

# *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev Rene* *Northeastern Brazil Nursing Network Journal*

Rev. Rene, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 1-206, jul./set.2010

Publicação da Rede de Enfermagem do Nordeste/Departamento de Enfermagem/UFC

A **Rede de enfermagem do Nordeste – RENE** foi criada em 24 de novembro de 1994, através do “Termo Aditivo ao Convênio de Protocolo de Integração do Nordeste – PINE”, assinado pelos Reitores das Universidades Federais, Estaduais e particulares do Nordeste do Brasil, e visa contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem da Região Nordeste, objetivando o fortalecimento do ensino, da pesquisa e da extensão; apoiar o desenvolvimento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para a Região Nordeste – PROPREENE.

## **Rede de Enfermagem do Nordeste — RENE**

**PÓLO I** – Ceará, Maranhão e Piauí

**PÓLO II** – Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco

**PÓLO III** – Bahia, Alagoas, Sergipe

## **Comissão de Editoração/*Publishing Committee***

### **Presidente/*President:***

Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso/UFC

### **Vice-Presidente/*Vice-President:***

Lorita Marlena Freitag Pagliuca/UFC

### **Membros/*Members:***

Ana Fátima Carvalho Fernandes/UFC

Raimunda Magalhães da Silva/UNIFOR

Escolástica Rejane Ferreira Moura/ UFC

Maria de Nazaré de Oliveira Fraga/ UFC

### **Secretaria/*Secretary***

Luana Monteiro

### **Bibliotecária/*Librarian***

Norma de Carvalho Linhares

### **Diagramação/*Layout***

Carlos Alberto Alexandre Dantas

### **Capa/*Cover***

Geraldo Jesuino da Costa

## **Conselho Editorial/*Editorial Board***

Alejandrina Aratia Figueroa

Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Emília Campos de Carvalho

Universidade de São Paulo, Brasil

Lídia Aparecida Rossi

Universidade de São Paulo, Brasil

Marga Simon Coler

University of Connecticut, Estados Unidos

Maria Miriam Lima da Nóbrega

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Maria Salete Bessa Jorge

Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Marjorie MacDonald

University of Victoria, Canadá

Marli Teresinha Gimeniz Galvão

Universidade Federal do Ceará, Brasil

Virginia Ellen Hayes

University of Victoria, Canadá

Wilson Correia de Abreu

Universidade de Lisboa, Portugal

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Universidade de Fortaleza, Brasil

## Indexação/Indexation

A **Rev Rene** é indexada nas seguintes bases de dados/ *Rev Rene is indexed in the following databases:*

### Internacionais/International

CUIDEN – Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index - www.index-f.com

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - www.bireme.ops.oms.org

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature - www.cinahl.com

PERIÓDICA – Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

### Nacionais/National

BDENF – Base de Dados em Enfermagem

BVSE – Biblioteca Virtual de Saúde – Enfermagem



A **Rev Rene** é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)/ *Rev Rene is affiliated to the Brazilian Association of Scientific Editors – ABEC*

– Os artigos publicados na *Rev Rene* são de inteira responsabilidade dos autores/ *Articles published by Rev Rene are the author's sole responsibility.*

– Proibida a reprodução, mesmo que parcial, sem a devida autorização do Editor. Proibida a utilização para fins comerciais de matéria publicada/ *Copyright© – Federal University of Ceará. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted now or hereafter known, electronic or mechanical.*

– Revista Arbitrada/ *Peer Reviewed Journal*

### Tiragem/Number of issues

700 exemplares

### Endereço/Address

Universidade Federal do Ceará

Departamento de Enfermagem

Rede de Enfermagem do Nordeste

Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo

60430-160 – Fortaleza-CE – Brasil

Fone/Fax: 55 85 3366.8453

E-mail: rene@ufc.br

Site: www.revistarene.ufc.br

Rev. Rene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 1, n. 1, 2000. — Fortaleza (CE):  
Rede de Enfermagem do Nordeste, 2000 —

v. 1-4 semestral

v. 5-8 quadrimestral

v. 9- trimestral

ISSN 1517-3852

1. Enfermagem – Periódicos. I. Rede de Enfermagem do Nordeste.

CDD 616-7309813

# Sumário

## **EDITORIAL**

### **2010 - ANO DE COMEMORAÇÕES DA ENFERMAGEM**

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO

13

## **ARTIGOS ORIGINAIS**

### **CARACTERIZAÇÃO DE CASOS DE HOMICÍDIO EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO: 2003 A 2007**

TÂNIA SILVA CARVALHO

KÉLCIA KALLYNY SANTANA DOS SANTOS

ADILMA DE SOUSA FERREIRA

ADÉLIA DAIVA DA SILVA OLIVEIRA

TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO

ADRIANA DA CUNHA MENEZES PARENTE

19

### **REALIZAÇÃO DE EXAMES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO: PROMOVENDO SAÚDE EM INSTITUIÇÃO ASILAR**

CAMILA CHAVES DA COSTA

LYDIA VIEIRA FREITAS

LEVÂNIA MARIA BENEVIDES DIAS

THÁIS MARQUES LIMA

ANA KELVE DE CASTRO DAMASCENO

ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO

27

### **CARACTERÍSTICAS DA FEBRE REUMÁTICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CONVIVENDO COM A DOENÇA**

ICLEIA PARENTE RODRIGUES

MARIA VERACI OLIVEIRA QUEIROZ

EDNA MARIA CAMELO CHAVES

36

### **SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E SUA RELAÇÃO COM A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO**

AMANDA NATHALE SOARES

BELISA VIEIRA DA SILVEIRA

AMANDA MÁRCIA DOS SANTOS REINALDO

47

### **IMAGINÁRIO DE MÃES DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL: UM IDEAL DE SUPERAÇÃO**

QUITÉRIA CLARICE MAGALHÃES CARVALHO

VIOLANTE AUGUSTA BATISTA BRAGA

MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO

57

**PERCEPÇÕES DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIV/AIDS**

BETINA HORNER SCHLINDWEIN MEIRELLES  
DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA  
FERNANDA MENEGHELLO ARZUAGA VIEIRA  
SABRINA DA SILVA DE SOUZA  
ISABELA ZENI COELHO  
RAFAELA BATISTA

68

**ABORDAGEM GRUPAL NA PREVENÇÃO DA AIDS: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE JOVENS DE FORTALEZA**

THIAGO MOURA DE ARAÚJO  
NEIVA FRANCENEY CUNHA VIERA  
MÁRCIO FLÁVIO MOURA DE ARAÚJO  
PATRÍCIA NEYVA DA COSTA PINHEIRO

77

**COMPETÊNCIAS PARA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: AUTOAVALIAÇÃO DE DISCENTES CONCLUINTE DO CURSO DE GRADUAÇÃO**

WILMA DIAS DE FONTES  
ORIANA DEYZE CORREIA PAIVA LEADEBAL  
JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA

86

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES ACERCA DAS ATITUDES DO COMPANHEIRO DIANTE DA SUA AUSÊNCIA NO PRÉ-NATAL**

FLÁVIO CÉSAR BEZERRA DA SILVA  
ROSINEIDE SANTANA DE BRITO

95

**PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ADOLESCÊNCIA NA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

INGRID NÉPOMUCENO BEZERRA QUEIROZ  
MARIA CECÍLIA FREITAS CESARINO DOS SANTOS  
MARIA DE FÁTIMA ANTERO DE SOUSA MACHADO  
MARIA DO SOCORRO VIEIRA LOPES  
CARMEM CEMIREs CAVALCANTE COSTA

103

**ESTUDO DAS INDICAÇÕES DE PARTO CESÁREO EM PRIMIGESTAS NO MUNICÍPIO DE BARBALHA-CEARÁ**

DAYANNE RAKELLY DE OLIVEIRA  
MOZALINA KELLY PEREIRA CRUZ

114

**AVLIAÇÃO DE USUÁRIOS SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE UM PRONTO SOCORRO**

MAYCON ROGÉRIO SELEGHIM  
JÉSSICA ADRIELLE TEIXEIRA  
LAURA MISUE MATSUDA  
KELLY CRISTINA INOUE

122

**CUIDADO PERIOPERATÓRIO SOB O OLHAR DO CLIENTE CIRÚRGICO**

GIOVANA DORNELES CALLEGARO  
MARIA APARECIDA BAGGIO  
KEYLA CRISTIANE DO NASCIMENTO  
ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

132

**TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA**

GILMARA HOLANDA DA CUNHA  
MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA LOPES  
ISMENIA OSÓRIO LEITE

143

**CONHECIMENTO DA FAMÍLIA SOBRE OS FATORES PRECIPITANTES DA CRISE ASMÁTICA NA CRIANÇA**

JOSELANY ÁFIO CAETANO  
MARIA ALZETE DE LIMA  
ENEDINA SOARES  
MAIRA DI CIERO MIRANDA

153

**PROMOÇÃO DA SAÚDE ÀS GENITORAS DE BEBÊS PREMATUROS: AÇÃO DA ENFERMAGEM NA ALTA HOSPITALAR**

ANAILZA DE SOUZA DUARTE  
WILLYS DA SILVA SANTOS  
LEIDE DAYANE BARBOSA DA SILVA  
JOSEPH DIMAS DE OLIVEIRA  
KARLA JIMENA ARAÚJO DE JESUS SAMPAIO

162

**ARTIGOS DE REVISÃO**

**TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL**

TATIANA MARIA MELO GUIMARÃES DOS SANTOS  
NALDIANA CERQUEIRA SILVA  
LÍDYA TOLSTENKO NOGUEIRA  
LÍLIAN MACHADO VILARINHO  
GEANDRA BATISTA LIMA NUNES

171

**ESTUDOS SOBRE O CUIDADO À FAMÍLIA DO CLIENTE HOSPITALIZADO: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM**

GLAUCIA VALENTE VALADARES  
RAQUEL SILVA DE PAIVA

180

# Summary

## **EDITORIAL**

### **2010 - YEAR OF CELEBRATION OF NURSING**

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO

15

## **ORIGINAL ARTICLES**

### **CHARACTERIZATION OF HOMICIDES WHICH OCCURRED IN A CAPITAL OF A STATE OF BRAZILIAN NORTHEAST: 2003 TO 2007**

TÂNIA SILVA CARVALHO

KÉLCIA KALLYNY SANTANA DOS SANTOS

ADILMA DE SOUSA FERREIRA

ADÉLIA DALVA DA SILVA OLIVEIRA

TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO

ADRIANA DA CUNHA MENEZES PARENTE

19

### **PERFORMANCE OF TESTS TO PREVENT CERVICAL CANCER: PROMOTING HEALTH NURSING HOME CAMILA CHAVES DA COSTA**

LYDIA VIEIRA FREITAS

LEVÂNIA MARIA BENEVIDES DIAS

THÁIS MARQUES LIMA

ANA KEIVE DE CASTRO DAMASCENO

ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO

27

### **CHARACTERISTICS OF RHEUMATIC FEVER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH THE DISEASE ICLEIA PARENTE RODRIGUES**

MARIA VERACI OLIVEIRA QUEIROZ

EDNA MARIA CAMELO CHAVES

36

### **MENTAL HEALTH SERVICES AND THEIR RELATION WITH NURSING EDUCATION**

AMANDA NATHALE SOARES

BELISA VIEIRA DA SILVEIRA

AMANDA MÁRCIA DOS SANTOS REINALDO

47

### **MENTAL SET OF MOTHERS OF SEXUALLY ABUSED CHILDREN: AN IDEAL FOR OVERCOMING**

QUITÉRIA CLARICE MAGALHÃES CARVALHO

VIOLANTE AUGUSTA BATISTA BRAGA

MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO

57

**PERCEPTIONS OF LIFE QUALITY OF PEOPLE WITH HIV/AIDS**

BETINA HORNER SCHLINDWEIN MEIRELLES  
DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA  
FERNANDA MENEGHELLO ARZUAGA VIEIRA  
SABRINA DA SILVA DE SOUZA  
ISABELA ZENI COELHO  
RAFAELA BATISTA

68

**GROUP APPROACH IN AIDS PREVENTION: ANALYSIS OF KNOWLEDGE OF YOUNG PEOPLE FROM FORTALEZA**

THIAGO MOURA DE ARAÚJO  
NEIVA FRANGENELY CUNHA VIERA  
MÁRCIO FLÁVIO MOURA DE ARAÚJO  
PATRÍCIA NEYVA DA COSTA PINHEIRO

77

**COMPETENCES FOR THE APPLICATION OF THE NURSING PROCESS: SELF-EVALUATION OF THE STUDENTS THAT ARE COMPLETING THE REQUIREMENTS FOR THE UNDERGRADUATION COURSE**

WILMA DIAS DE FONTES  
ORIANA DEYZE CORREIA PAIVA LEADEBAL  
JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA

86

**PREGNANT WOMEN'S PERCEPTION CONCERNING PARTNERS' ABSENCE DURING PRE-NATAL CARE**

FLÁVIO CÉSAR BEZERRA DA SILVA  
ROSINEIDE SANTANA DE BRITO

95

**FAMILY PLANNING IN ADOLESCENCE IN THE PERCEPTION OF NURSES OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY**

INGRID NEPOMUCENO BEZERRA QUEIROZ  
MARIA CECÍLIA FREITAS CESARINO DOS SANTOS  
MARIA DE FÁTIMA ANTERO DE SOUSA MACHADO  
MARIA DO SOCORRO VIEIRA LOPES  
CARMEM CEMIREs CAVALCANTE COSTA

103

**STUDY OF THE INDICATIONS FOR CESAREAN DELIVERY IN PRIMIPAROUS IN BARBALHA-CEARÁ**

DAYANNE RAKELLY DE OLIVEIRA  
MOZALINA KELLY PEREIRA CRUZ

114

**USER'S EVALUATION ABOUT QUALITY OF THE SERVICE IN EMERGENCY CARE UNIT**

MAYCON ROGÉRIO SELEGHIM  
JÉSSICA ADRIELLE TEIXEIRA  
LAURA MISUE MATSUDA  
KELLY CRISTINA INOUE

122

**PRE-OPERATORY CARE FROM THE SURGICAL CLIENT PERSPECTIVE**

GIOVANA DORNELES CALLEGARO  
MARIA APARECIDA BAGGIO  
KEYLA CRISTIANE DO NASCIMENTO  
ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

132

**PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF THE ARTERIAL HYPERTENSION IN CORONARY INTENSIVE CARE UNIT**

GILMARA HOLANDA DA CUNHA  
MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA LOPES  
ISMENIA OSÓRIO LEITE

143

**FAMILY KNOWLEDGE ABOUT PRECIPITATING FACTORS OF ASTHMATIC CRISIS IN CHILDREN**

JOSELANY ÁFIO CAETANO  
MARIA ALZETE DE LIMA  
ENEDINA SOARES  
MAIRA DI CIERO MIRANDA

153

**HEALTH PROMOTION TO MOTHERS OF PRETERM INFANTS: NURSING ACTION IN HOSPITAL DISCHARGE**

ANAILZA DE SOUZA DUARTE  
WILLYS DA SILVA SANTOS  
LEIDE DAYANE BARBOSA DA SILVA  
JOSEPH DIMAS DE OLIVEIRA  
KARLA JIMENA ARAÚJO DE JESUS SAMPAIO

162

**REVISION ARTICLES**

**TRENDS OF SCIENTIFIC PRODUCTION ON HEALTH ASSESSMENT IN BRAZIL**

TATIANA MARIA MELO GUIMARÃES DOS SANTOS  
NALDIANA CERQUEIRA SILVA  
LÍDYA TOLSTENKO NOGUEIRA  
LÍLIAN MACHADO VILARINHO  
GEANDRA BATISTA LIMA NUNES

171

**STUDIES ON THE CARE OF THE HOSPITALIZED CLIENT'S FAMILY: CONTRIBUTIONS TO NURSING**

GLAUCIA VALENTE VALADARES  
RAQUEL SILVA DE PAIVA

180



# Sumario

## **EDITORIAL**

### **2010 — AÑO DE CONMEMORACIONES DE LA ENFERMERÍA**

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO

17

## **ARTÍCULOS ORIGINALES**

### **CARACTERIZACIÓN DE CASOS DE HOMICIDIO EN UNA CAPITAL DEL NORESTE BRASILEÑO: 2003 A 2007**

TÂNIA SILVA CARVALHO

KÉLCIA KALLYNY SANTANA DOS SANTOS

ADILMA DE SOUSA FERREIRA

ADÉLIA DAIVA DA SILVA OLIVEIRA

TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO

ADRIANA DA CUNHA MENEZES PARENTE

19

### **REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS PARA PREVENIR EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO: FOMENTO DE LA SALUD EN HOGAR DE ANCIANOS**

CAMILA CHAVES DA COSTA

LYDIA VIEIRA FREITAS

LEVÂNIA MARIA BENEVIDES DIAS

THAÍS MARQUES LIMA

ANA KELVE DE CASTRO DAMASCENO

ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO

27

### **CARACTERÍSTICAS DE LA FIEBRE REUMÁTICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: CONVIVIENDO CON LA ENFERMEDAD**

ICLEIA PARENTE RODRIGUES

MARIA VERACI OLIVEIRA QUEIROZ

EDNA MARIA CAMELO CHAVES

36

### **SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN DEL ENFERMERO**

AMANDA NATHALE SOARES

BELISA VIEIRA DA SILVEIRA

AMANDA MÁRCIA DOS SANTOS REINALDO

47

### **IMAGINARIO DE MADRES DE NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL: UN IDEAL DE SUPERACIÓN**

QUITÉRIA CLARICE MAGALHÃES CARVALHO

VIOLANTE AUGUSTA BATISTA BRAGA

MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO

57

**PERCEPCIONES DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA**

BETINA HORNER SCHLINDWEIN MEIRELLES  
DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA  
FERNANDA MENEGHELLO ARZUAGA VIEIRA  
SABRINA DA SILVA DE SOUZA  
ISABELA ZENI COELHO  
RAFAELA BATISTA

68

**ENFOQUE GRUPAL EN LA PREVENCIÓN DEL SIDA: ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO SOBRE SIDA DE LOS JÓVENES DE FORTALEZA**

THIAGO MOURA DE ARAÚJO  
NEIVA FRANCENELY CUNHA VIERA  
MÁRCIO FLÁVIO MOURA DE ARAÚJO  
PATRÍCIA NEYVA DA COSTA PINHEIRO

77

**COMPETENCIAS PARA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: AUTOEVALUACIÓN DE ALUMNOS CONCLUYENTES DEL CURSO DE LICENCIATURA**

WILMA DIAS DE FONTES  
ORIANA DEYZE CORREIA PAIVA LEADEBAL  
JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA

86

**PERCEPCIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS CUANTO A LAS ACTITUDES DEL COMPAÑERO CON RESPECTO A SU AUSENCIA EN EL PRENATAL**

FLÁVIO CÉSAR BEZERRA DA SILVA  
ROSINEIDE SANTANA DE BRITO

95

**PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERAS DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA**

INGRID NEPOMUCENO BEZERRA QUEIROZ  
MARIA CECÍLIA FREITAS CESARINO DOS SANTOS  
MARIA DE FÁTIMA ANTERO DE SOUSA MACHADO  
MARIA DO SOCORRO VIEIRA LOPES  
CARMEM CEMIRES CAVALCANTE COSTA

103

**ESTUDIO DE LAS INDICACIONES DE PARTO POR CESÁREA EN PRIMIGESTAS EN EL MUNICIPIO DE BARBALHA-CEARÁ**

DAYANNE RAKELLY DE OLIVEIRA  
MOZALINA KELLY PEREIRA CRUZ

114

**EVALUACIÓN DE USUARIOS SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE UN HOSPITAL DE URGENCIAS**

MAYCON ROGÉRIO SELEGHIM  
JÉSSICA ADRIELLE TEIXEIRA  
LAURA MISUE MATSUDA  
KELLY CRISTINA INOUE

122

**CUIDADO PREOPERATORIO BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL CLIENTE QUIRÚRGICO**

GIOVANA DORNELES CALLEGARO  
MARIA APARECIDA BAGGIO  
KEYLA CRISTIANE DO NASCIMENTO  
ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

132

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS**

GILMARA HOLANDA DA CUNHA  
MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA LOPES  
ISMENIA OSÓRIO LEITE

143

**CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA SOBRE LOS FACTORES DESENCADENANTES DE LA CRISIS ASMÁTICA EN EL NIÑO**

JOSELANY ÁFIO CAETANO  
MARIA ALZETE DE LIMA  
ENEDINA SOARES  
MAIRA DI CIERO MIRANDA

153

**PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LAS MADRES DE BEBÉS PREMATUROS: ACCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ALTA HOSPITALARIA**

ANAILZA DE SOUZA DUARTE  
WILLYS DA SILVA SANTOS  
LEIDE DAYANE BARBOSA DA SILVA  
JOSEPH DIMAS DE OLIVEIRA  
KARLA JIMENA ARAÚJO DE JESUS SAMPAIO

162

**ARTÍCULOS DE REVISIÓN**

**TENDENCIAS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE EVALUACIÓN EN LA SALUD EN BRASIL**

TATIANA MARIA MELO GUIMARÃES DOS SANTOS  
NALDIANA CERQUEIRA SILVA  
LÍDYA TOLSTENKO NOGUEIRA  
LÍLIAN MACHADO VILARINHO  
GEANDRA BATISTA LIMA NUNES

171

**ESTUDIOS SOBRE LA ATENCIÓN A LA FAMILIA DEL CLIENTE HOSPITALIZADO: CONTRIBUCIONES PARA LA ENFERMERÍA**

GLAUCIA VALENTE VALADARES  
RAQUEL SILVA DE PAIVA

180



# EDITORIAL

## 2010 - ANO DE COMEMORAÇÕES DA ENFERMAGEM



ano de 2010 é reconhecido como o Ano Internacional da Enfermagem em comemoração ao centenário de morte de Florence Nightingale (1820-1910), ilustre figura que enaltece a história da Enfermagem Moderna. Florence demonstrou seu pensamento diferenciado frente à atuação do enfermeiro em uma visão mais crítica, com contribuições albergadas em todo o mundo.

