividade humana central não só por sua frequência e importância, mas também por possibilitar a reunião dos indivíduos para compartilhar uma refeição. Essa reunião favorece um tipo de socialização que transcende o simples naturalismo desse ato. Neste artigo, relata-se a experiência da Oficina de Culinária realizada com mães que acompanham os filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte-MG. Ao decidir permanecer com o filho hospitalizado, a mãe se afasta temporariamente de sua rotina, de suas atribuições como mulher, mãe e companheira. Nesse contexto, a Oficina de Culinária mostra-se como uma possibilidade para o resgate dessa rotina. Durante a Oficina, as mães são estimuladas a sugerir receitas que fazem parte de seu cotidiano e da sua história de vida, assim como a participar de todas as etapas da atividade. Após o preparo, o grupo se reúne para degustar o alimento produzido e partilhar informações, impressões e percepções sobre o que foi realizado. A prática da atividade possibilita à mãe resgatar elementos do seu cotidiano e mostra-se importante para o enfrentamento e a superação dos conflitos que vivenciam nesse período.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Bem-Estar Materno; Assistência à Saúde; Recém-nascido; Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

Eating can be considered a core human activity, not only for its frequency and importance, but because it gives the opportunity for individuals to meet and share a meal. This meeting favors a kind of socialization, but transcends the mere ingestion of food. This article reports the experience of a cookery workshop held with mothers accompanying their children at the Neonatal Intensive Care Unit of the Sofia Feldman Hospital, Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. When deciding to remain with their hospitalized children, mothers move away from their daily routine temporarily, from their attributions as wives, mothers and companions. Therefore, the cookery workshop is a chance to recover this daily routine. During the workshop, the mothers are encouraged to suggest recipes from their daily routine and their own experience, and to participate in all stages of the activity. After the preparation, the group meets to enjoy the food produced and share information, impressions and perceptions about what was done. This activity enables mothers to restore elements of their daily routine and is important for them to face up and overcome the conflicts they experience at this time.

Key words: Occupational Therapy; Maternal Welfare; Delivery of Health Care; Infant, Newborn; Intensive Care, Neonatal

RESUMEN

El acto de comer puede considerarse como una actividad humana central, no sólo por su frecuencia e importancia sino también por permitir que se junten personas para compartir una comida. Esta reunión favorece un tipo de socialización que trasciende la simple naturaleza de su acto. El presente artículo relata la experiencia de un taller de culinaria realizado con madres que acompañan a sus hijos internados en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Sofia Feldman, en Belo Horizonte, Minas Gerais. Al decidir permanecer con los hijos las madres se apartan temporalmente de su cotidianidad y de sus atribuciones como mujeres, madres y compañeras. Dentro de dicho contexto el taller de culinaria se presenta como una posibilidad para que ellas rescaten su cotidianidad. Durante el taller se estimula a las madres a que sugieran recetas que forman parte de su día a día y de su historia de vida, como también a que participen en todas las etapas de la actividad. Una vez preparada la comida, el grupo se reúne para apreciarla y hacer comentarios sobre lo que se cocinó. Esta actividad permite que las madres rescaten elementos de su cotidianidad lo cual las ayuda a enfrentar y superar los conflictos que viven durante este período.

Palabras clave: Terapia Ocupacional; Bienestar Materno; Prestación de Atención de Salud; Recién Nacido; Cuidado Intensivo Neonatal.

¹ Estudante do 8º período do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Estagiária do Serviço de Terapia Ocupacional do Hospital Sofia Feldman. Minas Gerais, Brasil.

² Estudante do 10º período do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Estagiária do Serviço de Terapia Ocupacional do Hospital Sofia Feldman. Minas Gerais, Brasil.

³ Terapeuta Ocupacional do Hospital Sofia Feldman. Especialista em Neuropsicologia pela FUMEC. Doutoranda em Ciências da Saúde na área de concentração em saúde da criança e do adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.

Endereço: Avenida Miguel Perrela, 199/103, Castelo, Belo Horizonte-MG, CEP: 31 330-290.
E-mail: erikadittz@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Em decorrência da necessidade de hospitalização do recém-nascido, as mães vivenciam sentimentos e situações que têm sido temas de vários estudos que têm reorientado a organização dos serviços de saúde e a prática dos profissionais, no sentido de aprimorar o atendimento às necessidades de saúde do recém-nascido e de sua família.

Em um estudo com o objetivo de conhecer a vivência das mulheres que acompanham os filhos durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), verificou-se que a permanência no hospital é uma experiência de perdas e ganhos. Por um lado, a mulher perde ao se distanciar da família, de sua cotidianidade e de suas atribuições como mulher, mãe e esposa. Por outro, ela tem a possibilidade de conviver com outras mulheres que se encontram na mesma condição e de adquirir confiança e habilidade para o cuidado do filho.¹

Sobre a compreensão das mulheres que realizam o cuidado Mãe Canguru, evidenciou-se que o período de permanência com os filhos na Unidade foi marcado por renúncias, principalmente aquelas que dizem respeito às condições de vida que lhes proporcionariam conforto e à companhia de seus familiares.²

Bezerra e Fraga³ constataram que o acompanhamento de um filho hospitalizado é vivenciado pela mãe como um momento, nem sempre breve, de preocupação e sofrimento, concretizado em insônia, falta de apetite, desconforto mental e depressão.

A realização de atividades de lazer, como uma das formas de auxiliar as mães a enfrentar a situação de hospitalização do filho, possibilitou reduzir o estresse, favoreceu a socialização das mães e contribuiu para o processo de humanização da assistência oferecida ao recém-nascido e sua família.⁴ A esse respeito, Dittz¹ constata que a realização de atividades em grupo possibilita a criação de um espaço que favorece o diálogo entre as mães e a construção de alternativas para enfrentar as dificuldades e lidar com os conflitos decorrentes da convivência no novo ambiente.

Nesse sentido, com vista a possibilitar o desenvolvimento emocional e promover a saúde mental do recém-nascido e de sua família durante o período de hospitalização, o Serviço de Terapia Ocupacional do Hospital Sofia Feldman (HSF) desenvolve atividades como: grupo de terapia ocupacional, oficina de culinária, grupo de reflexão, bingo e banho de sol.⁵

Neste estudo, relata-se a experiência da realização da Oficina de Culinária com as mães de recém-nascidos internados na UTIN e reflete-se sobre as possibilidades de utilização desse recurso no acompanhamento a essas mulheres.