Aliados a esta comemoração que deve ser amplamente divulgada, nós, enfermeiros, temos a responsabilidade de contribuir com a promoção da saúde brasileira e mundial, unindo-se ao pensamento, ao movimento e a estratégias de ação junto aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), advindos de decisões das reuniões da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, quando líderes mundiais assumiram o compromisso de melhorar a saúde mundial até 2015.

Os temas que integram os ODM incluem problemáticas que são visivelmente conhecidas, principalmente em países em desenvolvimento e aqueles considerados muito pobres, como parte da África. Em seu conjunto, os objetivos perseguidos envolvem erradicar a extrema pobreza e a fome, atingir o ensino básico universal, promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade materna e infantil, combater o HIV/AIDS, malária e outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o Desenvolvimento. Ressalta-se que a pobreza é um fenômeno social e econômico complexo que envolve um conjunto de deficiências de renda, sua redução é determinada pela combinação do crescimento econômico e diminuição da desigualdade social<sup>(1)</sup>.

Percebemos que a Enfermagem, como uma disciplina que trabalha “com e para o ser humano”, buscando sempre pautar suas atividades na promoção da saúde e prevenção de doenças, assume papel agregador na luta pela melhoria do desenvolvimento mundial. Sendo assim, a Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev Rene que em 2010 comemora seus 10 anos de existência e contribuição para a Ciência da Enfermagem, tem se preocupado em publicar assuntos relevantes e em consonância com as Metas do Milênio. Neste Número, destaca-se a publicação de temáticas como qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS, Planejamento familiar, adolescentes, prevenção de câncer de colo uterino, violência contra a mulher, cuidados com a criança, entre outros. Portanto, nossa meta é continuar alcançando voos cada vez mais elevados e poder melhorar a cada dia primando pela evolução da Enfermagem, de modo a fortalecer sua inserção social.

*Prof<sup>ta</sup> Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso*

Presidente da Comissão de Editoração da Rev Rene

### Referência

1. Marziale MHP, Mendes IAC. Pobreza e desenvolvimento humano: estratégias globais. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(n. spe.):709-12.



# EDITORIAL

## 2010 - YEAR OF CELEBRATION OF NURSING

The year 2010 is recognized as the International Year of Nursing in celebration of the centenary of the death of Florence Nightingale (1820-1910), renowned figure who emphasized the history of Modern Nursing. Florence showed her differentiated thinking concerning the nurse's performance in a more critical view, with highlighted contributions around the world.

Along with this celebration that should be widely disseminated, we nurses have a responsibility to contribute with the promotion of health in Brazil and worldwide, joining the thought, movement and action strategies with the Millennium Development Goals (MDGs), arising from decisions of the meetings of the United Nations (UN) in 2000, when world leaders were committed to improve health worldwide up to the year 2015.

The themes that integrate the MDGs include issues which are clearly known, especially in developing countries and those considered very poor, such as part of Africa. Taken together, the objectives being pursued involve eradicating extreme poverty and hunger; achieving universal primary education; promoting gender equality and empowering women; reducing child and maternal mortality; combating HIV/AIDS, malaria and other diseases; ensuring environmental sustainability and developing a global partnership for development. It is highlighted that that poverty is a complex, social and economic phenomenon that involves a set of income deficiencies. Its reduction is determined by the combination of economic growth and reduction of social inequality<sup>(1)</sup>.

We realized that Nursing, as a course that works with and for the human being, is always seeking to conduct its activities in health promotion and disease prevention. It plays an important role in the fight for the improvement of global development. Thus, the Journal of Nursing Network Northeast – Rene Journal which in 2010 celebrates its 10th year of history and contribution to the Nursing Science, has been keen to publish relevant issues in line with the Millennium Development Goals. In this number, there is the publication of issues like quality of life of people with HIV / AIDS, family planning, adolescents, prevention of cervical cancer, violence against women, child care, among others. So our goal is to keep on flying higher and higher to make things better and better day by day striving for the development of nursing in order to strengthen its social integration.

*Professor Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso*  
Chairman of the Rene Journal Editorial Board

### Reference

1. Marziale MHP, Mendes IAC. Pobreza e desenvolvimento humano: estratégias globais. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(n. spe.):709-12.





# EDITORIAL

## 2010 — AÑO DE CONMEMORACIONES DE LA ENFERMERÍA

El año 2010 es reconocido como el Año Internacional de la Enfermería al celebrarse el centenario de la muerte de Florence Nightingale (1820-1910), figura de renombre que enaltece la historia de la Enfermería Moderna. Florence expuso su pensamiento diferenciado ante la actuación del enfermero bajo un punto de vista más crítico, con contribuciones acogidas en todo el mundo.

Aliados a esta conmemoración que debe ser ampliamente difundida, nosotros, por ser enfermeros, tenemos la responsabilidad de contribuir para la promoción de la salud en Brasil y en todo el mundo, unidos al pensamiento, al movimiento y a las estrategias de acción junto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), concordes con decisiones tomadas en las reuniones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 2000, en las cuales los líderes mundiales se comprometieron a mejorar la salud en todo el mundo para el año 2015.

Los temas que integran los ODM incluyen problemas que son claramente conocidos, especialmente en los países en desarrollo y en aquellos considerados muy pobres, como parte de África. Como un todo, se plantean metas que abarquen la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, el logro de la enseñanza primaria universal, la promoción de la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, la reducción de la mortalidad infantil y materna, el combate del VIH / SIDA, el paludismo y otras enfermedades, así como garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Se destaca que la pobreza es un fenómeno social y económico complejo, que involucra una serie de deficiencias en los ingresos, su reducción se determina por la combinación del crecimiento económico y la disminución de la desigualdad social<sup>(1)</sup>.

Nos dimos cuenta de que la Enfermería, como una asignatura que trabaja “con y para” el ser humano, siempre llevando a cabo sus actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, ocupa un rol partícipe en la lucha por una mejora del desarrollo global. Por lo tanto, la Revista de la Red de Enfermería del Noreste – Rev.Rene, que en 2010 celebra sus **10 años** de existencia y contribución para la Ciencia de la Enfermería, ha tenido mucho interés en publicar temas relevantes y en consonancia con las Metas del Milenio. En este número, la publicación pone de relieve temas como la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA, Planificación familiar, los adolescentes, la prevención del cáncer de cuello uterino, la violencia contra la mujer, los cuidados con el niño, entre otros. Por lo tanto, nuestra meta es alzar vuelos cada vez más elevados y poder mejorar día a día por la primacía del avance de la Enfermería, de tal modo que fortalezca su inserción social.

*Prof. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso*  
Presidente del Consejo Editorial de la Rev Rene

### Referencia

1. Marziale MHP, Mendes IAC. Pobreza e desenvolvimento humano: estratégias globais. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(n. spe.):709-12.



## CARACTERIZAÇÃO DE CASOS DE HOMICÍDIO EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO: 2003 A 2007

### CHARACTERIZATION OF HOMICIDES WHICH OCCURRED IN A CAPITAL OF A STATE OF BRAZILIAN NORTHEAST: 2003 TO 2007

### CARACTERIZACIÓN DE CASOS DE HOMICIDIO EN UNA CAPITAL DEL NORESTE BRASILEIRO: 2003 A 2007

TÂNIA SILVA CARVALHO<sup>1</sup>

KÉLCIA KALLYNY SANTANA DOS SANTOS<sup>2</sup>

ADILMA DE SOUSA FERREIRA<sup>3</sup>

ADÉLIA DALVA DA SILVA OLIVEIRA<sup>4</sup>

TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO<sup>5</sup>

ADRIANA DA CUNHA MENEZES PARENTE<sup>6</sup>

*Estudo de abordagem quantitativa que objetiva caracterizar os casos de homicídio registrados no município de Teresina-PI, no período de 2003 a 2007. A pesquisa foi realizada a partir dos atestados de óbitos (1.084) registrados no Instituto Médico Legal - IM e verificou-se uma discrepância entre os dados obtidos diretamente destes registros dos dados apresentados pelo DATASUS, com valores superiores, em todos os anos, nos primeiros dados. Os resultados apontaram uma frequência maior entre os homens (93,3%), adultos jovens (44,9%), solteiros (72,5%), estudantes (19,3%) e vítimas principalmente de arma de fogo (52,7%). Além disso, o estudo demonstrou diminuição do número de homicídios ocorrida após introdução de medidas de segurança, o que pode vir alicerçar discussões e auxiliar na reflexão da temática abordada. Assim, os profissionais de saúde podem assumir papel fundamental na redução desses óbitos por meio de medidas preventivas.*

**DESCRIPTORIOS:** Enfermagem; Homicídio; Saúde pública; Violência.

*This qualitative approach study has the aim to characterize the homicide cases registered in the city of Teresina-PI, from 2003 to 2007. Data were collected from death certificates (1.084) registered in the Medical Legal Institute- MLI in Teresina, PI and there was a discrepancy between the data obtained directly from these records the data presented by DATASUS, with higher values in all years, the first data. The results obtained showed a greater frequency among men (93.3%), single (72.5%), young adults (44.9%), students (19.3%), especially victims of firearm (52.7%). Moreover, the study showed a decrease in the number of homicides that occurred after the introduction of safety measures. This study may contribute to discussion and reflection of the approached them, that became a public health problem and generates great changes in society. Healthy professionals can assume a fundamental role on reduction of these deaths through preventive measures.*

**DESCRIPTORS:** Nursing; Homicide; Public Health; Violence.

*Estudio de abordaje cuantitativo que objetiva caracterizar los casos de homicidio registrados en el municipalidad de Teresina-PI, en el periodo de 2003 a 2007. La pesquisa fue realizada desde los certificados de fallecimientos (1.084) registrados en el Instituto Médico Legal-IML y el estudio demostró una discrepancia entre los datos obtenidos directamente de estos registros los datos presentados por DATASUS, con valores más altos en todos los años, los primeros datos. Los datos apuntaron una frecuencia mayor entre los hombres (93,3%), adultos jóvenes (44,9%), solteros (72,5%) y estudiantes (19,3%) y especialmente a las víctimas de arma de fuego (52,7%). Por otra parte, el estudio mostró una disminución en el número de homicidios que se produjeron después de la introducción de medidas de seguridad, que puede venir cimentar discusiones y auxiliar en la reflexión, de la problemática abordada. Así, los profesionales de salud pueden asumir una postura de influenciador a través de medidas de prevención.*

**DESCRIPTORIOS:** Enfermería; Homicidio; Salud Pública; Violencia.

<sup>1</sup> Especialista em Saúde Pública pela NOVAFAPI. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde no município de Picos/Piauí. Brasil.

E-mail: taniacarvalho19@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela NOVAFAPI. Brasil. E-mail: kelciakallyaany@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência da NOVAFAPI. Brasil. E-mail: adilmaferreira08@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Saúde e Ciências Humanas e Tecnológicas do PI – NOVAFAPI. Brasil.

E-mail: aoliveira@novafapi.com.br

<sup>5</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI e da Faculdade de Saúde e Ciências Humanas e Tecnológicas do PI – NOVAFAPI. Coordenadora do Mestrado em Enfermagem da UFPI. Brasil. E-mail: telmaevangelista@gmail.com

<sup>6</sup> Mestre em Enfermagem. Professora Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Saúde e Ciências Humanas e Tecnológicas do PI – NOVAFAPI. Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Bairro do Uruguai, CEP: 64057-100. Teresina/PI. Brasil. E-mail: aparente@novafapi.com.br Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Bairro do Uruguai, CEP: 64057-100. .

## INTRODUÇÃO

A violência na sociedade ocasiona diferentes impactos e importantes reflexões nos diferentes âmbitos sociais, dentre eles destacam-se: a área da imprensa, da saúde pública, da saúde mental e área jurídica. Segundo o Ministério da Saúde, a violência envolve as ações desempenhadas por grupos, indivíduos, nações ou classes que ocasionam danos emocionais, físicos, espirituais ou morais a si próprios ou a outros<sup>(1)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde refere que cerca de 1,6 milhão de pessoas morrem a cada ano em decorrência da violência. Na maioria dos países, na faixa etária de 15 a 44 anos, causas violentas correspondem a 14% dos óbitos no sexo masculino e a 7% dos óbitos no sexo feminino<sup>(2)</sup>. No Brasil, essa realidade não é diferente, pois, as causas de mortes violentas vêm assumindo cada vez maior destaque no número de óbitos, visto que desde a década de 1980, ocupa o primeiro lugar entre as mortes de causas externas.

Como foi considerada pelo Ministério da Saúde a violência está associada à agressão que é vista literalmente como a conduta caracterizada pelo intuito destrutivo, ação ou efeito de agredir uma pessoa de propósito<sup>(1)</sup>. Assim, na área de Saúde Pública, a violência e a agressão vêm sendo abordadas como um fenômeno social, uma vez que estão presentes, em diferentes e variados segmentos da sociedade, além de elevar os números de internação (SUS) e óbitos — causas externas<sup>(3)</sup>.

O homicídio é uma das formas mais frequentes de expressão de violência e de maior percentual de mortes por causa externa<sup>(4)</sup>. A Organização Mundial de Saúde publicou em outubro de 2003, um relatório sobre violência e saúde com dados de vários países. Este levantamento mostra que a questão dos homicídios é particularmente grave na região das Américas, uma vez que os três países com maiores taxas de mortalidade por homicídios, nos dados referentes ao ano de 2000, são Colômbia, El Salvador e Brasil<sup>(2)</sup>.

A violência deve ser constantemente contextualizada, pois se estudos forem dirigidos a esta contextualização pode-se ter um importante instrumento para a construção de um modelo explicativo que oriente o planejamento de intervenções e de ações preventivas, com o objetivo de evitar o aumento e, diminuir o impacto da mortalidade por homicídios<sup>(5)</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem necessidade de propor medidas que contribuam com a elevação da capacidade resolutiva do sistema de prevenção de mortes prematuras<sup>(6)</sup>. Deste modo, todos os serviços públicos de saúde têm dentre sua conjuntura de atendimento responsabilidade de desenvolver programas preventivos e educacionais relacionados à temática, pois esta vem se apresentando constantemente no cenário nacional como página principal dos meios de comunicação.

O aumento das taxas de homicídios tem sido descrito em vários trabalhos, e o que chama a atenção nestes estudos refere-se ao aumento dessas taxas em jovens. Além disso, o precário conhecimento acerca dos homicídios dificulta as políticas e ações preventivas. Sabe-se que a maioria deles envolve o uso de armas de fogo, que incidem sobre os grupos sociais cujo perfil sócio-econômico é menos privilegiado quando comparado a outras causas de violência<sup>(4,7)</sup>.

Quanto às taxas de homicídio, o Estado do Piauí, em 2004, apresentou 11,8 mortes por homicídio em 100.000 habitantes ocupando a 24ª posição no Ordenamento das Unidades da Federação quanto às taxas de homicídio na população brasileira, tendo subido 3 posições em relação ao ano de 1994<sup>(8)</sup>. Isto demonstra a crescente importância da violência como problema de saúde pública, a exemplo do que ocorre em outros estados no Brasil.

Nas Unidades de Saúde, especificamente nos hospitais gerais, observa-se um crescente aumento de indivíduos internados que vão a óbito vítimas de homicídio, principalmente por agressão, despertando assim grande interesse com relação ao tema.

Assim, este estudo justifica-se pela necessidade de se caracterizar os casos de homicídio, uma vez que a abordagem da dimensão epidemiológica da violência, o conhecimento da evolução do padrão espacial dos homicídios, assim como a identificação dos grupos sociais vulneráveis ao risco de morte por homicídio, pode vir a auxiliar nas propostas de prevenção na área de políticas públicas, contribuindo assim, para que se concretize o princípio de direito à cidadania.

Deste modo, espera-se que este estudo possa subsidiar discussões e reflexões junto aos profissionais que atuam e abordam diretamente essa temática na evolução de medidas públicas de intervenção preventiva junto à população.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo geral caracterizar os casos de homicídio registrado no município de Teresina PI, no período de 2003 a 2007, e como objetivos específicos, descrever o perfil sócio-demográfico da população estudada, identificar os instrumentos ou meios utilizados, como: arma branca arma de fogo, asfixia, e os outros meios; identificar o período (mês) de ocorrência.

## METODOLOGIA

Este estudo alicerça-se nos pressupostos do método quantitativo, do tipo descritivo, e foi realizado por meio de análise documental, para construção de série histórica sobre casos de suicídio no Estado no Piauí. Nesse tipo de estudo a base de dados consiste nos registros pré-existentes em instituições e geralmente não utiliza amostragem, pela maior facilidade de trabalhar com o universo. A presente pesquisa foi realizada no Instituto de Medicina Legal-IML do município de Teresina/Piauí.

Foram identificados 1.093 registros de óbito. Porém, foram excluídos do estudo os óbitos com procedência de outras localidades e os que apresentaram procedência ignorada (09 Declarações de Óbito). Desse modo, foram estudados 1.084 óbitos ocorridos com indivíduos residentes em Teresina/PI.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2008, sendo referente aos óbitos por homicídio registrados no período de 2003 a 2007, no IML e também no site do DATASUS. Realizou-se a observação dos atestados de óbito, após autorização do IML e do CEP/NOVAFAPI (CAEE: 0188.0.043.000-07). Utilizou-se como instrumento de coleta dos dados, um formulário contendo as variáveis de interesse do estudo, quais sejam: número de homicídios por mês, ano e local de ocorrência, sexo, faixa etária, estado civil dos casos e instrumento utilizado para cometer o homicídio.

Os dados coletados foram processados eletronicamente por meio do Programa *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS* (versão 16.0). Na análise estatística realizou-se a distribuição das frequências absolutas e percentuais para cada variável levantada na pesquisa. Os achados mais significativos foram apresentados em gráficos e tabelas.

## RESULTADOS

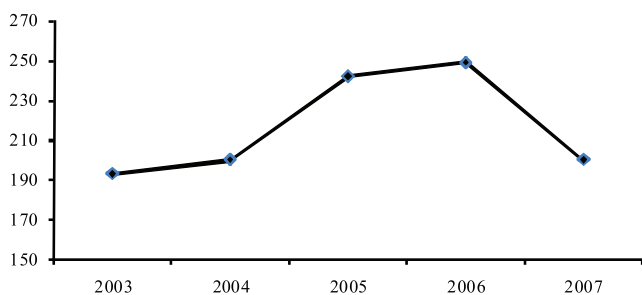
Conforme os registros do DATASUS, que notifica os casos de óbito por residência, o número de casos por ano (NC/Ano), consta de NC/2003-183 casos, NC/2004-157 casos, NC/2005-201 casos, NC/2006-231 casos e NC/2007-183 casos para o município de Teresina/PI<sup>(9)</sup>. Entretanto esta pesquisa aponta outros resultados, quais sejam: NC/2003-193, NC/2004-200, NC/2005-242, NC/2006-249, CN/2007-200.

Como se observa na Figura 1, o número de casos de homicídio no município de Teresina/PI apresentou um aumento progressivo de 2003 a 2006, tendo um declínio de aproximadamente 20% dos casos em 2007 se comparado ao ano anterior.

Ao se avaliar o índice de homicídio para 100 mil habitantes no município Teresina obteve-se uma média de 27,8 homicídios por 100 mil hab. nos cinco anos estudados e a partir da elaboração de uma série histórica referente ao período de 2003 a 2007 podem-se observar os resultados que seguem: 2003

— 25,3/100mil hab., 2004 — 26,2/100mil hab., 2005 — 30,7/100mil hab., 2006 — 31/100mil hab., 2007 — 25,6/100mil hab. Observa-se um incremento do número de casos entre os anos de 2003 a 2006. Entretanto, também foi possível verificar uma tendência descendente dos homicídios no ano de 2007.

A classificação dos óbitos por sexo (Tabela 1), considerando os cinco anos estudados, mostrou um predomínio para o sexo masculino de mais de 90% dos casos em todos os anos, em relação ao sexo feminino. Se observarmos ano a ano, temos em 2003 — 93,3%, no ano de 2004 — 95,5%, 2005 — 90,9%, 2006 — 93,6% e 2007 — 93,0%.



**Figura 1** — Distribuição dos casos de homicídio por ano, no período de 2003 a 2007. Teresina/PI-2009

Com relação à faixa etária, observou-se (Tabela 1) que o percentual anual de homicídios é extraordinariamente mais elevado na faixa etária que compreende 20 a 29 anos de idade (45,2%) com relação aos outros grupos. Porém, não se pode desconsiderar que a faixa etária de 10 a 19 anos e de 30 a 39 anos de idade apresentam também frequência significativa, em torno dos 18%.

Quanto ao estado civil, nos últimos cinco anos, tem-se em média que 72,4% dos casos de homicídio são de solteiros, seguidos de casados/relação estável com média de 23,8%.

No decorrer dos anos de 2003-2007 foi observada uma diminuição do número de casos de homicídios em certas zonas da capital (leste, centro e norte), em contrapartida houve um aumento em outras (sul e sudeste). De acordo com o Censo Demográfico de

2007 a população total de Teresina — PI é de 779.939 habitantes, sendo que a zona sul é constituída por 160.212 habitantes, destes 74.299 habitantes são do sexo masculino e 85.913 do sexo feminino. E a zona sudeste possui uma população de 129.376 habitantes, 60.496 do sexo masculino e 68.880 do sexo feminino.

Quanto ao tipo de ocupação, os registros continham diversas profissões, e para uma melhor interpretação dos resultados, realizou-se a categorização das mesmas, de acordo com a respectiva atuação. Todas as ocupações que tiveram frequência menor ou igual a três foram colocadas na classificação “outros”. Assim os outros incluem: líder-comunitário, letreiro, tatuador, industrial, biscateiro, maquinista, gari, lavador de carro, conferencista, jornalista, organizador de festa, economista, professor, tapeceiro e ceramista.

**Tabela 1** — Distribuição dos casos de homicídio por sexo e faixa etária. Teresina, PI, Brasil, 2003 a 2007

	Ano 2003		Ano 2004		Ano 2005		Ano 2006		Ano 2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>										
Masculino	180	93,3	191	95,5	220	90,9	233	93,6	186	93
Feminino	12	6,2	9	4,5	22	9,1	16	6,4	14	7
Ignorado	1	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	193	100,0	200	100,0	242	100,0	249	100,0	200	100,0
<b>Faixa Etária</b>										
0 — 9 anos	2	1,0	2	1,0	2	0,8	-	-	1	0,5
10 — 19 anos	39	20,2	33	16,5	45	18,6	48	19,3	37	18,5
20 — 29 anos	76	39,4	91	45,5	117	48,3	119	47,8	87	43,5
30 — 39 anos	39	20,2	37	18,5	38	15,7	47	18,9	37	18,5
40 — 49 anos	17	8,8	17	8,5	25	10,3	18	7,2	20	10,0
50 — 59 anos	14	7,3	5	2,5	11	4,5	10	4,0	8	4,0
60 — 69 anos	3	1,6	10	5,0	1	0,4	4	1,6	8	4,0
70 anos ou mais	2	1,0	5	2,5	3	1,2	3	1,2	2	1,0
Ignorado	1	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	193	100,0	200	100,0	242	100,0	249	100,0	200	100,0

Fonte: Instituto Médico Legal — IML. Piauí.

Os grupos ocupacionais em que houve um maior índice de homicídio foram os estudantes nos anos de

2003 (21,2%), 2004 (20,0%), 2005 (19,0%), 2006 (20,5%), 2007(16,0%), se diferenciado o ano de 2007 que apresentou um percentual menor em relação aos últimos anos e igual ao percentual observado na categoria construção/manutenção (16,0%).

Quanto aos instrumentos e meios utilizados para o homicídio (Tabela 2), os mais freqüentes, em todos os anos, foram arma de fogo e arma branca, sendo consideravelmente mais importantes que os outros, em freqüência.

Verificou-se, que o percentual de armas brancas entre o ano de 2003 (36,8%) e 2005 (31,0%) diminuiu, aumentou em 2006 e voltou a diminuir em 2007 (27,5%) atingindo seu menor percentual.

Quanto ao número de casos de homicídio por armas de fogo, observou-se que de 2003 a 2005 houve uma diminuição do percentual com aumento nos anos subsequentes 2006 (36,5%) e 2007 (58,5%).

**Tabela 2** — Distribuição dos casos de homicídio por Meio Utilizado. Teresina, PI, Brasil, 2003 a 2007

	Ano 2003		Ano 2004		Ano 2005		Ano 2006		Ano 2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Arma branca	71	36,8	65	32,5	75	31,0	91	36,5	55	27,5
Arma de fogo	108	55,9	104	52,0	107	44,2	132	53,0	117	58,5
Asfixia	3	1,6	6	3,0	2	0,8	3	1,2	2	1,0
Pedradas	10	5,2	1	0,5	10	4,1	9	3,6	4	2,0
Espancamento	1	0,5	22	11,0	-	-	3	1,2	18	9,0
Outros meios	-	-	2	1,0	48	19,9	11	4,4	4	2,0
Total	193	100,0	200	100,0	242	100,0	249	100,0	200	100,0

**Fonte:** Instituto Médico Legal — IML. Piauí.

Em relação à variável mês de ocorrência, observou-se a presença de homicídio em todos os meses dos cinco anos estudados, não obedecendo a uma tendência de sazonalidade, visto não ter havido nenhuma diferença significativa entre eles. Pode-se afirmar somente que no segundo semestre do ano de 2003 o percentual de homicídio foi mais evidente (61,6%) em relação ao primeiro semestre (38,4%).

## DISCUSSÃO

A violência na sociedade pode ser indicada através da utilização do número de mortes por violência, tomando como eixo os óbitos, que desde 1979, formam base de dados através do Subsistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde. Segundo ainda essa mesma fonte, nenhum sepultamento pode ser feito sem a certidão de registro de óbito correspondente<sup>(8)</sup>.

Verificou-se uma discrepância entre os dados obtidos diretamente dos registros de óbito/IML, dos dados apresentados pelo DATASUS, com valores superiores, em todos os anos, nos primeiros dados, em relação aos últimos, entre 10 casos em 2003 (5,46% a mais, quando investigados os atestados de óbito) até 43 (27,39% a mais), em 2004. Isto evidencia uma subnotificação importante dos óbitos por homicídios nesta capital.

Em relação ao número de casos de homicídio (NC/Ano) tem-se um aumento progressivo nos primeiros quatro anos estudados, seguido de um declínio de aproximadamente 20% dos casos no último ano (2007), se comparado ao ano anterior.

Alguns fatores podem estar relacionados a esta estatística, dentre eles destacam-se as medidas de segurança pública adotadas no município. Em 2005, ano de maior aumento do número de homicídios, o Secretário Estadual de Segurança Pública conseguiu aprovação de um projeto de Lei intitulado “Boa Noite Teresina” que entrou em vigor no ano de 2006, quando já houve praticamente uma interrupção do aumento crescente dos números de homicídio na cidade. Em 2007 foi observado declínio, não somente os casos de homicídio no município, mas também outros atos violentos como furtos, agressões, arrombamentos, entre outros<sup>(10)</sup>.

O projeto corresponde ao artigo nº 197 do novo código de posturas do município<sup>(10)</sup>, cujo objetivo é reduzir os índices de homicídios, por meio do fechamento de estabelecimentos comerciais após as 2h da

madrugada com a justificativa embasada em dados que indicavam maior número de mortes após este horário e os principais envolvidos (vítima/agressor) eram jovens, geralmente após o consumo de bebidas alcoólicas.

Os achados referentes aos elevados números de casos de homicídio no sexo masculino, média anual de 93,3%, também são encontrados em outros trabalhos que apresentam taxas mais elevadas no grupo de homens<sup>(8,11-14)</sup>. No Brasil em 2003 a prevalência de casos de homicídio foi de 52,8/100 mil no sexo masculino e 4,3/100 mil no sexo feminino, apresentando assim um risco de 12,3 vezes maior para os homens.

Esse problema vem despertando a curiosidade de vários pesquisadores que tem abordado a questão do sexo para compreender as intrincadas relações entre juventude, masculinidade e violência<sup>(15)</sup>.

Quanto a isso, estudos apontam que a maior agressividade nos homens os tornam potencialmente mais expostos à violência, competitividade, impulsividade e maior acesso as tecnologias letais, além de serem, freqüentemente os agressores<sup>(16)</sup>.

Uma característica marcante nas taxas de homicídio é que vem crescendo em uma população cada vez mais jovem. Pesquisa aponta que dos 15 aos 29 anos, as taxas são extraordinariamente mais altas do que as verificadas na população como um todo, em consonância com os resultados aqui apresentados<sup>(11)</sup>.

As altas taxas de homicídio em adultos jovens podem estar ligadas aos efeitos das difíceis condições de vida e a frustração das necessidades básicas, bem como oportunidades econômicas e educacionais inadequadas, instabilidade familiar, falta de perspectivas de ascensão social, envolvimento com gangues, uso abusivo de drogas, impulsividade uso de armas e bebidas alcoólicas<sup>(7,17)</sup>.

Quanto ao estado civil, observou-se uma freqüência expressiva entre solteiros (média 72,4% NC/Ano) o que corrobora com a faixa etária de maior freqüência anteriormente discutida. Em pesquisas realizadas no estado do Rio de Janeiro<sup>(12)</sup> e

no município de Campo Grande-MS<sup>(6)</sup> verificou-se também um predomínio no grupo de solteiros.

Este percentual pode estar relacionado com o acréscimo de casos de homicídio na população de adultos jovens. Nesta, observa-se uma maior prevalência no grupo de solteiros em relação aos demais. Também os dados referentes ao grupo ocupacional, em que estudantes apresentaram maior freqüência (média 19,3% NC/Ano), corroboram com os resultados deste trabalho no que se refere à faixa etária e estado civil.

Verificou-se, quanto ao meio utilizado, que o percentual de homicídios por arma branca apresentou oscilações percentuais (entre 27,5 e 36,8%) no decorrer dos anos estudados, mas sempre se apresentando abaixo da freqüência por arma de fogo (média 52,8% NC/Ano).

Tem-se nos resultados desta pesquisa que de 2003 a 2005 houve uma diminuição do percentual de mortes por homicídio com arma de fogo, o que pode estar relacionado à campanha nacional de desarmamento, que foi lançada em 2004 para incentivar a devolução de armas no Brasil. A campanha foi programada com uma duração de seis meses, cuja meta inicial foi o recolhimento de 80 mil armas de fogo, a mesma foi prorrogada duas vezes e só terminou em outubro de 2005.

Esta campanha teve duração de 15 meses e a população teve a oportunidade de entregar voluntariamente arma de fogo, o que demonstrou o seu empenho em aderir a esse ato contra a violência e ainda serem recompensadas. Foram entregues 459.855 armas nos postos civis<sup>(18)</sup>.

Ao contrário do que se considera empiricamente, que a freqüência dos casos de homicídio se concentra em épocas festivas como dezembro e carnaval, isso não se confirmou no estudo. Porém, não se pode deixar de considerar que nestas épocas ocorre um aumento do policiamento, bem como outras medidas de segurança para prevenir situações geradoras de atitudes violentas.



Os homicídios tornaram-se uma das modalidades mais frequentes de expressão da violência, o que permite afirmar que a descrição e análise do problema dos homicídios constituem uma das formas mais indicadas para abordar e compreender boa parte da problemática da violência<sup>(19-20)</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu observar a predominância de casos de homicídio em diversas populações, dentre os quais se destacam como os mais vulneráveis os adultos jovens, homens solteiros, vítimas, principalmente, de arma de fogo. Desta forma, além do prejuízo direto causado pela violência, esta ainda ceifa vidas em uma faixa economicamente ativa, causando prejuízo pelo potencial perdido de produção desta população.

A diminuição do número de homicídios ocorrida após introdução de medidas de segurança demonstra a viabilidade de se obter resultados favoráveis quanto à redução dos índices de violência expressados através do número de homicídios.

Todavia, a discrepância entre os números obtidos a partir do IML e os números do DATASUS pode evidenciar uma falha na notificação, o que precisa ser estudado e quantificado de forma mais ampla em outras localidades, visto que a partir dos dados do DATASUS calculam-se índices de violência e são programadas ações em saúde pública.

Deste modo, esses dados podem subsidiar intervenção do enfermeiro e de outros profissionais, pois eles devem assumir uma função importante junto a essa problemática por meio de medidas de prevenção que possibilitem reduzir os casos de violências tais como: realizar palestras educativas, atitudes de sensibilização dos jovens sobre o uso das drogas, e fundamentação dos planejadores para traçarem um plano de medidas junto ao governo que favoreçam ocupação, acesso a bens e serviços sociais e educação.

Sabe-se que tal tarefa não é fácil, pois implica em dificuldades pelo fato de tratar-se de uma ques-

ção que envolve fatores individuais e culturais, e ainda pela necessidade da criação de um elo entre a segurança, a educação e à Saúde Pública.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a política nacional de redução de morbi-mortalidade por acidentes e violências. Série Legislação de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Número 8, p. 60.
2. Carvalho QCM, Cardoso MVLML, Silva MJ, Braga VAB, Galvão MTG. Violência contra a criança e o adolescente: estudo reflexivo sobre as políticas públicas. *Rev Rene*. 2008; 9(2):157-64.
3. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional das Doenças e Causas de Morte. São Paulo: Centro para Classificação de Doenças — USP; 2003.
4. Mello Jorge MHP, Gawryszewsky VP, Latorre MRDO. Análise dos dados de mortalidade. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(5 Supl):5-25.
5. Santos SM. Homicídio em Porto Alegre: análise ecológica de sua distribuição e contexto socioespacial [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz, Universidade do Rio de Janeiro; 1999.
6. Nachif MCA. Homicide as a public health problem in the city of Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil. *Psicol Soc*. 2006; 18(2):99-104.
7. Barros MDA, Ximenes R, Lima MLC. Mortalidades por causas externas em crianças e adolescentes, tendências de 1979 a 1995. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(2):142-9.
8. Waiselfisz JJ. Mapa da violência dos municípios brasileiros. 1ªed. Brasília (DF): OEI; 2007.
9. Ministério da Saúde (BR). Sistema de informações sobre mortalidade [Internet]. Brasília; 2010. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

10. Prefeitura Municipal de Teresina (PI). Boa noite Teresina [Internet]. Teresina; 2006. Disponível em: <http://www.teresina.pi.gov.br>
11. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 11(Supl):1211-22.
12. Souza ER. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(Supl 1):45-60.
13. Lima MLC, Souza ER, Ximenes R, Albuquerque MFPM, Bitoun J, Barros MDA. Evolução de homicídios por área geográfica em Pernambuco entre 1980 e 1998. *Rev Saúde Pública*. 2002 ; 36(4):462-9.
14. Lima MLC. A trajetória dos homicídios no Estado de Pernambuco: uma abordagem epidemiológica nas duas últimas décadas do século XX [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz, Universidade do Rio de Janeiro; 2003.
15. Cecchetto FR. Violência e estilos de masculinidade. Rio de Janeiro (RJ): Editora FGV; 2004.
16. Souza ER. Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):48-64.
17. Cardia N, Adorno S, Poletto F. Homicídio e violação de direitos humanos em São Paulo. *Estud Av*. 2003; 17(47):43-73.
18. Minozzo R, Minozzo R, Tonetto M, Luca Junior G, Reinert T. Impacto da campanha nacional do desarmamento no número de atendimento por arma de fogo em serviço de emergência de cidade de região metropolitana de Porto Alegre, Brasil. *Rev AMRIGS*. 2006; 50(4):302-6.
19. Agudelo SF. Momento y contesto de la violencia em Columbia. *Rev Cubana Salud Pública*. 2003; 29(1):18-36.
20. Mascarenhas MDM, Pedrosa AAG. Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(4):493-9.

**RECEBIDO:** 12/11/2009

**ACEITO:** 14/06/2010

## REALIZAÇÃO DE EXAMES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO: PROMOVENDO SAÚDE EM INSTITUIÇÃO ASILAR

*PERFORMANCE OF TESTS TO PREVENT CERVICAL CANCER: PROMOTING HEALTH NURSING HOME*

*REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS PARA PREVENIR EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO: FOMENTO  
DE LA SALUD EN HOGAR DE ANCIANOS*

CAMILA CHAVES DA COSTA<sup>1</sup>

LYDIA VIEIRA FREITAS<sup>2</sup>

LEVÂNIA MARIA BENEVIDES DIAS<sup>3</sup>

THAÍS MARQUES LIMA<sup>4</sup>

ANA KELVE DE CASTRO DAMASCENO<sup>5</sup>

ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO<sup>6</sup>

É crescente o número de idosas com vida sexual ativa, necessitando de atenção dos profissionais de saúde para exercerem sua sexualidade de forma saudável. Objetivou-se conhecer os hábitos relativos à prevenção do câncer de colo uterino de idosas institucionalizadas em Fortaleza-CE. Estudo do tipo quantitativo, com abordagem descritiva e delineamento transversal. Realizado em uma instituição asilar, com 46 idosas. A obtenção dos dados foi através de um instrumento de questões objetivas no mês de abril de 2008. Encontramos baixa escolaridade, a minoria era casada, 21,7% nunca tinham realizado o exame de Papanicolaou, 63,9% não estabeleciam regularidade na realização dos exames e nenhuma possuía neoplasias. Alguns fatores dificultam a realização de estratégias de Educação em Saúde: baixo nível de escolaridade, a proximidade da morte. Mas, temos que investir em atividades que estimulem esta população nos âmbitos de suas vidas.