O HOSPITAL SOFIA FELDMAN

A Fundação de Assistência Integral à Saúde/Hospital Sofia Feldman (FAIS/HSF), uma instituição filantrópica

especializada na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, atende exclusivamente à clientela do Sistema Único de Saúde (SUS). O HSF está localizado no Distrito Sanitário Norte, na periferia de Belo Horizonte, e é referência para uma população de aproximadamente 600 mil habitantes.

A implantação da humanização da assistência aos usuários como filosofia de trabalho na instituição iniciou-se com sua inauguração em 1982, mediante a implementação do controle social, com a participação de lideranças comunitárias, gestores dos serviços públicos de saúde, conselhos de saúde, voluntários e trabalhadores.

A instituição tem como um dos diferenciais da assistência prestada à população a abordagem integral e holística. Além de incentivar o parto normal com participação ativa das mulheres e de seus familiares, estimula o contato precoce entre mãe e filho, buscando mantê-lo por meio do Alojamento Conjunto da Unidade de Cuidado Canguru ou oferecendo à mãe condição de permanecer na instituição caso haja necessidade de o filho receber cuidados de médio a alto risco.

Nessa perspectiva, o Alojamento Materno foi criado em 2001, com o objetivo de oferecer às mães de recém-nascidos internados na UTIN condições de permanência na instituição em período integral, a fim de favorecer e de fortalecer o vínculo mãe-filho, de incentivar e de manter o aleitamento materno e de capacitar a mãe como cuidadora. Em junho de 2006, foi adquirida uma casa nas proximidades do hospital, denominada Casa de Sofias, o que possibilitou oferecer às mães melhores condições de permanência durante a internação dos filhos. Esse novo espaço tem capacidade para acolher 20 mães e é equipado com lavanderia, cozinha, sala de televisão e uma área de convivência ao ar livre. A terapeuta ocupacional, com o apoio da equipe multiprofissional no acompanhamento às mães, é responsável pela gerência da Casa de Sofias.

A criação e a manutenção da Casa de Sofias estão em consonância não apenas com a missão do hospital de oferecer aos usuários uma assistência que garanta a integralidade e a humanização da assistência, mas também com a decisão política de garantir, com qualidade, independentemente do financiamento do SUS, o cumprimento das determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente cujo artigo 12 reza: "Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente".⁶

Portanto, essa iniciativa reflete os valores institucionais cuja assistência oferecida tem sua centralidade no usuário e busca atender às necessidades dele e proporcionar-lhe maior autonomia e inclusão no processo assistencial.

OFICINA DE CULINÁRIA: ESPAÇO DE ENCONTRO DO PARTICULAR E DO COLETIVO

O comportamento relativo à comida liga-se diretamente ao sentido que conferimos a nós mesmos e à nossa identidade social.^{7,8} Assim, as práticas alimentares possibilitam expressar a cultura em que cada um está inserido.

A alimentação e o ato de comer fornecem ao indivíduo segurança para desempenhar outros papéis, além de servir de modelo para distinguir o eu do outro. Dessa forma, o ato de comer pode ser considerado uma atividade humana central não só por sua frequência e importância, mas também porque cedo se torna a esfera na qual é permitido ao indivíduo fazer alguma escolha e, conseqüentemente, afirmar sua individualidade.⁹

O ato de comer é considerado uma trivialidade muito primitiva, própria do desenvolvimento dos valores vitais, comum a cada indivíduo. É isso que possibilita a reunião dos indivíduos para compartilhar uma refeição e, nessa oportunidade, desenvolver um tipo de socialização que permite a superação do simples naturalismo do ato de comer.¹⁰

A alimentação não deve ser entendida como um ato solitário, uma vez que envolve outras pessoas na produção do alimento, no preparo dele e, sobretudo, na partilha, ocasião em que se criam e se mantêm formas ricas de sociabilidade. Nesse sentido, a alimentação pode ser compreendida como um processo social complexo que envolve diferentes esferas da vida social.¹¹

Diante dos significados e da centralidade que o ato de comer tem na vida dos indivíduos, podemos inferir que a Oficina de Culinária surge como um recurso que possibilita às participantes resgatar elementos que fazem parte da sua história de vida e compartilhá-los com as demais integrantes do grupo. Ao mesmo tempo que a Oficina traz a marca da particularidade dos sujeitos nela envolvidos, também é compartilhada com o coletivo.

Ao acompanhar a internação do filho, a mãe se afasta de seu cotidiano e passa a conviver em um ambiente marcado pelas rotinas hospitalares. Nesse novo ambiente, ela depara com horários para realizar suas próprias refeições e para participar de alguns cuidados relativos ao filho.

Ao discorrer sobre a atuação do terapeuta ocupacional no cotidiano, Francisco¹² tece as seguintes considerações:

Lidar com o cotidiano é sempre uma intervenção que exige lidar com o concreto do homem, esse movimento de múltiplas relações. O cotidiano não é rotina, não é simples repetição mecânica de ações que levam o fazer por fazer. O cotidiano é o lugar onde buscamos exercer nossa prática transformadora.

O terapeuta ocupacional, mediante o uso de atividades, contribui para a elaboração crítica do cotidiano, uma vez que favorece ao sujeito a livre escolha e a ressignificação

de seu cotidiano. O acompanhamento terapêutico ocupacional está centrado na retomada da historicidade do sujeito, considerando o seu contexto, e na sua inserção como participante no coletivo.¹³

A Oficina de Culinária é realizada uma vez por semana na Casa de Sofias e é coordenada pela terapeuta ocupacional. Tem início com uma reunião, para a qual são convidadas todas as mães que se encontram na casa. As mães são estimuladas pela terapeuta ocupacional a sugerir receitas que fazem parte do cotidiano delas ou que gostariam de aprender. Em algumas situações, a receita é indicada pela terapeuta ocupacional, como naquelas em que as mães estão fragilizadas emocionalmente em decorrência da morte de algum bebê internado na UTIN, uma vez que elas se mostram solidárias e identificadas com o sofrimento da mãe que vivencia a perda do filho. Observa-se que, ao indicar a receita e sustentar a realização da atividade com o grupo, a terapeuta ocupacional possibilita a reestruturação desse grupo, tendo em vista que as mães se reúnem em torno de um objetivo comum, e garante a manutenção de um espaço onde elas se acolhem mutuamente e expressam seus sentimentos. Essa atitude da terapeuta ocupacional teve aporte em Afonso,¹⁴ que defende que o coordenador do grupo deve ter papel ativo, sem ser intrusivo e impositivo.