**DESCRITORES:** Enfermagem; Serviços de Saúde para Idosos; Prevenção de Câncer de Colo Uterino.

A growing number of elderly women sexually active, requiring the attention of health professionals to exercise their sexuality in a healthy way. Aimed at learning about the habits for the prevention of cervical cancer in elderly institutionalized in Fortaleza. Study a quantitative approach, with a descriptive and cross-section. Held in a nursing home, with 46 and 26 elderly. Data collection was by an instrument of objective questions in the month of April 2008. Found low education, a minority were married, 21.7% had never performed the Pap smear, 63.9% contained no regularity in the examinations and none had cancer. Some factors hinder the implementation of strategies for Health Education: low educational level, the proximity of death. But we have to invest in activities that encourage this population in the areas of their lives.

**DESCRIPTORS:** Nursing; Health Services for the Aged; Cervix Neoplasms Prevention.

Un número creciente de mujeres de edad sexualmente activa, que requieren la atención de los profesionales de la salud a ejercer su sexualidad de manera saludable. Tuvo como objetivo conocer los hábitos para la prevención del cáncer cervical en ancianos institucionalizados en Fortaleza. Estudio de un enfoque cuantitativo, con una parte descriptiva y transversal. Lugar: en un hogar de ancianos, con 46 y 26 ancianos. Recolección de datos fue mediante un instrumento de preguntas objetivas en el mes de abril de 2008. Encontrados bajo nivel educativo, una minoría se casaron, el 21,7% nunca había realizado la prueba de Papanicolaou, el 63,9% no contenía ninguna regularidad en los exámenes y no tenía cáncer. Algunos factores que dificultan la aplicación de estrategias de educación para la salud: bajo nivel educativo, la proximidad de la muerte. Pero tenemos que invertir en actividades que favorezcan a esta población en las áreas de sus vidas.

**DESCRIPTORES:** Enfermería; Servicios de Salud para Ancianos; Prevención de Câncer de Cuello Uterino.

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) — Universidade Federal do Ceará. Av. Sargento Hermínio Sampaio, 2755. Bairro Vila Ellery. Apt. 201. BL: N. Brasil. E-mail: milinha\_jta@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista FUNCAP. Brasil. E-mail: lydia\_v\_freitas@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira — Responsável Técnica de Gestão de Qualidade da Ortogênese Implantes Especializados. Brasil. E-mail: levaniadias@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Brasil. E-mail: thaixinhaml@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Família. Professora Adjunta Universidade Federal do Ceará (UFC). Brasil. E-mail: anakelve@hotmail.com

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta Universidade Federal do Ceará (UFC). Brasil. E-mail: anakarinaufc@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A sexualidade representa a expressão de diversos âmbitos do ser humano, como características biológicas, psicológicas e sociais, incluindo reprodução e auto-afirmação social e individual, e sentimentos como o amor e o prazer<sup>(1)</sup>.

A sexualidade humana se desenvolve de forma distinta para homens e mulheres. Em um estudo que questionou o perfil sexual de universitários de Fortaleza-CE, encontraram que: os homens possuem 5,6 vezes mais probabilidade de ter iniciado vida sexual, e o fizeram cerca de dois anos mais cedo que as mulheres; as mulheres possuem 3,3 vezes mais probabilidade de iniciar vida sexual com parceiro fixo e a maioria dos homens, parceiros casuais, sendo que os homens apresentaram uma probabilidade de 70% menos chance de terem uma parceira fixa no momento da entrevista; os homens apresentaram 90% mais chance de terem parceiros múltiplos que as mulheres<sup>(2)</sup>. Com isto, podemos observar que os homens se expõem mais a comportamentos de risco que as mulheres.

Contudo, mesmo as mulheres tendo geralmente um comportamento sexual mais saudável, culminam por se expor aos mesmos riscos que os homens, quando seu parceiro sexual não compartilha da mesma preocupação que elas. Desta forma, o grupo populacional que tem apresentado níveis crescentes de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é composto por mulheres casadas, e, ultimamente, tem se destacado as idosas com vida sexual ativa. Cabe lembrar que a este fato estão relacionados o aumento da expectativa de vida dos brasileiros e o crescimento no uso de medicamentos que auxiliam nas disfunções eréteis masculinas, que possibilitaram o aumento da prática sexual entre adultos e idosos, aumentando portanto, o risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) entre mulheres em menopausa ou pós-menopausa<sup>(3)</sup>.

Atribuem-se ao preconceito e à falta de informação a visualização do idoso como um ser assexuado, promovendo atitudes e propensões comportamentais que exacerbam a vulnerabilidade dessa faixa etária para as DST, entre elas, a AIDS. Fato este que favorece para o aumento do número de casos de AIDS na faixa etária acima dos 50 anos<sup>(4)</sup>.

Esta preocupação não se restringe apenas à contaminação por HIV, mas também para a disseminação de outros vírus, como Papiloma Vírus Humano (HPV) e Herpes Vírus Humano (HVS). Em estudo sobre a relação entre os vírus HPV e HSV e o desenvolvimento das displasias de células cervicais e sua transformação para células cancerosas, destaca-se a estreita relação do primeiro com esta patologia, visto que ele está presente em 99% dos casos deste tipo de câncer<sup>(5)</sup>.

Ainda existe um fator especial para a ocorrência do HPV, importante precursor do câncer de colo uterino: o homem pode não desenvolver a forma clínica da doença, se comportando, entretanto, como importante agente transmissor, enquanto que a mulher é mais vulnerável a ação do vírus, tendo maior probabilidade de progredir a lesão precursora por HPV até o estágio de câncer<sup>(6)</sup>.

No que se refere à vida reprodutiva feminina, observa-se que a mesma se desenvolve em um contexto que se inicia com a menarca e se encerra com a menopausa, sendo ambos os eventos de grande importância para a fisiologia feminina. Destaca-se que a vida reprodutiva da mulher possui limite de tempo, mas não necessariamente a sua vida sexual, devendo a mulher em climatério ou a menopausa ser alvo dos mesmos cuidados que as mulheres mais jovens no que diz respeito à prevenção de doenças que possam acometer o aparelho genital.

Encontra-se ainda uma falta de incentivo familiar aos idosos, que fez surgir instituições asilares que dedicam cuidados a pessoas maiores de 60 anos de idade, independente de sua condição biopsicossocial. Estas instituições cuidam para que este idoso tenha

atenção qualificada a saúde, atividades que venham a exercitá-los física e, principalmente, mentalmente, e possibilitando convivência social com outros idosos, dentre outras atividades.

A difícil decisão da família pelo processo de asilamento de um idoso pode estar relacionada a fatores como: o reduzido número de integrantes na família; a ausência de condições físicas, financeiras e psicológicas dos cuidadores; a inserção da mulher no mercado de trabalho, que a impede de ser a cuidadora dos idosos; e o desejo do idoso em morar em um lugar que não perturbe a família<sup>(7)</sup>.

Com isto, depara-se freqüentemente com a situação de mulheres idosas que vivem em instituições asilares, cuja faixa etária tende a manter vida sexual ativa por tempo cada vez mais longo, necessitando de maior atenção por parte dos profissionais de saúde para que elas possam estar prevenidas de doenças e exerçam sua sexualidade de forma saudável. A isto relaciona-se o fato de que, estando a saúde do idoso em boas condições, nada o impedirá de manter-se sexualmente ativo, e as limitações de possíveis processos de adoecimento, podem desencadear o aprendizado sobre carícias, cumplicidade, sexualidade<sup>(8)</sup>.

Desta forma, destacamos que as mulheres em climatério ou menopausa devem ser acompanhadas por um profissional de saúde visando a manutenção da sua saúde sexual, sendo necessária, portanto, a realização de exame preventivo periódico, para que se possa prevenir ou diagnosticar precocemente doenças do aparelho reprodutor feminino.

Este trabalho se mostra relevante à medida que possibilita a identificação do padrão de realização de exames de prevenção do câncer cérvico-uterino, bem como ofertar este exame para a população deste estudo.

A pesquisa tem por objetivo conhecer o padrão de hábitos relativos à prevenção do câncer de colo uterino de idosas institucionalizadas em Fortaleza-CE.

## METODOLOGIA

Estudo tipo quantitativo, com abordagem descritiva e delineamento transversal. No estudo quantitativo, o pesquisador parte do ponto inicial de um estudo para o ponto final, em uma seqüência lógica de passos, e analisa os dados obtidos através de números. A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação de maneira detalhada. Os delineamentos transversais descrevem a situação, o fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo no tempo<sup>(9)</sup>.

Foi realizado em uma instituição referência na acolhida de idosos em Fortaleza, que conta com o trabalho de uma equipe multiprofissional, entre funcionários e voluntários, buscando atender às necessidades dos idosos. A instituição abriga aproximadamente 240 idosos, com diversos níveis de dependência física e orientação cognitiva, contendo cerca de 120 idosos de cada sexo, já que corresponde a disponibilidade de leitos femininos e masculinos da instituição.

A população do estudo foi composta por todas as idosas residentes no local de estudo, tendo sido excluídas as mulheres acamadas e/ou desorientadas, de forma que poderiam participar do estudo 60 idosas institucionalizadas. Contudo, algumas idosas não aceitaram ou não puderam participar das etapas do estudo, de forma que se obtiveram diferentes amostras para cada fase do estudo.

Na primeira fase do estudo, aplicamos um instrumento composto de questões objetivas que abordaram os aspectos de identificação, bem como características relativas à realização do exame preventivo para câncer de colo uterino. A coleta de dados se deu no mês de abril de 2008. O instrumento foi aplicado por meio de entrevista individual. Para esta fase, do total de 60 idosas, tivemos uma amostra de 46 mulheres, já que algumas idosas não aceitaram participar do estudo, referindo dores e cansaço, e outras estavam ausentes no momento da coleta de dados, por conta de visitas familiares, hospitalização, dentre outros motivos.

Na segunda fase do estudo, ofertamos o exame de prevenção do câncer cérvico-uterino às idosas da instituição, onde das 46 mulheres que participaram da primeira etapa do estudo, 26 mulheres aceitaram realizá-lo. Entretanto, ocorreram problemas com a entrega do resultado dos exames de 2 idosas, de forma que a amostra final foi de 24 mulheres.

Os dados obtidos foram armazenados no programa *Excel for Windows* e analisados através do programa *Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer (SPSS-PC)*, versão 13.0, apresentados em tabelas e discutidos de acordo com aspectos da literatura pertinente.

Destacamos que as pesquisadoras forneceram todo o suporte para a realização dos exames na própria instituição asilar, de forma a evitar o deslocamento das idosas para outros serviços de saúde. A direção da instituição disponibilizou o espaço físico de três consultórios (dois para a realização dos exames e um para a realização da entrevista) e as pesquisadoras, o material e recursos humanos para a realização dos exames. A análise das lâminas coletadas foi realizada no laboratório de citopatologia de uma maternidade terciária de Fortaleza.

Foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução 196/96<sup>(10)</sup>, ressaltando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todas as participantes do estudo. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, mediante parecer Nº 141/07.

## RESULTADOS

Inicialmente, baseados nos dados coletados na primeira fase deste estudo, apresentamos os dados de identificação sócio-demográfica das idosas participantes do estudo:

**Tabela 1** — Distribuição das idosas institucionalizadas segundo suas características sócio-demográficas. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

Variáveis (N=46)	N	%
Idade		
< 60 anos	01	2,2
60 a 69 anos	22	47,8
70 a 79 anos	15	32,5
80 a 88 anos	06	13,2
Não sabe / Não lembra	02	4,3
Escolaridade		
Analfabeta	17	37,0
1 a 4 anos de estudo	18	39,2
5 a 8 anos de estudo	07	15,2
9 a 12 anos de estudo	02	4,3
> 12 anos de estudo	02	4,3
Estado civil		
Casada	03	6,5
Solteira	23	50,0
Viúva	13	28,3
Divorciada	07	15,2

Ao se questionar a idade das idosas, pode-se observar que aproximadamente a metade (47,8%) pertencem à faixa etária de 60 a 69 anos de idade, sendo os extremos de idade das idosas de 58 e 88 anos de idade. Ressalta-se uma idosa que possuía apenas 58 anos, não tendo sido isto empecilho para a sua institucionalização, e igualmente, para a participação no estudo.

Com relação ao seu nível de escolaridade, encontramos um baixo índice de instrução entre as idosas, visto que 37,0% das participantes deste estudo são analfabetas e 39,2% possuem de 01 a 04 anos de estudo.

No que diz respeito ao estado civil, identificamos que apenas 6,5% das idosas referem ser casadas, o que implica em um grande número de mulheres solteiras, viúvas e divorciadas, ou seja, que vivenciam a velhice na ausência de um companheiro, podendo ser este um fator determinante em sua qualidade de vida ou não.

Vale ressaltar a ocorrência de divórcio entre 15,2% destas mulheres, nos mostrando a presença de

relacionamentos amorosos frustrados em suas vidas, ao ponto de terem a coragem de enfrentar suas famílias e a sociedade da época que desaprovavam radicalmente esta prática. O estado de viuvez também é comum nesta população, tendo sido encontrado em 28,3% das idosas.

Continuaremos com a análise de um fator imprescindível para a prática de uma sexualidade saudável: o acompanhamento de saúde oferecido à mulher por profissionais da área através da realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino. Para discutirmos estes fatores, segue a tabela abaixo:

**Tabela 2** — Distribuição das idosas institucionalizadas segundo realização de exame de prevenção do câncer de colo do útero. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

Variáveis	N	%
Exame preventivo prévio (n=46)		
Sim	36	78,3
Não	10	21,7
Data do primeiro exame (n=36)		
1950 a 1960	01	2,7
1961 a 1970	01	2,7
1971 a 1980	04	11,2
1981 a 1990	04	11,2
1991 a 2000	01	2,7
2001 a 2008	09	25,0
Não sabe / Não lembra	16	44,5
Data do último exame (n=36)		
1981 a 1990	01	2,8
1991 a 2000	01	2,8
2001 a 2008	32	88,8
Não sabe / Não lembra	02	5,6
Periodicidade (n=36)		
Anual	12	33,4
Bienal	01	2,7
Não definida	23	63,9

Com exceção do primeiro quesito da tabela 2, utilizamos como total somente as 36 idosas que relataram já ter realizado exame de prevenção do câncer cérvico-uterino em algum momento de suas vidas.

Quando indagadas a respeito de realização do exame preventivo para câncer de colo do útero, 21,7%

das idosas revelaram nunca tê-lo realizado. Algumas delas acrescentaram o não interesse em realizá-lo, por motivos diversos: por não julgarem necessário por conta da falta de vida sexual ativa, outras por vergonha e medo, e algumas ainda relataram não ser importante a realização de exames de cunho preventivo pela proximidade da morte em que elas se encontram. Este último motivo representou uma surpresa e um motivo especial de preocupação por parte das pesquisadoras, visto que essas mulheres por não realizarem não apenas o exame preventivo, mas também outras ações de autocuidado, podem realmente prejudicar sua saúde e principalmente sua qualidade de vida. Algumas mulheres sugeriram que o exame preventivo só seria importante para as mulheres de vida promíscua.

Constata-se ainda que 25,0% das idosas realizaram este exame pela primeira vez a partir do ano 2000, o que demonstra que essas mulheres passaram tempo considerável sem saber se possuíam lesões precursoras por HPV. Vale ressaltar que 02 mulheres realizaram este exame pela última vez nas décadas de 1980 e 1990, o que nos faz pensar que o tempo que estas mulheres estão sem realizar exame preventivo já seria suficiente para o HPV evoluir de lesão precursora a um estágio neoplásico. Vale lembrar que algumas idosas referiram ter realizado o exame somente uma vez em toda a sua vida.

Preocupa-nos também o fato de que 63,9% das idosas não estabeleceram regularidade na realização dos exames, o que permite ao vírus a infecção e evolução sem detecção precoce por parte dos profissionais de saúde. Neste estudo, encontramos idosas que nunca realizaram o exame preventivo, fato que agrava ainda mais o comentário anterior.

Após a descrição dos dados da primeira etapa, segue-se a etapa quando as pesquisadoras ofertaram o exame de Papanicolaou às idosas residentes na instituição. Neste âmbito, o primeiro aspecto a ser analisado é o motivo de aceitação ou não aceitação das idosas com relação ao exame preventivo. Este dado não pode ser quantificado, visto que é fruto da obser-

vação das pesquisadoras durante o convite para que as idosas pudessem se encaminhar ao local do exame.

Identificamos como motivo de maior destaque, a necessidade de um exame ginecológico de rotina. Foram citadas algumas queixas como motivos da procura do exame: dor no baixo ventre com sangramento transvaginal, nódulos em região perivaginal, incontinência urinária, prolapso uterino e prurido vaginal.

Em contrapartida a todos os benefícios fornecidos por este exame, temos o fato de que este gera sentimentos de medo e vergonha para com o procedimento e para com o profissional.

Na segunda fase do estudo, participaram 26 idosas, contudo, o laboratório que fez a análise das lâminas não entregou os laudos de dois destes exames, sem apresentar justificativa para este fato. Dado este imprevisto, analisaremos os resultados de 24 exames, que estão na tabela a seguir:

**Tabela 3** — Distribuição das idosas institucionalizadas segundo laudos de exame de prevenção do câncer de colo do útero. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

Variáveis (N= 24)	N	%
Tipos de Epitélio		
Escamoso	22	91,66
Escamoso, Glandular e Metaplásico	02	8,34
Alterações celulares benignas		
Inflamação leve	16	66,67
Inflamação moderada	05	20,85
Inflamação acentuada	03	12,50
Atrofia	08	33,33
Microbiologia		
Cocos e bacilos	07	29,16
Cocos	12	50,00
Lactobacilos	04	16,67
Citólise	01	4,17
Neoplasias		
Sim	-	-
Não	24	100,0

Pode-se verificar que, as alterações benignas estavam distribuídas entre três níveis de inflamação do colo uterino: leve, moderado e acentuado. Te-

mos ainda que estas alterações possuem tratamento acessível na rede pública, cuja eficácia é bastante satisfatória.

Com relação à microbiologia envolvida neste processo, vemos que esta não apresentou problemas passíveis de tratamento medicamentoso, assim como também não foram encontradas neoplasias entre a amostra estudada.

## DISCUSSÃO

Em relação à idade, encontrou-se que faixas etárias crescentes possuem menores índices entre a população, tendo sido isto referido pelo IBGE, que relatou que a população da faixa etária maior de 20 anos de idade tende a diminuição do seu número de indivíduos, especialmente durante a velhice, ou seja, quanto maior a idade nesta etapa da vida, menor será o contingente populacional pertencente a ela<sup>(11)</sup>.

Concordando com a baixa escolaridade encontrada neste estudo, encontrou-se em estudo semelhante que, 71,1% dos idosos têm menos de 04 anos formais de estudo, e constatou-se que 73,2% dos idosos possuíam este mesmo nível de instrução; contudo, um fator importante nesta análise é que quase a metade destes últimos idosos (43,6%) se disseram satisfeitos com sua escolaridade. É sabido que quanto menor a escolaridade de uma população, maior será a dificuldade em realizar estratégias eficazes de educação em saúde na mesma<sup>(12-13)</sup>.

A sociedade na qual estas mulheres vivenciaram sua juventude tinha por costume manter as mulheres com acesso restrito ou sem acesso aos estudos, visto que eram consideradas aptas apenas para o serviço doméstico<sup>(14)</sup>. Fato que vem se modificando ao longo dos anos, como confirma uma participante de um estudo, que se referiu à sua mãe, dizendo: “Antigamente a mulher não precisava estudar. Para que? Para escrever carta para o namorado? Antigamente a mulher era escrava. Hoje elas estão mais sábias do que os homens”<sup>(14:5)</sup>. Este depoimento nos lembra as



mudanças ocorridas com relação a disseminação de informações, visto que, atualmente, este tipo de pensamento é largamente criticado e a permanência não apenas de mulheres, mas da população em geral sem o ensino básico é combatida por plataformas de governo de instâncias municipal, estadual e federal, que visam o acesso irrestrito a educação<sup>(15)</sup>.

Em contrapartida, nesta amostra de mulheres, pudemos constatar a presença de 04 mulheres que estudaram durante mais de 09 anos, indo, portanto, de encontro aos costumes da sociedade da época.

Por volta da década de 1960, época quando as mulheres de nosso estudo tinham por volta de 15 a 45 anos, o desquite era visto como a única possibilidade de separação oficial dos casais. Com o passar do tempo, o divórcio deixou de ser uma prática repugnada, para tornar-se aceitável, tendo inclusive chegado ao ponto de ser banalizada, visto que muitos casais já consideram a possibilidade do divórcio antes mesmo de se casarem.

Enfatizando a presença de várias mulheres viúvas na instituição estudada, encontrou-se em estudo semelhante que há uma maior probabilidade de um viúvo voltar a casar do que uma viúva<sup>(15)</sup>.

Quanto à realização do exame Papanicolaou, encontramos, neste estudo, idosas que nunca realizaram o exame preventivo. No Brasil existem muitas mulheres com esta característica e isto se deve a muitos motivos: vergonha, medo do exame ou de ter doença grave, atitude nervosa, ansiedade para saber o resultado do exame, idéia de que o exame dói<sup>(16)</sup>.

Em estudo semelhante encontrou-se que, de 55 idosas do total de sua amostra, 48 não sabiam quando foi a última vez que realizou o exame de prevenção do câncer de colo uterino; acrescentamos ainda que 06 idosas nunca tinham realizado o exame, e que apenas 01 idosa o havia realizado no último ano<sup>(17)</sup>.

Um fator bastante animador foi a ausência de neoplasias entre as mulheres que participaram deste estudo, apesar do período considerável sem realização de exame preventivo, o que poderia ter ocasiona-

do uma lesão precursora não tratada e que poderia facilmente ter chegado ao estágio neoplásico.

Antes de a ferida do câncer se estabelecer, alterações chamadas por alguns de displasias podem ser diagnosticadas pelo exame Papanicolaou. O tratamento e o prognóstico do câncer dependem do estágio em que este se encontra, onde se obtém a cura da grande maioria dos casos de estágios iniciais e uma parte dos casos em estágio intermediário, por meio de cirurgias, radioterapia e quimioterapia, associadas ou não<sup>(5)</sup>.

As perdas que passam a existir por novos casos de câncer de colo uterino, são classificadas em aspectos mensuráveis (gasto financeiro do setor saúde que arca com um tratamento caro, e ainda a redução do potencial de trabalho humano do país) e aspectos não mensuráveis (diminuição da qualidade de vida, desestruturação familiar, dor, ansiedade, incapacidade e morte)<sup>(5)</sup>.

Estas perdas são agravadas pelo fato de muitos casos serem descobertos já em estado avançado da doença, o que pode ser causado pelo fato de as mulheres não realizarem periodicamente o exame preventivo.

Ressaltamos ainda que o fato de simplesmente ofertar o exame preventivo não é suficiente para que as mulheres estejam prevenidas desta doença. Faz-se necessária uma intensa mobilização das mulheres para a prevenção do câncer e encaminhá-las segundo a sua necessidade. Vale ressaltar que no Brasil, a faixa de idade das mulheres que mais comparecem a realização do exame Papanicolaou está abaixo dos 35 anos de idade, enquanto que é a partir desta idade que o risco de estar acometida por esta doença aumenta<sup>(18)</sup>.

O exame preventivo na rede básica de saúde no Brasil é realizado em sua quase totalidade durante a consulta de enfermagem para atenção a saúde da mulher. Uma crítica é levantada com relação à consulta de enfermagem, se referindo a esta como impessoal, massificada e que a única recomendação dada à mulher pelo profissional é “a senhora tem que relaxar”.

Este comportamento agrava ainda mais os sentimentos de insegurança por parte da cliente<sup>(6)</sup>.

Com relação às práticas preventivas com relação ao câncer de colo uterino, estas se encontram na esfera do controle pessoal, estando relacionada a comportamento, estilo de vida e educação em saúde. Portanto, a prevenção desta enfermidade foge do alcance dos profissionais de saúde, sendo de responsabilidade também por parte das mulheres, e, sem que estas tenham a consciência da importância deste exame, o câncer cérvico-uterino continuará a surgir nas estatísticas como um grande vilão a saúde da mulher. Vale ressaltar que a tecnologia empregada para a prevenção desta doença é simples, de fácil execução e baixo custo<sup>(5)</sup>.

Diante disto, é importante nos recordarmos da responsabilidade que temos enquanto profissionais para criar estratégias que nos aproximem da usuária, com o estabelecimento da confiança entre ambas as partes, valorizando elementos como ambiente confortável e segurança<sup>(6)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a manutenção da saúde sexual de uma população, faz-se necessário que sejam realizadas estratégias educativas que a torne co-responsável pela saúde. Com relação a população idosa, este estudo nos mostrou muitos fatores que dificultam a realização eficaz de estratégias de Educação em Saúde: baixo nível de escolaridade, a proximidade da morte (que traz aos idosos o sentimento de impotência com relação a sua saúde), dentre outros. Contudo, temos que continuar investindo na realização de atividades que estimulem esta população, em todos os âmbitos de suas vidas.

Encontramos ainda que a maioria das mulheres que participaram deste estudo não vem se prevenindo corretamente do Câncer de Colo de Útero, tendo motivos diversos para não realizar o exame, ou ainda não tendo uma periodicidade correta para o mesmo. Isto

nos preocupa consideravelmente, por conta de ser esta uma população que reúne tabus e preconceitos neste âmbito, considerando-os invioláveis, e continuando, portanto, expostas a algumas doenças.

Pudemos também constatar a satisfação destas mulheres em habitar a instituição, dado o convívio com outros idosos e as atividades propostas pelos profissionais do local. Destacamos que nossa pesquisa não se relacionava em nada com as características do local ou com a satisfação que elas tinham em morar ali, mas durante as entrevistas, este ponto foi espontaneamente citado por algumas mulheres, que elogiaram o local, os profissionais, as atividades realizadas. Este fator é importante para a desmistificação de instituições asilares, que muitas vezes são idealizadas como sujas, descuidadas ou lugares de ocorrência de maus-tratos, passando uma nova imagem de um local onde os idosos convivem e são estimulados a continuarem vivos.

Ressalta-se, portanto, que as idosas pesquisadas, embora não apresentassem correto comportamento de prevenção, não apresentaram neoplasias, mas algumas apresentaram processos inflamatórios passíveis de tratamento, necessitando de atenção profissional nesse sentido, demonstrando a necessidade desta população ser acompanhada neste aspecto.

## REFERÊNCIAS

1. Freitas F, Menke CH, Rivoire W, Passos EP. Rotinas em ginecologia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
2. Rabelo STO, Falcão Júnior JSP, Freitas IV, Lopes EM, Pinheiro AKB, Aquino PS, et al. Gravidez e DST: práticas preventivas entre universitários. DST — J Bras Doenças Sex Transm. 2006; 18(2):148-55.
3. Pereira ECA, Schmitt ACB, Cardoso MRA, Aldighi JM. Tendência da incidência e da mortalidade por aids em mulheres na transição menopausal e pós-menopausa no Brasil, 1996-2005. Rev. Assoc. Med. Bras., 2008; 54(5):422-5.

4. Figueiredo MA, Provinciali RM. HIV/Aids em pessoas idosas. Vulnerabilidade, convívio e enfrentamento. In: Anais do VII Congresso Virtual de HIV/Aids; 2007 Mai.; Santarém. [acesso 2009 abr 15]. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/livro-7congresso.pdf#page=73>.
5. Gomes RSR, Nobrega-Therrien SM. Programa saúde da família e a incidência do câncer do colo do útero: prevenção e práticas de saúde. In: Almeida MI, Nobrega-Therrien SM. Temas em saúde da família: práticas e pesquisas. Fortaleza: Ed.UECE; 2005. p. 332-5.
6. Mesquita SMS, Moura A. Exame de prevenção do câncer de colo de útero e de mama: mulheres e profissionais de saúde enquanto atores e suas contradições. In: Almeida MI, Nobrega-Therrien SM. Temas em saúde da família: práticas e pesquisas. Fortaleza: Ed.UECE; 2005. p. 41-54.
7. Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(2):229-36.
8. Martins JJ, Schneider DG, Coelho FL, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL, et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. Acta paul. enferm., 2009; 22(3):265-71.
9. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, 1996; 4(2supl.):15-25.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Política do idoso no Brasil. [online]. [acesso 2008 maio 14]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/politica\\_do\\_idoso\\_no\\_brasil.html](http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/politica_do_idoso_no_brasil.html).
12. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2006; 28(1):27-38.
13. Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev Saúde Pública. 2007;41(1):131-8.
14. Geloski MLD. Montando o jardim de Djanira: a utilização de recursos expressivos na terapia centrada na pessoa de idade avançada. São Paulo: 2006. [online]. [Acesso 2008 maio 14]. Disponível em: <http://www.ip.usp.br/laboratorios/lapa/versaoportugues/2c5a.pdf>.
15. Freire FHMA, Aguirre MAC, Montenegro AAF, Araújo KLS. Casamento e Re-casamento: uma análise multivariada do mercado matrimonial no Nordeste. [online]. [Acesso 2008 maio 14]. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006\\_396.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_396.pdf)
16. Mesquita SMS, Moura A. Exame de prevenção do câncer de colo de útero e de mama: mulheres e profissionais de saúde enquanto atores e suas contradições. In: Almeida MI, Nobrega-Therrien SM. Temas em saúde da família: práticas e pesquisas. Fortaleza: Ed.UECE; 2005. p. 41-54.
17. Santos SSC, Feliciani AM, Silva BT. Perfil de idosos residentes em instituições de longa permanência: proposta de ações de enfermagem/saúde. Rev Rene. 2007; 8(3):26-33.
18. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

**RECEBIDO:** 16/03/2010

**ACEITO:** 29/06/2010

## CARACTERÍSTICAS DA FEBRE REUMÁTICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: CONVIVENDO COM A DOENÇA

### CHARACTERISTICS OF RHEUMATIC FEVER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH THE DISEASE

### CARACTERÍSTICAS DE LA FIEBRE REUMÁTICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: CONVIVIENDO CON LA ENFERMEDAD

ICLEIA PARENTE RODRIGUES<sup>1</sup>  
MARIA VERACI OLIVEIRA QUEIROZ<sup>2</sup>  
EDNA MARIA CAMELO CHAVES<sup>3</sup>

*Estudo descritivo, cujos objetivos foram: caracterizar os aspectos sociodemográficos, clínicos e terapêuticos de crianças e adolescentes com febre reumática e descrever experiências dos sujeitos que convivem com a doença. Desenvolvido em um hospital do Sistema Único de Saúde de referência na atenção terciária, em Fortaleza-Ce. Amostra constituída de 20 sujeitos internados com diagnóstico de febre reumática em 2004 e 2005. Na coleta, utilizaram-se dados de 20 prontuários e entrevista semiestruturada aplicada a seis (6) sujeitos escolhidos, intencionalmente, incluindo os responsáveis. A análise permitiu perceber as diversas condições clínicas e sociais que predispoem crianças e adolescentes a desconfortos físicos e psicossociais pelas restrições às condições de vida. Há, portanto, necessidade de esforços da equipe assistencial para detectar e tratar precocemente com vistas a contribuir para o melhor prognóstico e qualidade de vida daqueles que são acometidos por esta afecção.*

**DESCRITORES:** Febre Reumática; Criança; Adolescente; Enfermagem.

*This is a descriptive study whose objectives were: to characterize socio demographic, clinical and therapeutic aspects of children and adolescents with rheumatic fever and to describe the experiences of these subjects with the disease as well its treatment. It was developed at a Unified National Health System hospital, of reference. In fact, a tertiary care hospital. The sample was constituted of 20 subjects interned with rheumatic fever diagnosis in the years 2004 and 2005. For the data collection it was used 20 medical records and semi-structured interviews applied to (6) six subjects intentionally chosen, including their custodial parents. There is, therefore, the need for efforts of the assistential team to detect and to treat precociously, contributing to the best prognostic and to the quality of life improvement of those attacked by this disease.*

**DESCRIPTORS:** Rheumatic Fever; Child; Adolescent; Nursing.

*Estudio descriptivo, cuyos objetivos fueron: caracterizar los aspectos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos de niños y adolescentes con fiebre reumática y describir experiencias de sujetos que viven con la enfermedad. Desarrollado en un hospital del Sistema Único de Salud recomendable en la atención terciaria en Fortaleza-Ce. Amuestra compuesta de 20 sujetos internados con diagnósticos de fiebre reumática en 2004 y 2005. En la colecta se utilizaron datos de 20 registros médicos, además de entrevista semiestruturada, aplicada a los seis sujetos escogidos intencionalmente, incluyéndose los responsables. El análisis permitió percibir las diversas condiciones clínicas y sociales que predisponen niños y adolescentes a la falta de confortos físicos y psicosociales por las restricciones a las condiciones de vida. Hay, por lo tanto, la necesidad de esfuerzos del equipo asistencial para la detección y tratamiento precoz para mejor pronóstico y cualidad de vida de aquellos afectados por esta enfermedad.*

**DESCRIPTORES:** Fiebre Reumática; Niño; Adolescente; Enfermería.

<sup>1</sup> Especialista em Enfermagem Cardiovascular. Graduada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Rua Antônio Ferreira, 457, casa 05, Castelão, Fortaleza-CE, CEP 60743-640. Brasil. E-mail: icleia.rodrigues@terra.com.br

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos e Vice-coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da UECE. Brasil. E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

<sup>3</sup> Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente e em Cuidados Clínicos em Saúde pela UECE. Doutoranda em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Brasil. E-mail: ednacam3@best.com.br

## INTRODUÇÃO

Atualmente, observam-se várias afecções adquiridas e preveníveis que causam alterações no crescimento e no desenvolvimento da população infanto-juvenil. Dentre elas, tem-se a febre reumática, a qual deteve uma atenção especial devido ao seu poder incapacitante, uma vez que limita a convivência da criança e/ou do adolescente no ambiente social e familiar.

Durante a atuação profissional das pesquisadoras, foi possível cuidar de uma clientela com febre reumática, ora desenvolvendo ações de prevenção, ora cuidando da doença na fase ativa ou reparando suas sequelas. Nesta assistência, percebeu-se o quanto há demora ou imprecisão nos achados diagnósticos para febre reumática.

No campo da prevenção, visualizou-se a não valorização das queixas referidas pelo doente e/ou cuidador responsável. Devido à demora no diagnóstico e no tratamento específico, notou-se que, muitas crianças, desenvolvem complicações que resultam em limitações físicas e sociais com repercussões na qualidade de vida.

A febre reumática é considerada uma complicação inflamatória não supurativa que ocorre como sequela tardia de uma faringoamigdalite, causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A, em indivíduos predispostos geneticamente, principalmente, na faixa etária de 5 a 15 anos<sup>(1-2)</sup>.

Esta afecção bacteriana considerada como problema de saúde pública é percebida com maior frequência em países em desenvolvimento, pois as crianças pobres estão mais expostas à infecção pelo estreptococo e, logo, têm mais chances de desenvolverem a doença.

Trabalhos isolados demonstraram que a incidência da febre reumática é de dois a cinco casos para 100.000 crianças em países desenvolvidos, enquanto que nos países em desenvolvimento este valor pode chegar a 22 casos por 1.000 habitantes<sup>(3)</sup>. A prevalência da doença varia entre as populações, depen-

dendo da condição econômica, de moradia, higiene e nutrição, em que, em geral, é maior em zonas de baixo nível socioeconômico, devido às condições de super população e à higiene precária que predis põem a infecções<sup>(4)</sup>.

Um dos sistemas orgânicos afetado pela febre reumática é o cardiovascular, envolvendo lesões de válvulas cardíacas que podem conduzir a sequelas crônicas, incapacitantes e cardiopatias. Por isso, a febre reumática, ainda, se constitui em um grande desafio clínico, pois a cardiopatia desencadeada pela doença acarreta limitações na qualidade de vida, sendo a principal responsável pela mortalidade na idade escolar<sup>(4)</sup>.

No Brasil, apesar da escassez de dados estatísticos confiáveis, a incidência da febre reumática é de 0,3% a 3,0% da população suscetível, e um terço destes casos evolui com lesões crônicas das valvas cardíacas, correspondendo a aproximadamente seis mil novos casos de cardiopatia reumática crônica por ano<sup>(5)</sup>.

As alterações biológicas e, ao mesmo tempo, as limitações impostas pela doença, em uma faixa etária de intenso desenvolvimento somático e psíquico, podem afetar a qualidade de vida dos jovens e de suas famílias. Nesse sentido, além da descrição da amostra, contemplando características sociodemográficas e manifestações clínicas da doença, destacam-se nesta pesquisa as experiências vivenciadas por estes sujeitos com suas implicações nas condições de vida e saúde.

Estudos mostram que a doença crônica na criança e na adolescência pode trazer repercussões negativas por ocorrer em momentos da vida em que estes infantes convivem com fatores estressantes próprios da faixa etária e ao mesmo tempo, por lidar com aqueles produzidos pela doença e pelas necessidades de mudanças comportamentais que o tratamento da doença exige. Algumas fases da doença podem ser previsíveis, outras podem ser incertas, porém todas causam impactos e danos à criança e à família. Cada fase requer tarefas próprias destas pessoas, mudanças de comportamentos, atitudes e readaptações<sup>(6)</sup>.

A febre reumática pode ser considerada uma doença crônica de evolução lenta e progressiva que necessita de tratamento intensivo com a participação harmoniosa entre a criança, a família e o profissional de saúde. Entretanto, sabe-se que o cuidado à saúde ainda ocorre de forma fragmentada e desvinculada do contexto social no qual pertence o ser cuidado, o que agrava mais ainda as decisões e ações de recuperação e reabilitação da saúde.

Ao refletir sobre as considerações acima, e reconhecendo a efetividade das ações na prevenção da referida doença, optou-se por ampliar o conhecimento sobre as condições que atravessam o diagnóstico, a terapêutica e as repercussões na vida e na saúde dos sujeitos acometidos, considerando os aspectos socioculturais envolvidos na febre reumática, a fim de contribuir nas ações e nos cuidados direcionados ao indivíduo e não apenas à doença.

Diante da problemática da febre reumática, este trabalho tem relevância na compreensão teórica e prática sobre esse fenômeno que traz implicações sociais, pois se torna um problema de saúde pública que requer atenção especializada e medidas de intervenção. Assim, a pesquisa apresenta informações que poderão subsidiar ações profissionais e políticas de melhoria nas ações de prevenção e recuperação da saúde das crianças e dos adolescentes.

Logo, foram objetivos deste estudo: caracterizar os aspectos demográficos, clínicos e terapêuticos de crianças e adolescentes com febre reumática e descrever as experiências e o tratamento dos sujeitos acometidos pela febre reumática.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo descritivo que traz características particulares de crianças e adolescentes em situações de adoecimento com febre reumática e suas experiências na convivência com a doença. Teve, portanto, o propósito de observar e descrever os fenômenos associados ao objeto da pesquisa expostos nos objetivos.

O local da pesquisa foi uma Unidade de Interação Pediátrica, de um Hospital do Sistema Único de Saúde (SUS), de referência secundária e terciária no atendimento ao público em geral, incluindo a criança e o adolescente, sediado em Fortaleza, Ceará, Brasil.

A Unidade de Pediatria possuía, durante o estudo, 36 leitos, incluindo clínicos e cirúrgicos, sendo, exclusivamente, da clínica pediátrica o quantitativo de 16 leitos. Estes leitos possuem, normalmente, pouca rotatividade, por ser o hospital em questão, de ensino, com residência médica, admitindo várias crianças para esclarecimento diagnóstico. Vale esclarecer, que os casos clínicos pediátricos visualizados na internação, normalmente, são casos insidiosos que carecem de internamentos repetidos, repercutindo, ainda assim, na menor rotatividade de leitos.