Após a definição da receita a ser preparada, é feita a divisão de tarefas entre as mães, tais como providenciar os ingredientes, executar a receita e organizar a cozinha. Dada a limitação do espaço físico, não é possível a presença de todas as mães na cozinha. Todavia, mesmo não participando diretamente da atividade, elas se mostram envolvidas, o que pode ser observado pelos comentários sobre o cheiro vindo da cozinha e pela expectativa em degustar o que está sendo preparado. Nessa etapa da Oficina, a terapeuta ocupacional atua como facilitadora e estimuladora do grupo.

Ao iniciarem a atividade, as mães discutem qual será a forma mais adequada de preparar a receita, distribuem as tarefas e buscam soluções para as dificuldades que surgem, como a adaptação da receita pela falta de algum ingrediente ou a dificuldade em acertar o ponto da calda do bolo.

Para compreender as interações que se estabelecem entre as participantes no decorrer da Oficina, reportamo-nos a Mailhiot,¹⁵ que considera que o trabalho com grupos constitui um conjunto de relações que se encontra em constante movimento, sendo que o grupo possui uma dinâmica que inclui a construção de normas; a comunicação, a cooperação e a competição; a divisão de tarefas; e a distribuição de poder e liderança. É na interação face a face que os integrantes do grupo se apreendem mutuamente ao vivenciarem e partilharem a mesma situação, possibilitando que aconteça a mudança social.

O processo terapêutico realiza-se mediante o manuseio de diferentes materiais/atividades/situações, possibilitando ao sujeito o reconhecimento e o enfrentamento de suas dificuldades cotidianas, na busca

do enriquecimento de suas necessidades concretas, no interior da coletividade.¹³

Após o preparo do alimento, as mães que estão na casa são convidadas a degustar a receita. Nesse momento, elas se reúnem, compartilham a experiência do preparo da receita e saboreiam o alimento preparado. Esse momento do grupo remete ao descrito por Afonso,¹⁶ que considera que a reflexão consciente e racional, desenvolvida no grupo, articula-se com a emoção, os vínculos e a experiência, podendo surtir efeitos de mudança.

Na realização da Oficina de Culinária, a terapeuta ocupacional busca acolher e incentivar o grupo, acompanhando todas as etapas da atividade, desde a mobilização até a degustação do alimento. No decorrer da Oficina, a terapeuta ocupacional age como um incentivador, ajudando o grupo a sistematizar os conteúdos e os processos emergentes a fim de se refletir sobre eles.¹⁶

Para mobilizar as mulheres para a atividade e divulgar as receitas realizadas, elaborou-se um quadro que foi afixado na geladeira da Casa de Sofias com a receita da semana. Para o registro das receitas, foi criado um livro onde uma das participantes escreve a receita durante o preparo dela. O livro pode ser consultado pelas mães, quando desejarem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato da realização da Oficina de Culinária e a reflexão sobre sua utilização como recurso no acompanhamento das mães de recém-nascidos hospitalizados permitiram-nos constatar que o ato de preparar o alimento e o de reunir o grupo para degustá-lo possibilitam às mulheres resgatar sua cotidianidade, partilhar suas experiências e habilidades, bem como criar um espaço de socialização e de lazer.

REFERÊNCIAS

1. Dittz ES. A vivência da mulher-mãe no Alojamento Materno durante a internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina de Belo Horizonte - Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
2. Duarte ED, Sena RR. Experiências de mulheres no desenvolvimento do método canguru. *Reme Rev Min Enferm.* 2004 out./dez.; 8(4): 436-41.
3. Bezerra LFR, Fraga MNO. Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. *Rev Bras Enferm.* 1996 out./dez.; 49(4): 611-24.
4. Scochi CGS, Brunherotti MR, Fonseca LMM, Nogueira FS, Vasconcelos MGL, Leite AM. Lazer para mães de bebês de risco hospitalizados: análise da experiência na perspectiva dessas mulheres. *Rev Latino-Am Enferm.* 2004 set./out.; 12(5):727-35.
5. Dittz ES, Melo DCC, Pinheiro ZMM. A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2006 jan./abril; 17(1):42-7.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
7. Braga V. Cultura alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. *Saúde em Rev.* 2004; 6(13):37-44.
8. Mintz SW. Comida e antropologia: uma breve revisão. *Rev Bras Cien Sociais.* 2001 out.; 16(47):32-41.
9. Collaço JHL. Um olhar antropológico sobre o hábito de comer fora. São Paulo: Campos; 2003. p.171-94.
10. Simmel G. Sociologia da refeição. *Est Históricas.* 2004; 33: 1-8.
11. Romanelli G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2006; 39(3):333-9.
12. Francisco BR. Terapia Ocupacional. 2a ed. Campinas (SP): Papyrus; 2001.
13. Galheigo SM. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2003 set./dez.; 14(3):104-9.
14. Afonso L, Organizadora. Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde. São Paulo(SP): Casa do Psicólogo; 2006.
15. Mailhiot GB. Dinâmica e gênese dos grupos. 5a ed. São Paulo (SP): Livraria Duas Cidades; 1991.
16. Afonso L, Organizadora. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. 2a ed. Belo Horizonte (MG): Edições de Campo Social; 2000.

Data de submissão: 9/11/2007

Data de aprovação: 1º/4/2008

As mulheres temporariamente afastadas de suas atividades cotidianas têm na Oficina de Culinária uma possibilidade de retomar, ainda que por pouco tempo, algumas dessas atividades, podendo, assim, distanciar-se um pouco das dificuldades decorrentes do processo de internação do filho. Evidencia-se também a possibilidade de construção de um espaço que seja apenas delas, onde elas possam existir como mulheres que têm suas próprias necessidades e desejos, para além daqueles que contemplam a maternidade.

Durante a Oficina de Culinária, é possível observar que as participantes, em sua maioria, assumem uma postura ativa, como quando combinam a receita a ser preparada ou qual adaptação deve ser realizada na falta de um ingrediente ou utensílio doméstico. Essa postura, evidenciada durante o fazer, é percebida na autonomia que têm no decorrer de todo o processo, como a escolha do horário da partilha do alimento e a presença de algum convidado para degustá-lo.

Ao estimular as mães a sugerir receitas, torna-se possível acessar a particularidade de cada sujeito envolvido. Mas a Oficina também remete ao coletivo, quando a receita é preparada por várias mulheres e todas se reúnem para partilhar o que foi preparado por algumas.

Pelo exposto, a Oficina de Culinária surge como um recurso que possibilita à mulher resgatar elementos de seu cotidiano e de sua história de vida. A interação estabelecida entre elas favorece a troca de experiência e mostra-se importante para o enfrentamento e a superação dos conflitos vivenciados nesse período. Considera-se, ainda, a necessidade da realização outros estudos que lhes permitam opinar sobre a experiência vivida no cotidiano enquanto acompanham seus filhos internados.

UMA INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL ENTRE PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DE CÂNCER DE MAMA

OCCUPATIONAL THERAPY FOR PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY FOR BREAST CANCER

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO DE CÁNCER DE MAMA

Tatiana Scandiuizzi¹
Sueli Riul da Silva²

RESUMO

O processo de constituição do campo da terapia ocupacional se dá cotidianamente por meio das produções coletivas ou individuais dos terapeutas ocupacionais com seus pacientes. Nesse contexto, pretende-se apresentar um panorama de como vem se constituindo a terapia ocupacional, com base em sua história e em sua prática. Assim, este artigo contém enfoques teórico-metodológicos correlacionados à prática com pacientes mastectomizadas que fazem quimioterapia no Hospital Dr. Helio Angotti. O objetivo não é citar fatos históricos, mas mostrar, por meio da história da terapia ocupacional e de contextos hospitalares como a prática acontece.

Palavras-chave: Câncer; Quimioterapia; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

The field of occupational therapy is established daily by collective or individual work by occupational therapists with their patients. This study intends to examine the establishing of occupational therapy based on its history and practice. The focus is on the theory and methods relating to the practice with mastectomized patients doing chemotherapy at the Dr. Hélio Angotti Hospital. The objective is not to quote historical facts, but to show, through the history of occupational therapy and hospital experience, what the practice is like.

Key words: Cancer; Chemotherapy; Occupational Therapy.

RESUMEN

El proceso de constitución del campo de la terapia ocupacional ocurre en el día a día por medio de producciones colectivas o individuales de los terapeutas ocupacionales con sus pacientes. Dentro de tal contexto se busca presentar un panorama de cómo se constituye la terapia ocupacional a partir de su historia y de su práctica. La monografía consta de enfoques teórico-metodológicos correlacionados con la práctica con pacientes mastectomizadas en tratamiento quimioterápico en el Hospital Dr. Helio Angotti. No se trata de citar hechos históricos sino de mostrar, a través de la historia de la terapia ocupacional y dentro de contextos hospitalarios, cómo se lleva a cabo la práctica.

Palabras clave: Cáncer; Quimioterapia; Terapia Ocupacional.

¹ Terapeuta Ocupacional no Hospital Dr. Helio Angotti. Minas Gerais, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental pela EERP-USP. Docente do Centro de Graduação em Enfermagem da UFTM. Minas Gerais, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Donald Silvestre Cicci, 665, Bairro Manuel Mendes Uberaba MG – CEP:38082-166.
E-mail: sueliriul@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

Nos últimos cem anos, o ser humano tem sido exposto a uma quantidade cada vez maior de inúmeros compostos químicos novos (resultantes da atividade industrial), amplamente distribuídos no ambiente e capaz de induzir danos ou lesões no material genético.¹

O corpo humano contém trilhões de células agrupadas para formar tecidos, como músculos, ossos e pele. A maioria das células normais cresce e se reproduz em resposta aos sinais internos e externos ao corpo. Se esses processos ocorrem de modo equilibrado e de forma ordenada, o corpo permanece saudável, executando suas funções normais. No entanto, uma célula normal pode tornar-se uma célula alterada (denominada mutada), e isso ocorre quando o material genético é danificado.¹

Quando ocorre a perda de controle dos processos vitais da célula e esta não obedece mais aos seus sinais internos, passa a se dividir de modo descontrolado até formar uma massa celular denominada tumor.¹

De acordo com a denominação do Instituto Nacional do Câncer,² câncer “[...] é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (**metástase**) para outras regiões do corpo”. Dividindo-se rapidamente, essas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou **neoplasias malignas**. Por outro lado, um **tumor benigno** significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida.¹

CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é, provavelmente, o mais temido pelas mulheres, dada sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. “Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente”.²

O câncer de mama resulta de células que revestem os ductos mamários ou se encontram nos lóbulos das glândulas mamárias, e nesses casos os tumores formados são chamados carcinomas ductais ou lobulares:

Os sintomas do câncer de mama palpáveis são nódulos ou tumores na mama, acompanhados ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila.²

Há ainda outros tipos de câncer de mama, como os linfomas ou os sarcomas, que são mais raros. Existem

os carcinomas não infiltrativos ou *in situ* e os infiltrativos. Os carcinomas não infiltrativos representam 30% dos casos. Trata-se de tumores primários que não atingem outras regiões do corpo. Já o tumor infiltrativo é capaz de produzir metástases, ou seja, é capaz de invadir outros tecidos saudáveis que estão à sua volta ou a distância. Se essas células “mutadas” caírem na circulação sanguínea, podem chegar a outras partes do organismo, invadindo outros órgãos saudáveis, originando novos tumores e, portanto, espalhando o câncer para outras regiões do corpo.²