A amostra, para o estudo de prontuários, foi constituída de 20 crianças na faixa etária pré-escolar e escolar, de ambos os sexos, aproximando-se do total de crianças atendidas em 2004 e 2005 com o diagnóstico de febre reumática no hospital em estudo. Os critérios de exclusão empregados na pesquisa foram: ser portador de outra doença crônica, menor de quatro anos e maior de 18 anos, morar fora do estado do Ceará.

A identificação das crianças com diagnóstico de febre reumática foi obtida por meio do livro de registro da enfermagem pediátrica, na qual constavam dados relativos à admissão, ao número do prontuário, ao diagnóstico e à alta hospitalar das crianças internadas. A partir destes dados primários, foi realizada uma busca nos prontuários dos casos de febre reumática, de janeiro/2004 a dezembro/2005, tendo como suporte para o acesso ao prontuário o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico.

Para apreensão das informações sobre a convivência dos sujeitos com a doença, foi utilizada a entrevista semiestruturada com seis crianças, incluindo em algumas, os seus responsáveis. As questões norteadoras das entrevistas foram: o que mudou em sua vida após o diagnóstico de febre reumática? Como concilia

o tratamento da doença e as suas atividades de vida diária, como escola e lazer? Que impedimentos ocorreram na sua vida após a doença?

Com esse quantitativo, percebeu-se a saturação teórica, que significa a repetitividade das informações. Na pesquisa qualitativa, o fim da coleta ocorre quando outras observações não trazem nenhum conhecimento adicional<sup>(7)</sup>.

Os entrevistados foram contactados por meio de informações nos prontuários avaliados, tendo em vista os registros admissionais de internação e/ou os relatórios do serviço social. Após a obtenção das informações para contato, propôs-se por telefone um encontro no hospital, local onde se desenvolveu o estudo, para realização da entrevista. Foi buscado um ambiente adequado que proporcionasse privacidade, para que os sujeitos se sentissem à vontade para relatar as experiências vivenciadas diante da doença. As entrevistas foram gravadas e os participantes foram identificados pela letra "E", seguido do número de ordem da entrevista.

Os dados extraídos dos prontuários sobre os aspectos sociodemográficos, clínicos e terapêuticos dos sujeitos foram descritos na ordem das variáveis pesquisadas. Seguidamente, foram apresentadas analiticamente as experiências dos sujeitos incluídos intencionalmente, cuja finalidade foi abordar questões que derivam dos componentes vividos pelos sujeitos nas situações reais do adoecimento.

Desse modo, as entrevistas foram analisadas, após leituras repetidas, buscando identificar os conteúdos significativos, codificando-os por palavras-chave, que posteriormente, foram agrupados em temáticas, tendo por base os discursos semelhantes e divergentes para a formação das categorias analíticas. A análise/interpretação dos aspectos subjetivos abstraídas dos discursos resultou na apreensão das experiências das crianças e dos adolescentes convivendo com o adoecimento por febre reumática.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da instituição, protocolada sob o nº 011206/06. Por ser

um estudo descritivo, envolvendo além da revisão de prontuários, foi apresentado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido à criança e ao seu responsável legal. Após, tomarem ciência do conteúdo que contemplavam os objetivos e os benefícios da pesquisa, a garantia do anonimato dos participantes, bem como a liberdade de participar ou não do estudo, todos os convidados (criança/adolescente e o responsável legal) assinaram o referido termo. Assim, desenvolveu-se a pesquisa seguindo os preceitos éticos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(8)</sup>.

## DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados obtidos, diretamente dos prontuários, foram descritos seguindo as questões do estudo, os quais contemplaram os aspectos sociodemográficos, clínicos e terapêuticos relacionados às crianças com febre reumática.

Em relação ao sexo, registraram-se onze (11) crianças do sexo masculino e nove (09) do sexo feminino. A faixa etária variou nas seguintes frequências: quatro crianças de cinco a nove anos; quatro crianças de nove a doze (12) anos e a maior parte encontrou-se entre 12 e 15 anos com 12 adolescentes. Quanto à procedência, os dados encontrados foram 16 crianças da capital e quatro (04) do interior. Vale ressaltar que as faixas etárias foram organizadas, tendo em vista a aproximação das diferenças dos sujeitos sobre o crescimento e o desenvolvimento. Consideraram-se as diferenças em diversos aspectos cognitivos, de linguagem, psicossociais, enfim influências comportamentais que se manifestam nas faixas etárias relativas à infância e à adolescência. A faixa etária de ocorrências de febre reumática, neste estudo, teve variação de 5 a 15 anos. Esta fase é explicada, tendo em vista que o quadro clínico da febre reumática manifesta-se após instalação de um quadro inflamatório das vias áreas superior de etiologia estreptocócica em indivíduos predisponentes à doença e, é nesta fase de crescimento e desenvolvi-

mento, que se observa maior frequência de faringites estreptocócicas<sup>(9-10)</sup>.

O sexo e a procedência foram demonstrados com a finalidade de caracterizar a população pesquisada, já que não foi encontrado em nenhuma literatura a relação destes com o grau de incidência ou surgimento da doença em questão. Sobre a escolaridade, verificou-se que foi citada, apenas, insuficientemente nos prontuários, não permitindo uma melhor caracterização dos sujeitos em estudo. Alguns aspectos socio-demográficos, registradas nos prontuários pela ficha do serviço social, despertou-nos atenção especial pelo fato de que, embora a maioria das residências fosse de alvenaria, com saneamento básico e com registros de água tratada, a relação número de cômodos e pessoas chegou a 1-3 e 4-10 entre a maior parte dos sujeitos estudados. Este fato demonstra a prevalência da febre reumática em relação à condição econômica, moradia, higiene e nutrição, cujas condições de superlotação e higiene precária predispõem as infecções<sup>(4)</sup>.

As condições sociodemográficas e ambientais são claramente vinculadas, neste estudo, à incidência da febre reumática, sendo mais prevalentes nos locais em que as pessoas vivem aglomeradas. Vários estudos contribuintes demonstram que famílias de crianças com febre reumática têm em média maior número de pessoas por dormitório. Este achado ambiental irá contribuir para um risco maior de disseminação de infecções estreptocócicas<sup>(9,11)</sup>.

Nesse sentido, é mister implementar medidas de prevenção e controle, como redução de exposição ao estreptococo do grupo A, profilaxia primária para prevenção inicial de um surto de febre reumática, e profilaxia secundária para prevenir surtos recorrentes. Estas medidas devem ser ressaltadas, uma vez que os custos são insignificantes e os benefícios no combate à doença incapacitante são grandiosos.

Ocorrências clínicas e terapêuticas observadas durante a trajetória de internação dos sujeitos acometidos por febre reumática foram destacadas, visando entender a evolução da doença e as intervenções a que

são submetidos durante a assistência hospitalar. São vários os procedimentos realizados para esclarecimentos diagnósticos e intervenções clínicas, por parte de muitos profissionais. Tais ocorrências, em função da febre reumática, mostram o sofrimento da criança e do adolescente que em condição plena de crescimento e desenvolvimento são acometidos por doenças e agravos que podem ser preveníveis.

A criança e/ou adolescente com febre reumática são submetidos a variados exames laboratoriais, de imagens e cardiológicos para identificação clínica e diagnóstico diferencial, necessitando de internações para resolução do tratamento, bem como de exposição a procedimentos invasivos de punção sanguínea rotineira<sup>(12)</sup>.

Quanto ao tratamento clínico farmacológico, resalte-se que se consistiu, principalmente, de anti-inflamatórios, antibióticos e tratamento específico para a coréia de *Sydenham*, uma manifestação da doença que é caracterizada por uma série de sintomas neuropsiquiátricos, incluindo movimentos anormais (coréia e tiques) e comportamento obsessivo-compulsivo. Alguns desses sintomas são também observados na síndrome de Tourette e no transtorno obsessivo-compulsivo. O *Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated With Streptococcus* (PANDAS) foi introduzido para descrever um grupo de pacientes com esses diagnósticos, em que o início dos sintomas ou a exacerbação destes correlacionam-se à infecção estreptocócica<sup>(13)</sup>. A terapêutica medicamentosa da febre reumática foi discutida neste estudo para verificação das medicações usualmente utilizadas durante o processo de internação hospitalar.

O uso de anti-inflamatórios foi identificado durante as manifestações articulares e no tratamento da cardite. A droga utilizada pelos pacientes avaliados para alívio da artrite reumática foi o anti-inflamatório não-hormonal, ácido acetilsalicílico, já os corticosteróides foram utilizados em todas as crianças e/ou adolescentes com comprometimento cardíaco. O corticóide de escolha prescrito foi a prednisona. Ainda,



sobre a terapêutica com fármacos, observou-se que o antibiótico de primeira escolha na prática clínica, foi a penicilina benzatina por via intramuscular, sendo prescrita em todos os casos avaliados, não percebendo nenhum registro de reações adversas. Nos pacientes que ocorreram sintomas de coréia de *Sydenham*, a droga usada durante a terapêutica medicamentosa foi o haloperidol no controle dos movimentos coréicos.

Por ser uma doença que necessita de controle pós-internação, o seguimento terapêutico e as orientações de alta foram identificados nesta pesquisa. Fato que demonstra que a continuidade do tratamento da afecção reumática deve ser supervisionada, visando a uma melhor aderência à terapêutica sugerida.

Percebeu-se que o encaminhamento da criança e/ou adolescente com febre reumática para acompanhamento ambulatorial foi uma constante em todas as sugestões para alta da internação hospitalar. A penicilina benzatina, antibiótico de eleição para tratamento da profilaxia secundária, também, foi citado como fundamental em todas as orientações de alta, conferindo cobertura antimicrobiana e prevenindo novas infecções pelo estreptococo.

O encaminhamento cardíaco especializado foi encontrado em menos da metade dos prontuários avaliados, sendo que em um destes encaminhamentos a criança foi transferida para realização de cirurgia cardíaca. Isso demonstra que o componente cardiovascular é um fato marcante na doença reumática, podendo acometer estruturas coronárias, acarretando restrições físicas e sociais.

Tendo em vista a relevância e abrangência da patologia em questão, no que se diz respeito à qualidade de vida e à saúde do ser acometido, compreende-se que o diagnóstico da febre reumática é permeado por sentimentos e dificuldades construídas sob diversas dimensões que incluem aspectos subjetivos da experiência vivida.

Para compreensão de parte destas dimensões, descreveram-se algumas experiências dos sujeitos na convivência com a doença. Os aspectos relevantes

inscritos na subjetividade de cada sujeito estão ilustrados nas categorias analíticas abstraídas, denominadas como: restrições em atividades da vida diária; trajetória das crianças entre os primeiros sintomas e o diagnóstico definitivo.

### Restrições em atividades da vida diária

As limitações físicas e sociais presentes na vivência do indivíduo com febre reumática retratam o poder incapacitante que a doença pode acarretar. Inferiu-se, todavia, a menção ao cansaço físico, com dispnéia aos esforços. *Sabe eu gostava muito de jogar vôlei, e hoje se joga, fico muito cansada, não é a mesma coisa de antes* (E1). *Depois da doença, eu percebi que ele cansa mais rápido. Ele brincava muito no colégio e a professora me falou que ele não conseguia mais brincar como antes* (E2). *Quando ele anda de bicicleta, ele cansa muito rápido pedalando e fica chateado por não acompanhar os amiguinhos* (E3).

Estes relatos confirmam o que a literatura expõe sobre as complicações da febre reumática, a exemplo: a afecção cardiovascular observada com a presença de dispnéia, a qual pode proporcionar sequelas limitantes tanto físicas quanto sociais. Estas sequelas podem restringir a realização de afazeres diários, bem como o convívio social destas crianças e/ou adolescentes acometidos pela doença, por não poderem participar de algumas das atividades físicas realizadas por seus colegas de mesma faixa etária. Portanto, a febre reumática pode ser considerada a causa de doença cardiovascular adquirida mais frequente e importante da infância e adolescência com impactos econômicos e sociais para o paciente, a família e a sociedade<sup>(14)</sup>.

A cardite reumática tem sua relevância por ser um fator colaborador para uma possível cirurgia valvar. A cardite acarreta inflamação de todos os folhetos do coração, mas as consequências manifestam-se de forma mais pronunciada no miocárdio e no endocárdio. A insuficiência cardíaca na cardite grave ocorre tanto por disfunção miocárdica como por apareci-

mento ou aumento de regurgitação valvar. Nos raros casos de insuficiência cardíaca refratária, a pulsoterapia se faz necessária se houver insuficiências graves, pode ser necessária a abordagem cirúrgica na fase aguda da doença. Tal intervenção, entretanto, deve ser realizada no período de estado em pacientes com insuficiência cardíaca refratária, pelas dificuldades técnicas e alta mortalidade<sup>(15)</sup>. Assim, nota-se a necessidade de medidas preventivas que reconheçam os fatores precipitantes para tal questão, dentre eles a presença de dispnéia, visualizada neste estudo. Esta acuidade diagnóstica trará possibilidades de melhor prognóstico para a criança e/ou adolescente, impedindo que este(s) se depare(m) com situações físicas restritivas.

Diante desta situação de limitação, o ser vitimado pela doença, além do aspecto físico, vivencia um conflito cognitivo que atinge também a socialização. Conforme os relatos destas crianças, eles se sentem diferentes ao perceberem que outras as crianças realizam atividades de recreação que eles não conseguem.

Nessa perspectiva, o conflito é exteriorizado, muitas vezes, através de atitudes agressivas reacionais que retratam a negação da doença, rejeitando as medidas de tratamento propostas pela terapêutica, demonstrando ansiedade relacionada à perda de controle de suas atividades, devido à imposição do quadro clínico restritivo<sup>(16)</sup>. Esta ocorrência visualiza-se nas falas das mães que contribuíram com suas opiniões durante as entrevistas: *... sabe, eu acho que esta doença deixa a criança mais agitada, porque depois da doença, ele ficou triste, zangado e choroso, dizendo que nunca mais seria o mesmo* (E5). *O comportamento dela mudou, ela está mais agressiva, pois se chateia muito por ter a doença, reclama que tudo que vai fazer eu lembro que não pode por causa da doença* (E4).

Conviver com a febre reumática pode ser conflitante para um ser que está vivenciando suas primeiras atitudes de formulação da personalidade, podendo ocasionar sérios problemas no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional. O comprometimento clí-

nico da doença foi visualizado como um fator contribuinte na limitação da atividade diária.

Deste modo, a febre reumática é percebida, principalmente, na fase pré-escolar e escolar, etapa cuja escolaridade nessa faixa etária é considerada fator preponderante na vivência social da criança, como também do adolescente.

Devido ao período de internação e, muitas vezes, internações sucessivas, com idas e vindas aos médicos para reavaliações, bem como as dores de possíveis recidivas, a criança e/ou adolescente se vê vitimado a perdas de aulas, e o déficit escolar é praticamente inevitável. *Eu repeti até de ano por causa das internações, quando chegava em casa, não queria ir para o colégio, tomava as medicações e dormia muito* (E1). *Quando tive a doença, atrapalhou muito os estudos...* (E2). *Tinha uma memória muito fraca, até repetiu de ano na escola...* (E4).

Estudo realizado com 100 pacientes portadores de febre reumática, na cidade de São Paulo, com idades de até 18 anos incompletos, observou que 84 pacientes perderam, desde o início da doença, 1.812 dias de aulas na escola (média de 21,6 dias/paciente). As faltas dos alunos decorreram principalmente da impossibilidade de ir à escola por problemas de saúde, incluindo as consultas médicas e a realização de exames. Houve 22 casos de repetência (média de 0,06 repetência/paciente/ano)<sup>(17)</sup>.

Estes dados revelam que a repetência e os dias perdidos de aula são fatores presentes em indivíduos com febre reumática, proporcionando prejuízos individuais, familiares e sociais, afetando a qualidade de vida atual e futura do ser acometido por esta afecção estreptocócica.

### Trajatória das crianças entre os primeiros sintomas e o diagnóstico definitivo

Durante as entrevistas, os relatos foram incisivos sobre a trajetória que fazem entre o hospital e o domicílio, principalmente, na fase diagnóstica com

repetidos exames, realizados entre um serviço e outro. A mãe ou outra pessoa responsável pela criança a conduzia a vários locais entre assistência menos complexa a mais complexa, a procura de serviço médico, conforme foi evidenciado na trajetória desses pacientes. *Primeiro levei para o posto de saúde, fui encaminhada para o hospital Infantil Albert Sabin, depois levei para o Hospital Geral de Fortaleza (E2). Fui primeiro no posto de saúde. Fui ao Gonzaginha de Messejana... Em casa ele piorou de novo e fui para o Frotinha de Messejana onde fui encaminhada para o Albert Sabin e depois vim parar aqui (E4).*

Os depoimentos mostram a trajetória entre diagnóstico e tratamento decorrentes da variedade de procedimentos realizados, que trazem desconforto para a criança e o adolescente, principalmente, pela demora, pelas idas e vindas ao serviço de saúde. Tanto a criança como o acompanhante anseiam pela alta médica e pelo retorno a casa<sup>(18)</sup>. Tal realidade também elucidada que embora haja exames especializados para confirmação do diagnóstico dessa doença, em nosso meio há certa dificuldade na detecção precoce da doença e na prevenção de complicações. Diante dessa realidade, entende-se ser necessária maior atenção dos profissionais na suspeita da doença que é baseada em sinais clínicos evidentes. Tais dificuldades podem ser observadas em outros relatos: *... tomei comprimidos para a garganta, fiquei boa, depois piorei... (E6). Quando os resultados de uns exames chegaram à doutora suspendeu a benzetacil e ela começou a tomar outro remédio e disse que provavelmente ela não tinha febre reumática era outra doença. Ela tinha tomado benzetacil por mais de um ano todo mês (E1). Ele tem a doença há dois anos... toda vida ele tomou a benzetacil bem diretinbo, aí na última consulta a doutora disse que não precisava mais tomar a benzetacil, passou outro remédio e disse que ele estava com outra doença (E4).*

Experiências da criança com outra doença crônica, como a doença renal, são percebidas como uma trajetória que vai não apenas com o início da doença, com mudanças frequentes e intensas, mas a cada modalidade de tratamento que é permeado por inúmeras

alterações e adaptações. As crianças chegam a relatar o sentimento gerado pelos procedimentos, hospitalização, infecção e medo da dor e da morte<sup>(19)</sup>.

Em relação à rotina de vida diária, a febre reumática tem algumas semelhanças com a doença renal crônica, sendo esta mais complicada, por requerer tratamento dialítico, sendo o diagnóstico mais acessível devido às características de sinais e sintomas que sugerem a confirmação da doença nos exames laboratoriais. Já a febre reumática não possui exame laboratorial patognomônico, e a interpretação de queixas, a avaliação dos sinais do exame físico e das alterações laboratoriais não são sempre satisfatórias. O diagnóstico diferencial é amplo, em meio às enfermidades reumáticas da infância, envolvendo desde patologias localizadas e regionais, até doenças sistêmicas complexas que têm como característica comum a presença de dor articular com ou sem lesões nas estruturas adjacentes, como ossos, músculos, ligamentos e tendões. Por serem doenças crônicas, comumente, observam-se interações insidiosas, podendo afetar o crescimento e desenvolvimento físico, psíquico e social da criança, exigindo tratamento especializado e complexo, no intuito de evitar prejuízos e incapacitação funcionais permanentes e proporcionar melhor qualidade de vida e inserção social do indivíduo afetado na família, na escola e no meio social em que vive<sup>(1)</sup>.

Além disso, são poucos os estudos nacionais e internacionais multicêntricos que abordam a febre reumática como tema principal, de modo a oferecer contribuições para as condutas profissionais. Muitos dos recursos destinados a estudos clínicos são dispensados a outras doenças que parecem ter maior relevância e impacto social e, reserva-se a febre reumática uma posição secundária nas prioridades relacionadas à pesquisa. O resultado disso é que, ainda hoje, o diagnóstico de febre reumática é carente de acurácia, formando hiatos e indefinições relacionados à terapêutica<sup>(14)</sup>.