FATORES DE RISCO

Numa escala de valores que varia de 0 a 3 pontos, podem-se avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama como aqueles de risco muito elevado (risco relativo > 3: “Quando mãe ou irmã apresentam câncer de mama na pré-menopausa, antecedentes de hiperplasia epitelial atípica ou neoplasia lobular *in situ*, suscetibilidade genética, comprovada mutação de BRCA1”); risco medianamente elevado (risco relativo 1,5<3: “mãe ou irmã com câncer de mama na pré-menopausa, nuliparidade, antecedentes de hiperplasia epitelial sem atipia ou macrocistos apócrinos”); risco pouco elevado (risco relativo >1 >1,5: “menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação de termo depois de 34 anos, obesidade, dieta gordurosa, sedentarismo, terapia de reposição hormonal por mais de cinco anos, ingestão alcoólica excessiva”).²

Tratamento

O tratamento recomendado para o câncer de mama depende do tipo de tumor e também do estágio de desenvolvimento da doença. Portanto, para cada tipo de câncer haverá um tratamento específico e adequado (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, etc.), que será definido por meio de exames anatomopatológicos, como a citopatologia e a histopatológicos da biópsia ou peça cirúrgica.³

Internação hospitalar e cirurgia

A cirurgia é o tratamento que quase sempre exige internação hospitalar, principalmente quando se trata de tumores profundos ou em regiões de difícil acesso, podendo ser realizada com dois objetivos: diagnosticar (cirurgia ou punções) e tratar; extrair o tumor e/ou realizar a biópsia; e verificar se existe metástase na proximidade. Quando nódulos linfáticos exibem invasão ou metástase, o médico cirurgião extrai esses nódulos.³ As cirurgias podem ser de dois tipos: conservadora ou radical, adequando-se ao tipo de câncer e ao estágio da doença. Na cirurgia conservadora retira-se apenas uma parte da mama. Nesse caso, a radioterapia poderá ser recomendada após a operação. Ressalte-se aqui que a descoberta precoce proporciona uma cirurgia menos agressiva. Nas cirurgias radicais, a mama é retirada por completo e, eventualmente, é extraído também o músculo peitoral.³

Quimioterapia

A quimioterapia consiste na utilização de agentes químicos isolados ou em combinação com outros tratamentos. São utilizados medicamentos que eliminam as células cancerosas que formam os tumores e metástases, com o objetivo de tratar uma doença. É um tratamento que pode até servir para diminuir o tumor e permitir que ele seja, então, extraído por meio de cirurgia.³ Os medicamentos são preparados por um farmacêutico e aplicados por uma equipe de enfermagem treinada, podendo ser administrados por várias vias de acesso, tais como:

- via endovenosa: pode ser realizada por meio de uma veia periférica (mãos ou braços) ou cateter (*port*, que é um dispositivo implantado mediante um procedimento cirúrgico simples, com anestesia local ou geral). Consiste em um compartimento colocado sob a pele, geralmente na região superior do tórax. A finalidade dele é receber os medicamentos sem necessidade de puncionar uma veia periférica;
- via intramuscular: nos braços, pernas ou nádegas;
- via subcutânea: nádegas, barriga, braços ou pernas (coxas);
- via oral: a medicação é tomada em horários definidos pelo médico, para facilitar a absorção dela.³

Radioterapia

É um tratamento que busca destruir as células do tumor por meio da irradiação de ondas de energia originadas de material radioativo, como RX, cobalto, iodo radioativo, etc. O tratamento radioterápico é feito no serviço de radioterapia de um ambulatório equipado ou de um hospital, mas não exige que o paciente seja internado especificamente para esse procedimento.³

Hormonioterapia

É um tratamento oncológico que bloqueia a produção de certos hormônios pelo corpo ou o uso de hormônios que antagonizam aquele hormônio que estimula o crescimento do tumor. Esse bloqueio hormonal pode ser realizado com medicações orais. Quando essa é a via de administração, é importante que o paciente não interrompa a medicação sem ordem médica. Outros hormônios terapêuticos são injetáveis por via muscular ou subcutânea e sua aplicação obedece a uma estratégia definida pelo médico.³

O processo terapêutico ocupacional

Pensar as ações da terapia ocupacional em contextos hospitalares implica reflexão sobre a construção histórica da profissão. Seus marcos teórico-metodológicos e seus caminhos práticos estão diretamente relacionados, de um lado, às formas de pensar/entender a ação humana e a intervenção profissional em tal ação; de outro,

às demandas do campo, ou seja, as necessidades e expectativas das diversas populações atendidas pelo terapeuta ocupacional e das instituições nas quais ele trabalha. É no confluir dessas variáveis que podemos compreender como e por que determinadas ações são propostas em determinados momentos e contextos histórico-culturais.

A história da terapia ocupacional, assim como a história da humanidade, não é algo que se constrói linear e progressivamente, mas, sim, um processo dialeticamente construído, com conflitos e constantes transformações.⁴ Contudo, na literatura específica da área, é comum o relato, numa linearidade evolucionista, de como cada teoria, fato ou personagem surgiu ao longo do tempo.

A terapia ocupacional tem por marco de seu surgimento como profissão a atuação nos grandes hospitais. As primeiras concepções e os relatos de experiências sobre o uso das ocupações como forma de tratamento apareceram nos trabalhos dos médicos, como o do alemão Herman Simon e o do norte-americano Adolph Meyer, designado ambientoterapia, que era aplicada por enfermeiras ou assistentes sociais no tratamento dos doentes mentais cronificados pela inatividade nas instituições psiquiátricas.⁵

O hospital é mais do que simplesmente uma instituição que possui grande complexidade administrativa e de serviços prestados; ele tem alcance populacional, além de relevância técnico-científica e social.

Atualmente, o campo profissional da terapia ocupacional no Brasil tem expandido acentuadamente as possibilidades de atuação e implantação de novas práticas nas instituições hospitalares. O trabalho dos terapeutas ocupacionais tem alcançado maior reconhecimento profissional e social à medida que vão sendo estabelecidas práticas terapêuticas baseadas em conhecimentos técnico-científicos mais consistentes e em relacionamentos mais estreitos e respeitosos com todos os profissionais da equipe de saúde.⁶ O que aconteceu foi uma definição mais clara do papel profissional e o estabelecimento de objetivos e metas alcançáveis a curto e a médios prazo, por meio da adaptação de metodologias e abordagens clínicas de tratamento mais voltadas ao cuidado de pacientes agudos que passam por internações hospitalares.

A nova perspectiva de assistência da terapia ocupacional no contexto hospitalar, que se volta para a importância da atuação como promotora de saúde e da qualidade de vida ocupacional, mesmo durante o período de internação hospitalar, é bastante recente. Essa tendência norteia-se pelo princípio da necessidade da manutenção não só da capacidade funcional, mas, principalmente, de um nível mais elevado de qualidade de vida, que implica maior auto-estima e melhores estados de humor e de motivação para a recuperação da saúde o mais rapidamente possível.⁷

Assim, o terapeuta ocupacional, deve construir e valorizar as relações estabelecidas entre as práticas e os diferentes fundamentos teórico-metodológicos,

relacionando-os aos princípios filosóficos e, além disso, enfatizar a importância do desenvolvimento de habilidades técnicas.

A terapia ocupacional é definida como o ramo da prática profissional na área da assistência à saúde que se ocupa do uso de atividades terapêuticas como forma de tratamento. Atua nos três níveis de atenção, por exemplo, o hospital.

O hospital é um espaço de atendimento às condições especiais do sujeito que requerem atuação diferenciada, onde convivem e se articulam diversos saberes, transitam e aglutinam-se profissionais com formação diferenciada e valores morais, religiosos, culturais, filosóficos, políticos, econômicos e sociais peculiares, expressando suas particularidades aos indivíduos internados e aos profissionais envolvidos nesse contexto.

No contexto hospitalar, experimenta-se um cotidiano muito particular, uma rotina institucional marcada pelas abordagens voltadas para as condições clínicas que determinaram a internação e que podem levar a reinternações ou a constantes idas e vindas ao atendimento ambulatorial. O sofrimento provocado pela doença, associado às imagens e representações socialmente construídas sobre o estar doente e sobre o próprio hospital, pode levar o paciente a outro tipo de sofrimento, o psíquico, permeado pelo medo, pela perda da rotina que o identifica como sujeito, pelo afastamento daqueles que reafirmam seus papéis sociais.⁵ A ruptura do cotidiano, decorrente da internação, em geral, é pouco valorizada, e espera-se que o próprio indivíduo elabore e supere os conflitos de tal condição.

Sobre o trabalho em equipe, a presença de diversos profissionais numa mesma área não garante, por si só, o desenvolvimento de um trabalho integrado. Há dificuldades para criar ações interdisciplinares, em decorrência do desafio de trabalhar com a diversidade entre os profissionais no que se refere ao modelo de assistência, abordagens técnicas e ideológicas, concepção saúde/doença.

Portanto, o processo terapêutico promove o envolvimento do paciente e de sua família no processo de tratamento, além do fornecimento de informações sobre diagnóstico, objetivos, possibilidades de tratamento e perspectivas futuras.

Com base nesse contexto é que surgiu a idéia da formação de um grupo de apoio interdisciplinar, com ênfase na terapia ocupacional, para pacientes oncológicas em tratamento quimioterápico, que será aprofundado posteriormente.

OBJETIVO

O objetivo com este trabalho é descrever a experiência da atividade grupal, com ênfase na terapia ocupacional, apontando que essa prática em contextos hospitalares leva o paciente, por meio das atividades realizadas, a atingir suas capacidades funcionais e ocupacionais

visando à autonomia e à independência nas suas atividades diárias.

MÉTODO

Para o desenvolvimento deste estudo, propôs-se realizar atividades grupais com pacientes portadoras de câncer de mama submetidas à quimioterapia antineoplásica, e, nessas ocasiões, coletar informações, por meio de observação participante, relativas à percepção do papel da terapia ocupacional como estratégia para a melhoria da qualidade de vida durante o tratamento.

As informações foram coletadas pela própria pesquisadora que, participando do grupo, registrou em um diário de campo as expressões verbalizadas pelas pacientes relativas às práticas terapêuticas ocupacionais.

As informações coletadas foram descritas na forma de relato de caso. A reunião do grupo ocorreu uma vez por semana, com uma equipe interdisciplinar, na sala de quimioterapia, onde as pacientes receberam orientações e realizaram atividades terapêuticas, a fim de facilitar o entendimento do câncer e melhorar a qualidade de vida.

A pesquisa foi realizada por meio de estudo de campo, no local de trabalho da autora, Hospital Dr. Helio Angotti, e justificou-se por identificar as necessidades de terapia ocupacional de pacientes portadoras de câncer de mama submetidas à quimioterapia antineoplásica durante a doença, apontar para cada paciente suas capacidades para desenvolver atividades e otimizar a assistência prestada a pacientes que recebem quimioterapia.

Foi solicitada e obtida autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, bem como autorização da Instituição Hospitalar citada e das pacientes, para desenvolvimento do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um dos pressupostos da terapia ocupacional é que o fazer, a ação, pode exercer efeito terapêutico sobre seu agente. Outro pressuposto é que "fazer junto" facilita a ação e/ou lhe dá outros sentidos.⁸

O uso de atividades feitas em ambiente grupal acompanha o desenvolvimento da própria história da Terapia Ocupacional.

No grupo de apoio, o terapeuta ocupacional, além de coordenador, assume papel significativo, sendo o facilitador de momentos em que for estimulada a autoestima e o autoconceito.

No desenvolvimento deste estudo, os momentos de terapia ocupacional foram realizados em períodos diversificados, quando foram compostas as atividades descritas abaixo.

- *Apresentação*: teve a finalidade de motivar a participação e a interação das participantes do grupo.

Foi realizada a dinâmica dos crachás. Os nomes de todas as participantes, depois de registrados, foram colocados em crachás e distribuídos aleatoriamente. Cada participante se dirigia ao centro de um círculo e chamava a pessoa cujo nome estava escrito no crachá, a participante se apresentava e chamava a pessoa seguinte, e assim sucessivamente. Percebeu-se que, inicialmente, houve receio entre elas, mas todas participaram da dinâmica. Ao final, foi realizada uma técnica de relaxamento, proporcionando maior bem-estar ao grupo.