Soma-se à dificuldade de formulação diagnóstica a pouca habilidade do profissional na reali-

zação do exame físico e na escuta atenta às queixas referidas pelos pacientes durante a anamnese. Como ressaltado, a melhor ferramenta para um diagnóstico adequado é a história clínica detalhada e o exame físico minucioso. Este desinteresse pelas queixas do paciente mostrou-se evidente. *Nas consultas não era a doutora que atendia era uns alunos dela. Aí um dia na consulta um deles estava olhando no celular, eu falava e eu acho que ele nem estava ouvindo. Aí ele escreveu um negócio bem pequenino no prontuário e mostrou a doutora e voltamos para casa, sem muita explicação...* (E2).

Por meio destas afirmações, é possível ter ideia de parte da situação vivida pelos sujeitos usuários e familiares, quando o cuidado produzido traz incerteza, insegurança e, muitas vezes, é centrada no tecnicismo sem valorizar a relação interpessoal e o contexto sociofamiliar, provocando esses sentimentos negativos.

Neste sentido, é importante entender que o surgimento de qualquer doença afeta diretamente o grupo social em que o paciente está inserido; a família é o primeiro grupo a enfrentar a situação de cronicidade na criança diante da rotina em função da mesma, mudanças e um relacionamento de renúncia e doação<sup>(20)</sup>.

Esta condição humana de adoecimento implica em necessidades de atenção e acolhimento, um corpo mais humano para a clínica com a capacidade de afetar e ser afetado; ensina a existência de um corpo sem órgãos, corpo do encontro, pois a produção da atenção não se esgota na prestação de práticas biomédicas ou normativo-cuidadoras, envolve a capacidade de acolhimento do outro, o contato com a alteridade, a produção de um dizer-se respeito, em que a interação promove práticas de si, nascidas para cada agente em relação, produção de um ambiente-tempo comum ou, cada vez mais, comum entre dois, um momento intensamente intercessor, encontro, no qual, de um jeito ou de outro, dele esperam seus agentes a mesma coisa: que seja eficaz para solucionar ou aplacar sofrimentos tidos como problemas de saúde<sup>(21)</sup>.

A febre reumática apresenta caráter complexo e multifatorial a envolver o contexto sociosanitário, sendo responsabilidade de muitos que cuidam da saúde, incluindo a família. Esta nem sempre dispõe de condições favoráveis para deslocar-se com frequência ao serviço de saúde, além da condição financeira, enfrenta, ainda, a dificuldade de acesso. Apesar das mudanças positivas no sistema de saúde, há deficiência no sistema, percebida pela falta de acesso a todos, igualmente, como preconiza o SUS.

A escuta promovida pelo acolhimento contribuirá na identificação dos problemas de saúde dos usuários buscando compreender os seus significados e as possíveis soluções. As equipes de trabalho e até aquelas que assumem o “acolhimento” na porta de entrada não desenvolvem uma comunicação interativa capaz de solucionar ou encaminhar as dificuldades que conduzem o usuário ao serviço de saúde, trazendo resolutividade do problema de saúde em si ou outros associados.

Neste estudo, especificamente, além das dificuldades que se apresentam, desde a definição diagnóstica até o tratamento, os usuários se depararam com o desinteresse e o descaso de suas queixas durante a entrevista clínica. Este fato compromete a assistência com prejuízos no prognóstico e no tratamento da doença, aumentando possibilidade de sequelas, restrições físicas e sociais que interferem diretamente na qualidade de vida do paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A febre reumática, doença conhecida a mais de um século, ainda continua sendo um importante problema de saúde pública, merecendo destaque na prática diário do enfermeiro. O acometimento cardíaco foi visto como fator que pode resultar em sequelas físicas e sociais, as quais interferem na qualidade de vida do ser vitimado pela infecção. Nessa perspectiva, os resultados demonstram que o diagnóstico e o tratamento da febre reumática são permeados de dificul-

dades no serviço público, comprometendo as diversas dimensões socioeconômicas, culturais e sanitárias.

Na caracterização social e demográfica, os dados mostram que a faixa etária encontrada está entre 5 e 15 anos de idade, ou seja, inicia-se na fase infante e atravessa a fase de adolescência, podendo ter repercussões na idade adulta. Na análise das condições sociodemográficas, observou-se que a relação número de cômodos e pessoas chegou a 1-3 e 4-10, demonstrando que a aglomeração é um fator precipitante e colaborador para o aumento de infecções estreptocócicas que podem desencadear a febre reumática.

Visualizou-se que a internação é marcada por vários procedimentos invasivos e não invasivos que possibilitam uma análise da evolução clínica da doença e suas alterações orgânicas. Este fato demonstra que apesar dos avanços científicos e tecnológicos ainda há dificuldades na confirmação diagnóstica da doença em questão, expondo a criança a diversos procedimentos de identificação diagnóstica que sugerem disponibilidade de dias de internação para sua realização, bem como estrutura mental e física para espera da confirmação da doença.

A terapêutica medicamentosa, também, foi característica avaliada no percurso da internação. O uso de anti-inflamatórios, antibióticos e o tratamento da coréia de *Sydenham* foram encontrados neste estudo como formas clínicas de manifestações da doença.

Constatou-se limitações físicas e psicossociais, comprometendo atividades da vida diária, como a escolaridade e o lazer que são tão significativos na vida da criança. Este conhecimento vem a demonstrar que a febre reumática pode proporcionar restrições na qualidade de vida, com consequências individuais, familiares e sociais.

Soma-se a tudo isso a demora no reconhecimento da doença, conforme referido pelos entrevistados, dificultando um tratamento específico, o que resulta em um tempo prolongado de internações, procedimentos laboratoriais repetitivos, e demora diagnóstica precisa.

As informações sobre características da febre reumática, manifestações na criança e no adolescente em pleno desenvolvimento, associadas às experiências vividas mostram uma trajetória carregada de sofrimento e insegurança na vida dos sujeitos e da família. Portanto, requer um cuidado individualizado com base nos relatos de cada um, sendo responsabilidade de todos que cuidam da saúde disponibilizar de condições favoráveis para o enfrentamento da doença e garantir o acesso e respostas às necessidades destes usuários que trazem consigo muitas dificuldades, incluindo as barreiras geográficas e financeiras. Portanto, conhecer a trajetória no diagnóstico e no tratamento, as consequências psicossociais da febre reumática para criança e adolescentes, devem ser o início para a busca contínua de desenvolvimentos de estratégias para uma assistência que contribua para o melhor prognóstico e para a melhoria da qualidade de vida daqueles acometidos por esta afecção.

## REFERÊNCIAS

1. Goldenstein SC. Febre reumática. *Ped Mod.* 2008; 44(1):5-13.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. II Consenso sobre prevenção da febre reumática. Grupo de trabalho da febre reumática [online]. 1997 [citado 2008 Dez 20]. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=24&id\\_detalle=1613&tipo\\_detalle=S](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalle=1613&tipo_detalle=S).
3. Gonçalves HAT. O programa de prevenção da febre reumática no Brasil. In: Sheila OKE, Azevedo ED, editores. *Reumatologia pediátrica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 392.
4. World Health Organization (WHO). Rheumatic fever and rheumatic heart disease — report of a WHO Expert Consultation 2001 [cited 2009 jan 01]. Available from: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/resources/trs923/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/trs923/en/)
5. Departamento de Informática do SUS (Datasus). O sistema de informações de mortalidade — ori-

- gem e evolução [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [citado 2009 Jan 01]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>.
6. Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doenças crônicas: convivendo com mudanças. *Rev Latino-am Enferm*. 2002; 10(4):552-60.
  7. Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.
  8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP. Resolução n. 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 21996; 4(2 supl.):15-25.
  9. Rachid A. Novidades e aspectos clínicos controversos da febre reumática. *Rev Bras Reumatol*. 2002; 42(3):176-81.
  10. Prokopowitsch AS, Lofuto PA. Epidemiologia da febre reumática no século XXI. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2005; 15(1):1-4.
  11. Sztajn bok FR, Serra CRB, Rodrigues MCF, Mendoza E. Doenças reumáticas na adolescência. *J Pediatr*. 2001; 77(2):234-44.
  12. Guilherme L, Kalil J. Febre reumática: da definição do agente etiológico no início de século 20 à compreensão da patogênese da doença e possibilidade de imunoterapia. *Rev Bras Reumatol*. 2002; 42(4):IX-X.
  13. Teixeira Júnior AL. Coréia de Sydenham: um modelo de transtorno neuropsiquiátrico auto-imune? *Psiquiatr Biol*. 2003; 11(4):133-5.
  14. Pereira BAF, Silva NA, Almeida Netto JC. Controvérsias no diagnóstico e no manejo da febre reumática. *Rev Bras Reumatol*. 2003; 42(4):236-40.
  15. Grinberg M, Spina GS. Indicação cirúrgica na febre reumática aguda. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2005; 15(1):92-6.
  16. Nettina SM. Prática de enfermagem. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
  17. Terreri MT, Len C, Hilário MOE, Goldenberg J, Ferraz MB. Utilização de recursos e custos de pacientes com febre reumática. *Rev Bras Reumatol*. 2002; 42(4):211-7.
  18. Beserra EP, Lúcio IML, Cardoso MVLML. Cuidado de enfermagem à criança hospitalizada: uma experiência na percepção discente-docente. *Rev Rene*. 2007; 8(2):93-100.
  19. Vieira SS, Dupas G, Ferreira, NMLA. Doença renal crônica: conhecendo a experiência da criança. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(1):74-83.
  20. Marcon SS, Sassá AH, Soares NTI, Molina RCM. Dificuldades e conflitos enfrentados pela família no cuidado cotidiano a uma criança com doença crônica. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007; 6(supl. 2):411-9.
  21. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009; 13(supl. 1):531-42.

**RECEBIDO:** 04/06/2009

**ACEITO:** 10/06/2010

## SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E SUA RELAÇÃO COM A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO\*

## MENTAL HEALTH SERVICES AND THEIR RELATION WITH NURSING EDUCATION

## SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN DEL ENFERMERO

AMANDA NATHALE SOARES<sup>1</sup>BELISA VIEIRA DA SILVEIRA<sup>1</sup>AMANDA MÁRCIA DOS SANTOS REINALDO<sup>2</sup>

*O ensino da disciplina enfermagem psiquiátrica e saúde mental na graduação em enfermagem das universidades federais do Brasil utiliza concepções e tecnologias de cuidados que devem estar consoantes com os serviços de saúde mental utilizados como campo de prática dessa disciplina. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem exploratória, que utilizou como instrumento um questionário enviado aos docentes das disciplinas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Tem como objetivo analisar os serviços extra-hospitalares de saúde mental utilizados como campo de prática de acadêmicos de enfermagem na perspectiva da formação do enfermeiro. Denota-se que os serviços de saúde mental utilizados para campo de prática, neste estudo, foram todos substitutivos, em sua maioria CAPS II, providos de objetivos e atividades similares e de condições físicas que se diferem conforme a região na qual estão situados. Os campos de estágio utilizados incitam uma formação voltada à contemplação dos princípios da Reforma Psiquiátrica.*

**DESCRIPTORES:** Saúde Mental; Ensino; Serviços de Saúde Mental.

*Teaching on psychiatric nursing and mental health in undergraduate nursing programs at Federal Universities around the Brazil uses conceptions and care technologies that should be in line with the mental health services used as practical teaching areas for this subject. It is an exploratory case study, using a questionnaire sent to the faculty members responsible for psychiatric nursing and mental health subjects. The objective of this research is to analyze the extra-hospital mental health services used as practical areas for nursing students from the perspective of nursing education. The mental health services used as practice areas in this study were all substitutive, mostly CAPS II, with similar objectives and activities as well as physical conditions that differ according to the region they are placed. The conclusion is that training areas used incite education in line with the principles of the Psychiatric Reform.*

**DESCRIPTORS:** Mental Health; Teaching; Mental Health Services.

*La enseñanza de la asignatura enfermería psiquiátrica y salud mental en la licenciatura en enfermería de las universidades federales del Brasil utiliza concepciones y tecnologías de cuidados que deben estar acordes con los servicios de salud mental utilizados como campo de práctica de esa asignatura. Se trata de un estudio de caso, de abordaje exploratorio, que utilizó como instrumento un cuestionario enviado a los docentes de las asignaturas de enfermería psiquiátrica y salud mental. Planteó como objetivo analizar los servicios extra-hospitalarios de salud mental utilizados como campo de práctica de académicos de enfermería bajo la perspectiva de formación del enfermero. Se observa que los servicios de salud mental utilizados para campo de práctica, en este estudio, fueron todos substitutivos, en su mayoría CAPS II, con objetivos y actividades semejantes y condiciones físicas que difieren según la región en la cual están situados. Los campos de práctica utilizados estimulan una formación centrada en la contemplación de los principios de la Reforma Psiquiátrica.*

**DESCRIPTORES:** Salud Mental; Enseñanza; Servicios de Salud Mental.

\* Extraído do subprojeto da pesquisa intitulada "A arquitetura do possível: mapeamento da estrutura física dos serviços extra-hospitalares de atenção em saúde mental", 2007.

<sup>1</sup> Graduandas em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)/Brasil. E-mail: mandinha0708@yahoo.com.br e belisavs@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem Aplicada da UFMG. Escola de Enfermagem da UFMG. Av. Alfredo Balena, 190, sala 518. Santa Efigênia. Belo Horizonte — Minas Gerais. CEP: 30130-100/Brasil. E-mail: amsreinaldo@enf.ufmg.br

## INTRODUÇÃO

A articulação entre a concepção do processo saúde-doença e a tecnologia de cuidados foi construída historicamente, consoante às tendências sócio-políticas hegemônicas que definem cada marco cronológico. Os elementos constituintes do processo assistencial perpassam desde a macro-organização da instituição de tratamento/reabilitação até os detalhes micro-organizacionais que se criam na relação profissional-paciente.

No que tange à psiquiatria, em particular, a estruturação organizacional dos estabelecimentos destinados ao tratamento dos portadores de transtorno mental apresenta-se, desde sua origem, como relevante estratégia de implementação dos modelos assistenciais.

Os hospitais psiquiátricos constituem-se, desde sua origem, em locais que possuem, fisicamente, características peculiares, como, por exemplo, a presença marcante de grades, portas trancadas, cadeados e espaços delimitados<sup>(1-2)</sup>. Trata-se de espaços cuja arquitetura pode ser classificada como manutente, uma vez que, apresenta-se “acabada, duradoura, que se mantém através dos tempos, basicamente como em seu projeto original”<sup>(3:32)</sup>.

No Brasil, particularmente, em 1941, predominavam os hospitais psiquiátricos públicos, cuja responsabilidade atingia 80,7% dos leitos do país. Os asilos consolidavam a política macro-hospitalar pública, representando o principal meio de intervenção sobre a doença mental. Esse período, que se estende de 1941 a 1954, incitado pelo decreto-lei 8.550, de 3 de janeiro de 1946, foi marcado pela expansão dos hospitais psiquiátricos públicos, cuja função social era, essencialmente, a exclusão. Em contraposição ao crescente número desses estabelecimentos públicos, a assistência era precária, marcada pelo abandono e apresentando um contingente considerável de pacientes internados<sup>(4)</sup>.

Entretanto, frente a essa conjuntura a sociedade passa a exigir qualidade na assistência prestada na

área da saúde, inclusive no âmbito da saúde mental e, posteriormente, com o período pós-movimento militar de 1964, se deu a crescente incorporação de leitos psiquiátricos privados à assistência em psiquiatria<sup>(4)</sup>.

Em meio a esse contexto, na segunda metade da década de 1970, iniciaram-se as críticas ao caráter privatista do Estado autoritário e denúncias das condições de abandono, violência e maus-tratos às quais os pacientes internados eram submetidos em muitos hospitais psiquiátricos do país. Por conseguinte, a década de 1980 foi marcada por um cenário de discussões que, inicialmente, se convergiram somente ao aperfeiçoamento do hospital psiquiátrico e à criação de ambulatorios, como serviço alternativo à hospitalização. Entretanto, essa proposta mostrou-se tímida frente à hegemonia manicomial<sup>(5)</sup>.

Na década de 1990, iniciou-se a construção do cenário verificado na contemporaneidade, viabilizada, basicamente, por meio de duas portarias: a 189, de Novembro de 1991 e a 224, de Janeiro de 1992. A primeira estabeleceu, como dispositivos assistenciais da saúde mental custeados por verba pública, os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial — os NAPS e os CAPS — o que representou uma importante deliberação, uma vez que, tratava-se, no âmbito normativo, da possibilidade de direcionamento de recursos públicos a serviços alternativos e tradicionais, ou seja, aos ambulatorios de consulta e aos hospitais psiquiátricos<sup>(5)</sup>.

A portaria 224 ocupou-se do aperfeiçoamento da regulamentação dos NAPS e CAPS e dividiu a assistência em saúde mental em atenção hospitalar e atenção ambulatorial. Na primeira, incluíam-se os hospitais-dia (semi-internação) e na segunda, incluíam-se, além dos ambulatorios propriamente ditos, os CAPS e os NAPS, embora esses apresentem características distintas daqueles<sup>(5)</sup>.

Segundo determinações legais, esses serviços devem oferecer atendimentos individuais e em grupo (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterápicas, entre outros), além de visitas domiciliares, atendimento à família e atividades



de cunho comunitário que se dirija à integração do portador de transtorno mental na comunidade<sup>(5)</sup>.

Os hospitais-dia tratam-se dos precursores históricos dos CAPS's; consistem em serviços intermediários entre a internação e o atendimento ambulatorial que visam à substituição da internação integral. O hospital-dia remete a serviços de semi-internação, voltados à assistência intensiva em casos agudos, como estrutura de passagem em situações pós-internação ou como recurso para evitar a internação<sup>(5)</sup>.

Outro recurso assistencial substitutivo à hospitalização psiquiátrica são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) que consistem em moradias situadas na área urbana, concebidas com o objetivo de atender às demandas de moradia dos portadores de transtornos mentais graves, egressos, ou não, de hospitais psiquiátricos e de auxiliá-los na reintegração na comunidade<sup>(6)</sup>.

No que tange ao campo da legislação, em 1989, Paulo Delgado, deputado do PT-MG, propôs um projeto de lei nº 3.657/89 — que após modificações e substitutivos, foi aprovada, como Lei 10.216 em 06 de abril de 2001. Essa aprovação representou um marco no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que ela não prevê autorização para construção ou contratação de novos leitos, apesar desse avanço estar aquém das propostas do projeto original<sup>(5)</sup>.

Frente a essa evolução histórico-política da concepção acerca da doença mental representada, explicitamente, por meio do perfil dos estabelecimentos, concebidos e perpetuados, destinados à assistência do portador de transtorno mental, presencia-se, na atualidade, um estágio de desenvolvimento tecnológico e teórico no campo da saúde que "(...) admite duas grandes convenções para duas concepções hegemônicas do processo de adoecimento mental (campo biológico e psicossocial) e (...), para uma determinada concepção de adoecer, que correspondem a determinadas formas de tratar"<sup>(7:78)</sup>.

O neologismo topofilia é utilizado para se referir ao elo afetivo firmado entre a pessoa e o ambiente

físico, compreendido como um conjunto de conceitos que perpassam pela percepção, atitudes, visão de mundo, o que influencia, de fato, a experiência de vida das pessoas<sup>(2)</sup>. Cabe ressaltar que o ambiente físico, anteriormente referido, nesse contexto não se trata, unicamente, da estrutura arquitetônica, mas consiste em um espaço social, a partir do qual se pode inferir a concepção institucionalmente construída e reproduzida pelos diversos agentes inseridos nesses espaços acerca dos elementos constituintes do processo de trabalho.