- *Minha bandeira pessoal*: para o desenvolvimento dessa dinâmica foram distribuídas canetas coloridas e folhas de papel, divididas em quatro quadrantes numerados. No primeiro quadrante, a paciente expressou a maior conquista de sua vida até o momento; no segundo, o que considerava mais importante em sua vida; no terceiro, colocou uma atividade prazerosa realizada por ela; e no quarto, o maior sonho dela. Ao término da atividade, pediu-se a cada participante que dissesse o significado do seu desenho. Essa técnica teve por finalidade incentivar o relacionamento interpessoal do grupo e exteriorizar sentimentos relacionados ao câncer de mama.

Significados obtidos com a experiência

A realização das atividades procedeu-se de forma a ser estabelecido um ambiente agradável, descontraído e, dentro do possível, aconchegante, não só nos momentos de terapia ocupacional, mas em todos os momentos do grupo.

A experiência, do ponto de vista da terapeuta ocupacional, revelou e vem revelando, já que o grupo continua acontecendo, informações muito importantes da vida de cada paciente que serão analisados a seguir, em relação à dinâmica *Minha bandeira pessoal*.

No primeiro quadrante, pôde-se perceber, pelas falas das participantes, que as maiores conquistas da vida delas são: Deus, a própria vida, o amor e a saúde, expressos como:

Ter coração bom para amar todo mundo e ter saúde. (A A)

Estar aqui boa e viva. (E B)

Sou uma vitoriosa, tenho saúde. (S G).

A descrição do segundo quadrante expressou sentimentos relacionados à perda e à morte, o que faz com que elas procurem amparo na religiosidade. Refletindo sobre os sentimentos dessas pacientes, percebe-se que a espiritualidade, a confiança no ser superior foi muito significativa. Nota-se a fé como sustentáculo, apoio indispensável para segurança, estímulo para continuidade do tratamento e controle das estratégias a fim de desenvolver as atividades do cotidiano.

Ter saúde e Deus no coração. (E B)

Fé em Deus. (S G)

A fé, minha saúde e a família. (A A).

No desenvolvimento do terceiro quadrante, quando as participantes foram questionadas sobre as atividades que fazem prazerosamente, pôde-se observar, pelas falas a seguir, que se sentiram felizes em relatar suas principais atividades, mesmo informando que algumas dessas atividades envolvem esforços e limitações.

Percebe-se que para essas pacientes os trabalhos manuais passam a ser considerados de grande valor. Vê-se aí a importância da terapia ocupacional em reduzir sentimentos de incertezas e inseguranças nesse processo de quimioterapia. Vale ressaltar que essas atividades conduzem a novos relacionamentos sociais, incluindo famílias, amigos, profissionais de saúde e grupos sociais que as ajudam durante o processo que estão vivendo. Essas atividades tomam dimensão prazerosa na vida dessas mulheres, visto que contribuem para reinserção em atividades sociais, especialmente no trabalho, desenvolvendo nelas a auto-realização adiante da experiência de ter uma ocupação.

Gosto de fazer bijuterias e costurar. (E B)

Gosto de ler, porque não posso fazer esforço. (S G)

Gosto de trabalhos manuais. (A A).

Na realização do quarto e último quadrante, foi notório que o maior sonho é aquele relacionado à cura do câncer de mama – a cura da doença. Outro aspecto percebido esteve relacionado a ter uma casa própria ou algum dinheiro para proporcionar segurança e bem-estar. Ao falar de sonho, nota-se que este está relacionado à independência, incluindo o aspecto do autocuidado. Tais fatos encontram-se nas seguintes falas:

Quero ser curada e possuir minha casa própria. (E B)

Eu sonho é ter meu cantinho e ficar boa. (S G)

Minha realização está em conseguir minha aposentadoria. (A A)

A realização das atividades procedeu-se de forma a ser estabelecido um ambiente agradável, descontraído e aconchegante. No grupo, durante a realização das atividades, foram reveladas informações muito importantes da vida de cada pessoa e dos depoimentos foram extraídos significados que foram discutidos e analisados.

CONSIDERAÇÕES

A inserção da terapia ocupacional nos contextos hospitalares não é algo novo. Ao longo da história da profissão, os enfoques terapêuticos e os papéis do terapeuta ocupacional e do hospital vêm ocupando lugar na sociedade.

Como membro de uma equipe multiprofissional, o terapeuta ocupacional precisa ocupar seu espaço no contexto hospitalar desenvolvendo ações consistentes e pertinentes às novas diretrizes que as instituições vêm assumindo, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Foi pensando nessas ações que surgiu a idéia do grupo e de desenvolver este estudo.

Com base no desenvolvimento deste estudo, percebe-se que, durante o desenvolvimento das atividades do grupo, houve efetiva participação das pacientes, tanto na primeira atividade quanto na segunda. Observou-se grande interesse das mulheres na iniciativa, evidenciado pelos depoimentos sobre os sentimentos relacionados à doença, aos valores e às crenças. Percebeu-se a grande importância que tem para essas

mulheres um grupo de apoio que possibilite a criação e o desenvolvimento de habilidades e potenciais.

Percebeu-se, também, a necessidade de interação social e de convivência com outras mulheres com o mesmo problema, visto ser uma forma de tornar público o que era privado e, conseqüentemente, compartilhar sofrimentos, sonhos idéias e esperanças, o que vem favorecer a elevação da auto-estima e da auto-realização.

Constatou-se, enfim, que essas mulheres, por vivenciarem nova situação, necessitam buscar novas estratégias de ação. Nessa busca, elas precisam acreditar no que vão fazer, atentar para a repercussão na vida delas, para que reorganizem seus sentimentos e valores e busquem opções de ação no sentido de favorecer suas adaptações diante de situações novas.

REFERÊNCIAS

1. Herzberg V, Ferrari CLS. Tenho câncer e agora. São Paulo: Editora da Associação Brasileira do Câncer; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre câncer de mama. Rio de Janeiro; 2006. [Citado em 07 maio 2007]. Disponível em: www.inca.gov.br
3. Fundação Oncoguia. Manual para o paciente com câncer. São Paulo; 2006. [Citado em 07 maio 2007]. Disponível em: www.oncoguia.com.br
4. Rodrigues JRP. Fatores prognósticos em câncer de mama em mulheres pré e pós menopausa [tese de doutoramento]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 1997.
5. Prado de Carlo MMR, Luzo MC. Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca; 2004.
6. Prado de Carlo MMR, Bartolotti CC. Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus; 2001.
7. Neistadt ME, Crepeau EB. Terapia ocupacional. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 2002.
8. Francisco BR. Terapia ocupacional. Campinas: Papyrus; 2001.

Data de submissão: 3/9/2007

Data de aprovação: 12/2/2008

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:

- protocolados, registrados em base de dados para controle;
- 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;
- 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;
- 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.
- 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/bsscm/vancouver.html>>

em espanhol: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

em inglês: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o “Journals Database” – Medline/Pubmed, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> ou com o CCN – Catálogo Coletivo Nacional, do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), disponível em: <<http://www.ibict.br>>

As **ilustrações** devem ser apresentadas em preto & branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993. Em cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas**, grandezas, símbolos e unidades devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Os **agradecimentos** devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências.

5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e declaração de colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME. (Modelos disponíveis em www.enf.ufmg.br/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:

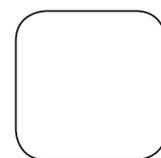
At/REME – Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte
CEP: 30130-100 Belo Horizonte-MG – Brasil – Telefax.: 55(31) 3409-9876
E-mail: reme@enf.ufmg.br

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 Director evaluate and decide to accept the article without alterations, refuse or return to the authors, suggesting alterations. Each copy is always reviewed by the General Editor or the Executive Director who are responsible for final approval.

4. LAYOUT OF MANUSCRIPTS

4.1 GRAPHICAL LAYOUT

Manuscripts are to be submitted on diskette or CD-ROM in Word for Windows, version 6.0 or higher, Times New Roman normal, size 12, space 1.5, printed on standard ISO A4 paper (212 x 297 mm), margins 2.5 mm, limited to 20 pages, including preliminary pages, texts, acknowledgement, references and illustrations.

4.2 PARTS OF THE MANUSCRIPTS

Each manuscript should have the following structure and order, whenever relevant:

REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 – 103

a) Preliminary pages:

Page 1: title and subtitle – in Portuguese, English and Spanish. Authors: full name, profession, qualifications, position and institution, postal and electronic address of the author responsible for correspondence. Indication of paper category: Research, Review of Theory, Report of Experience, Critical Reflection/Essay.

Page 2: Title of article in Portuguese; Resumo e palavras-chave; Abstract and key-words; Resúmen 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/bsscsm/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 Director Ejecutivo los evalúan y optan por la aceptación del artículo sin modificaciones, por su rechazo o por su devolución a los autores con sugerencias de modificaciones. El Editor General y/o el Director Ejecutivo, a cargo de la aprobación final, siempre analizan todas las versiones.

4. SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

4.1 PRESENTACIÓN GRÁFICA

Los manuscritos deberán enviarse grabados en disquete o CD-ROM, programa “Word for Windows”, versión 6.0 ó superior, letra “Times New Roman”, estilo normal, tamaño 12, digitalizados en espacio 1,5 entre líneas, en dos copias impresas en papel estándar ISO A4 (212x 297mm), con márgenes de 25mm, modelo A4, limitándose a 20 carillas incluyendo páginas preliminares, texto, agradecimientos, referencias, tablas, notas e ilustraciones. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 106

4.2 LAS PARTES DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán tener la siguiente estructura y orden, cuando fuere pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título y subtítulo en idiomas portugués, inglés y español; Autor(es)- nombre completo, profesión, título, cargo, función e institución; dirección postal y electrónica del autor responsable para correspondencia; Indicación de la categoría del artículo: investigación, revisión teórica, relato de experiencia, artículo reflexivo/ensayo.

Página 2: Título del artículo en portugués; Resumen y palabras clave. Las palabras clave (de tres a seis) deberán indicarse en conformidad con el DECS – Descriptores en ciencias de la salud /BIREME), disponible en: <http://decs.bvs.br/>.

El resumen deberá constar de hasta 250 palabras, con espacio simple en letra de tamaño 10.

Página 3: a partir de esta página se presentará el contenido del manuscrito precedido del título en portugués que incluye:

- b)** Texto: – introducción;
 - desarrollo (material y método o descripción de la metodología, resultados, discusión y/o comentarios);
 - conclusiones o consideraciones finales;
- c)** Agradecimientos (opcional);
- d)** Referencias como se especifica en el punto 4.3;
- e)** Anexos, si fuere necesario.

4.3 SOBRE LA NORMALIZACIÓN DE LOS MANUSCRITOS:

Para efectos de normalización se adoptarán los Requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma se encuentra de forma integral en las siguientes direcciones:

En portugués: <http://www.bu.ufsc.br/bsscsm/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 Tecnología, 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)



reme

Revista Mineira de Enfermagem
Nursing Journal of Minas Gerais
Revista de Enfermería de Minas Gerais

ASSINATURA ANUAL 2008 | ANNUAL SUBSCRIPTION 2008 | SUSCRIPCIÓN ANUAL 2007

Nome / Name / Nombre: _____

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: _____

Empresa / Company / Empresa: _____

Categoria Profissional / Occupation / Profesión: _____

Data / Date / Fecha: ____/____/____/

Assinatura / Signature / Firma: _____

Remeter Ficha de Assinatura, acompanhada de cópia do comprovante de depósito bancário, para:

Send your subscription to:

Enviar la inscripción a:

ESCOLA DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

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

BANCO DO BRASIL

Agência / Branch Number / Sucursal Número: 1615-2

Conta / Bank Account / Cuenta de Banco: 480109-1

Individual: R\$100,00 () US\$80,00 ()

Institucional: R\$150,00 () US\$100,00 ()

Código identificador / Identification code / Clave de identificación: 4828011

Periodicidade Trimestral / Every Quarter / Periodicidad Trimestral