Entretanto, os profissionais atuantes nos serviços substitutivos, inclusive enfermeiros, em consonância com o processo de alteração do modelo de atenção ao portador de transtorno mental, perpassam um momento prático que transita pela experiência empírica nas instituições asilares, bem como, pelo novo discurso político-assistencial em saúde mental<sup>(8)</sup>.

Percebe-se uma transformação teórica, em especial no que tange ao ensino, acerca da concepção do objeto, passando de doente mental, que necessita de ser controlado, a portador de transtorno mental, um sujeito psicossocial. Contrariamente ao esperado, na assistência a esse sujeito não se inseriu tal conceito, não havendo ações voltadas, de fato, à recuperação e à reinserção social do mesmo<sup>(9)</sup>.

No âmbito da enfermagem, a práxis do enfermeiro em saúde mental, apesar de uma formação mais humanizada, destina-se ao âmbito administrativo — dimensionamento de recursos humanos e materiais — distanciando-se, portanto, das atividades assistenciais e de socialização do portador de transtorno mental, dispostas na Reforma Psiquiátrica<sup>(9)</sup>.

Destarte, frente ao processo de (re)construção paradigmática em saúde mental, pode-se verificar, nos serviços substitutivos, essências principiológicas e práticas contraditórias, o que remete à necessidade de se orientar o aluno, no decurso do período teórico-prático, quanto às limitações vigentes e às potencialidades incipientes do modelo assistencial pós-Reforma Psiquiátrica.

Nesse sentido, o discente, em um campo de prática de saúde mental, depara-se com questões que superam o espaço físico e organizacional propriamente dito, inserindo-se em uma conjuntura político-social que representa um modo de lidar com o transtorno mental e com o portador de sofrimento psíquico.

Em meio a esse contexto transicional, o ensino de enfermagem psiquiátrica, igualmente, apresenta dificuldades em adequar o conteúdo teórico-prático à realidade assistencial, de modo que, após a implementação da Reforma Psiquiátrica, reformularam-se timidamente os conteúdos programáticos, o que perpetua o despreparo prático, mesmo nos profissionais recém formados<sup>(8)</sup>.

Entretanto, as diretrizes da presente política de saúde mental apontam a relevância na realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em especial nos serviços substitutivos, de modo a subsidiar uma formação prática convergente aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Dessa maneira, a alteração na qualidade da assistência relaciona-se ao redirecionamento da qualificação e do preparo dos discentes, sendo as instituições de ensino responsáveis pela formação de profissionais atores nas transformações assistenciais vigentes<sup>(10)</sup>.

Por conseguinte, as escolas devem constituir-se em espaços emancipatórios, de modo a propiciar que a prática transformadora não ocorra, unicamente, no âmbito teórico, mas que desperte uma mudança nos sujeitos sociais que irão compor os serviços substitutivos, no caso, os discentes, visando ao desenvolvimento paralelo de alterações na sociedade e no ensino<sup>(11)</sup>.

O ingresso discente nos serviços extra-hospitais, em especial, traduz a inserção em espaços que coadunam as finalidades assistenciais e humanísticas, possibilitando ao aluno compreender o portador de transtorno mental como um sujeito capaz de circular autonomamente pelos diversos espaços sociais, em um processo contínuo de laços afetivos e contratuais.

Sendo assim, o presente trabalho tem por objetivo analisar os serviços extra-hospitalares de saúde mental utilizados como campo de prática de acadê-

micos de enfermagem na perspectiva da formação do enfermeiro.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, na qual foi utilizado o estudo de caso, definido como uma modalidade de abordagem compreensiva<sup>(12)</sup>. O método qualitativo constitui-se em uma continuidade de operações e de manipulações técnicas e intelectuais da qual um pesquisador dispõe para a submissão de um objetivo ou um fenômeno humano voltado ao recorte de significações relevantes para si e para os demais<sup>(13)</sup>.

O estudo do caso consiste em um meio de organização de dados sociais que contempla a manutenção do caráter unitário do objeto social em foco<sup>(12)</sup>. Ele utiliza estratégia de organização qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito de uma situação, fenômeno ou episódio em questão. Tem como característica gerar conhecimento de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança. O estudo de caso possibilita não só compreender, mas, também, descrever, avaliar e explorar situações em que o fenômeno em estudo possa ser visualizado numa realidade concreta<sup>(14)</sup>.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário enviado aos docentes das disciplinas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental de universidades federais localizadas do país, contendo questões referentes à: identificação do docente e da instituição de ensino; atividades e objetivos dos serviços de saúde mental; perfil do dirigente; perfil dos técnicos em saúde mental; características da população atendida; capacidade de atendimento e acesso dos usuários; incentivo à capacitação dos técnicos; recursos físicos dos serviços; programas desenvolvidos pelos docentes no local; articulação ensino/serviço e atividades discentes desenvolvidas no campo de prática. No presente estudo, destacaram-se os aspectos referentes ao processo de organização e funcionamento do serviço

utilizado como espaço de prática, não contemplando informações que poderiam romper com os princípios do anonimato, como a identificação do docente responsável, e dados que demandariam análises superiores à proposta neste artigo, como o perfil dos dirigentes e dos técnicos em saúde mental.

Foram enviados, no total, 27 questionários, um a cada estado brasileiro que dispõe de universidade federal, dentre os quais 12 foram retornados pelos docentes responsáveis e 7 integraram a este estudo. Os 5 questionários não utilizados referiram-se à recusa de resposta pelos docentes, que alegaram momento de reestruturação das disciplinas de saúde mental/psiquiatria.

Dentre as universidades participantes, três situam-se na região sudeste, quais sejam, Universidade Federal de Alfenas, Universidade Federal de São Carlos e Universidade Federal do Espírito Santo; duas na região centro-oeste, a Universidade Federal de Mato Grosso e a Universidade Federal de Brasília; uma na região sul, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul; e uma na região norte, a Universidade Federal de Amapá.

Os questionários foram enviados no mês de março de 2007 e consideramos o término da coleta de dados como sendo o mês de junho de 2007. Os informantes foram os docentes responsáveis pela supervisão de estágio nas disciplinas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de ética em Pesquisa da UFMG e aprovado sob o parecer ETIC 353/06, conforme preconizado na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(15)</sup>.

Os serviços de saúde mental utilizados como campo de prática estão representados conforme a região em que estão situados: S1 (Minas Gerais), S2 (São Paulo), S3 (Espírito Santo); C1 (Mato Grosso), C2 (Distrito Federal); SL1 (Rio Grande do Sul); N1 (Amapá).

## RESULTADOS

Para favorecer a visualização dos serviços utilizados como campo de prática nas universidades anali-

sadas, conforme as siglas adotadas neste estudo segue quadro descritivo.

**Quadro 1** — Siglas utilizadas no estudo e respectivo campo de prática

Sigla	Serviço utilizado como campo de prática
S1	CAPS II
S2	CAPS II
S3	Ambulatório do Programa de Atendimento ao Alcoolista
C1	CAPS II
C2	Instituto de Saúde Mental (Residências Terapêuticas, Hospital-dia e CAPS)
SL1	CAPS II
N1	Ambulatório de Saúde Mental com leitos psiquiátricos em um Hospital Geral

Os serviços de saúde mental S1, S2, C1 e SL1 são CAPS II; sendo que N1 é um ambulatório de Saúde Mental com leitos psiquiátricos em um Hospital Geral; S3 consiste em um ambulatório do Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA) e C2 constitui o Instituto de Saúde Mental, composto por Residências Terapêuticas, Hospital-dia e CAPS.

Os principais objetivos propostos por S1 e C1 envolvem a prestação de assistência em saúde mental por meio de alternativas substitutivas à hospitalização; S2 e SL1 apontam a reabilitação psicossocial; S3 objetiva a prevenção em saúde mental, o tratamento, a reinserção social, o ensino e a pesquisa; N1 tem como objetivo a assistência em internação breve e ambulatorial e C2 a atenção integral, o tratamento e a ressocialização.

As atividades desenvolvidas por essas instituições envolvem o tratamento, a reinserção social, o ensino e a pesquisa, desenvolvendo S2, S3 e C2 também a prevenção em saúde mental.

No que se referem aos recursos humanos presentes nesses serviços, nota-se que a maioria dispõe de equipe multidisciplinar, incluindo enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais e psicólogos e que as instituições, em geral, prevêm incentivos à capacitação, interna e/ou externa, dos técnicos em saúde mental. Essa política, no âmbito interno, dirige-se, principalmente, a cursos de curta duração e, em âmbito externo, a eventos e cursos de pós-graduação.

A inserção dos serviços de saúde mental utilizados como campo de estágio na comunidade constrói-se mediante a articulação com outras instituições governamentais, principalmente, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Universidades e/ou centros de ensino e pesquisa, e com associações comunitárias.

Os serviços, em geral, participam de eventos científicos e/ou de mobilização social para manter intercâmbio com outras instituições de ensino e profissionais. Uma estratégia utilizada por S1 é apresentação de trabalhos realizados nas oficinas terapêuticas no centro da cidade; S2 realiza parcerias para eventos de comemoração do dia Nacional da Luta Antimanicomial; C1 realiza comemorações festivas nas datas comemorativas.

Quanto à amplitude de atendimento desses serviços, todos se situam em áreas urbanas. O serviço S1 abrange todo o município; S2 e C2 abrangem também outros municípios; C1 abrange somente o bairro; SL1 dispõe de uma abrangência distrital (parte da cidade); S3 possui uma amplitude de atendimento que se estende a todo estado do Espírito Santo, ao sul da Bahia e ao norte de Minas Gerais; N1 abrange todo o estado do Amapá.

A população atendida por esses serviços é de ambos os sexos e, em sua maioria, adultos com idade superior a 18 anos, excetuando-se a instituição N1, a qual oferece assistência a usuários a partir dos 12 anos de idade.

O acesso dos usuários às instituições se dá, prioritariamente, por referência de outros locais da rede de saúde municipal e por demanda do próprio usuário e/ou familiares diretamente à instituição. Os serviços S2 e C2 também recebem usuários provenientes de atividades realizadas junto à comunidade; C1 dispõe de acompanhamento assistencial para os moradores de Residências Terapêuticas; e N1 também presta atendimento à demanda secundária a interconsultas psiquiátricas na clínica médica e cirúrgica.

No que tange aos recursos físicos/materiais, os serviços S1, S2 e S3 são, relativamente, bem equipados, tendo S2 condições físicas que parecem favorecer, superiormente, o desenvolvimento de atividades diversificadas, dispondo de espaços na comunidade para a realização das mesmas, como, por exemplo, quadra de esportes.

A instituição SL1 mostra-se melhor provida de recursos, possuindo, diferentemente dos demais serviços, dois computadores e uma copiadora; no que se refere à realização de práticas alternativas, dispõe de dez oficinas terapêuticas, número consideravelmente superior ao verificado nas demais instituições. C2 mostra-se, também, bem dotado de meios físicos e materiais. N1, segundo o docente informante, apresenta uma deficiência estrutural face à alta demanda tanto de serviços de saúde mental, quanto de equipamentos internos à instituição, uma vez que esse serviço é o único voltado ao atendimento da população na realidade local e não possui equipamentos tecnológicos administrativos, tais como, computador, impressora e internet.

Quanto à articulação ensino-serviço, exceto S2, todas as instituições têm convênio formal com a Universidade para o desenvolvimento de estágio curricular.

Os docentes que realizam atividades de estágio nos CAPS's, em geral, têm realizado projetos de ensino, pesquisa e extensão. No serviço S2 são desenvolvidos dois projetos de extensão, sendo um deles voltado à promoção da inclusão social por meio da economia solidária. A instituição C1 também abriga um projeto de extensão. No serviço S3 são desenvolvidos estudos acerca do álcool e outras drogas.

As atividades discentes desenvolvidas nos serviços, em geral, não se restringem às intervenções pertinentes ao enfermeiro e aos técnicos de Enfermagem, tais como, supervisão da equipe de enfermagem, acompanhamento terapêutico dos usuários, administração de medicamentos, mas se estendem às diversas tarefas realizadas na instituição. No serviço S2 os alunos participam da organização dos usuários para

passeios/encontros em outros municípios e do preparo de festas; nas instituições SL1, N1 e C2 os discentes se integram às oficinas terapêuticas; e em S2, S3, N1 e C2 realizam atividades que envolvem a família do portador de transtorno mental.

## DISCUSSÃO

As concepções construídas e desenvolvidas pelos trabalhadores inseridos nos diversos serviços de saúde mental acerca do objeto e da finalidade do trabalho moldam-se consoante o estabelecimento assistencial. Os trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial apreendem como objeto de trabalho o usuário, o qual traz consigo sua doença e sua rede social e tem como a finalidade de trabalho um projeto que se dirija à melhoria da qualidade de vida; no ambulatório de saúde mental, aborda-se como objeto o sujeito em adoecimento psíquico, tendo como finalidade a promoção da saúde mental do mesmo; na enfermagem psiquiátrica de hospital geral o objeto consiste no paciente e sua família e tem como finalidade do trabalho a reabilitação e a reinserção social do portador de transtorno mental<sup>(16)</sup>.

Portanto, embora os estágios em saúde mental proporcionados pelas diversas universidades federais realizem-se em serviços extra-hospitalares — em sua maioria, CAPS II — os quais dispõem de objetivos e atividades que se enquadram nos princípios da Reforma Psiquiátrica, a formação do aluno deverá se orientar também conforme as construções institucionalizadas em cada contexto assistencial.

Os CAPS's, em especial, dispõem de uma proposta de trabalho que favorece a participação ativa em atividades que dialogam a assistência institucional e os outros contextos situados exteriormente ao serviço, tais como, reuniões de equipe, oficinas informativas e educativas, visitas domiciliares, passeios com os usuários, dentre outras. Nesse sentido, a construção propiciada nesse espaço assistencial conduz à ênfase aos processos interinstitucionais e interprofissionais,

valorizando a completude existencial dos portadores de sofrimento mental<sup>(17)</sup>.

O incentivo à capacitação dos técnicos em saúde mental verificado nas diversas instituições assume uma posição estratégica que se volta ao desafio da consolidação da reforma psiquiátrica. Para tanto, os programas educacionais devem ultrapassar fatores convergidos às competências específicas, abordando processos abrangentes, mobilizadores e problematizadores que visem ao desenvolvimento de conhecimentos de cunho interdisciplinar<sup>(18)</sup>.

No decurso histórico da psiquiatria, a enfermagem voltou-se à organização do ambiente assistencial, não convergindo atenção ao paciente psiquiátrico. Nesse sentido, denota-se que a equipe de enfermagem dispõe de qualificação mínima para o manejo do sujeito em sofrimento psíquico, apresentando dúvidas concernentes, sobretudo, à abordagem do paciente em sua integralidade<sup>(18)</sup>.

Torna-se necessário, portanto, consolidar processos integrais de educação permanente nos espaços do serviço, visando ao desenvolvimento de novas estratégias assistenciais e de compartilhamento de experiências. Uma adequada formação profissional e uma constante capacitação são primordiais para a efetiva contemplação das políticas de saúde mental<sup>(18)</sup>.

A integração dos discentes em serviços de saúde mental que dispõem de uma atualização teórico-prática constante constrói-se de maneira mais profícua, na medida em que os técnicos de saúde mental tendem a disponibilizar maior teor experiencial, compartilhando, portanto, maiores conhecimentos teóricos e melhores competências práticas. Ressalta-se, igualmente, o caráter relacional que permeia o acompanhamento terapêutico nos serviços substitutivos, conduzindo a uma formação discente superiormente fundamentada nos princípios reformistas de assistência psiquiátrica integral e humanizada.

No que se refere à organização assistencial dos serviços estudados, denota-se que a mesma constrói-se segundo a perspectiva de rede e território. A rede

consolida-se conforme a permanente articulação do serviço substitutivo com instituições, associações e espaços sociais, definindo a rede de atenção, portanto, como de base comunitária. Trata-se da concepção de um conjunto vivo de referências destinado ao acolhimento do portador de transtorno mental<sup>(6)</sup>.

A criação dessa rede constitui-se interligada à noção de território, ou seja, à delimitação não somente geográfica da área de abrangência, mas, das pessoas e dos diversos contextos que compõem a comunidade. Abordar o território como um espaço de trabalho permite o resgate dos diversos recursos potenciais inseridos na comunidade, construindo conjuntamente as resoluções e o cuidar em saúde mental<sup>(6)</sup>.

Os recursos físicos/materiais presentes nas instituições permitem desvelar a desigualdade estrutural existente entre as regiões brasileiras e, por conseguinte, possibilitam, assimetricamente, a viabilização de uma tecnologia de cuidados, uma vez que, o espaço físico é apreendido pelos trabalhadores de diversos serviços de saúde mental como um dos meios e instrumentos de trabalho<sup>(12)</sup>. Além disso, a percepção que os seres humanos desenvolvem e o valor que atribuem à estrutura arquitetônica moldam as respostas que os mesmos exprimem ao ambiente físico<sup>(2)</sup>.

No que tange à saúde mental, percebe-se que o comportamento do portador de transtorno mental em hospitais psiquiátricos — agressivo e rebelde — difere do apresentado em serviços substitutivos, devido à conotação de confinamento e exclusão social relacionada aos asilos<sup>(19)</sup>.

Por conseguinte, como há uma alteração significativa na apresentação do portador de transtorno mental nos espaços assistenciais mencionados, o discente inserido em um ambiente que desencadeia uma reação negativa do sujeito em sofrimento pode encarar tal atitude violenta como um estado permanente e inerente ao “louco”, o que coaduna uma formação castrativa e repressiva.

Sendo assim, a disposição física apresentada pelos diversos serviços mostra-se presente na formação do

aluno, uma vez que, em consonância com a arquitetura, o discente desenvolverá percepções, segundo as quais este responderá ao ambiente. Essa resposta se constituirá mais ou menos próxima à efetivação da tecnologia de cuidados apreendida a partir das bases teóricas e condicionará a relação discente-cuidado e discente-serviço.

No que se refere às atividades discentes realizadas, denota-se que em algumas instituições as oficinas terapêuticas e o ambiente familiar representam um espaço de atuação, coadunando-se com a apreensão da perspectiva subjetiva dos usuários e/ou familiares.

As oficinas terapêuticas consistem em espaços psicoterapêuticos por excelência, apropriados à socialização e à integração social, impossibilitando, portanto, a desconsideração do sujeito que dela participa. As oficinas desenvolvidas em serviços substitutivos de saúde mental acolhem as demandas secundárias ao mal-estar social, à aflição dos familiares e ao sofrimento mental do usuário, incluindo, então, a subjetividade do mesmo<sup>(20)</sup>.

A integração discente em oficinas terapêuticas permite orientar a formação do futuro enfermeiro consoante a práxis da enfermagem psiquiátrica, a qual se fundamenta no processo interpessoal, em que cuidado e relacionamento terapêutico traduzem uma significância comum, permeados por poder contratual, permuta e diálogo. A díade enfermeiro-paciente apresenta papéis recíprocos e existenciais para a atuação nos entaves sociais e relacionais, inerentes à condição humana, para além da circunstância psiquicamente enferma<sup>(21)</sup>.

As oficinas terapêuticas, bem como a inserção discente em serviços substitutivos, possibilitam o desenvolvimento acadêmico dos instrumentos básicos em enfermagem. Possibilita-se ao estudante o aprimoramento da escuta qualificada e da comunicação terapêutica, a sensibilização e a desmistificação acerca do “louco” e da “loucura, além da percepção de que tratamentos alternativos ao medicamentoso apresentam uma eficácia significativa no acompanhamento clínico do portador de transtorno mental, o que contribui diretamente para a sua formação como enfermeiro<sup>(22)</sup>.

As ações destinadas à família dos portadores de sofrimento mental devem visar à potencialização da relação família-profissional-serviço, incluindo o familiar na rede de cuidados, apreendendo também a sua demanda, a qual supera a objetividade expressa em suas queixas, atingindo seu próprio sofrimento psíquico<sup>(23)</sup>.

A aproximação do aluno com ações voltadas à família do portador de transtorno mental sensibiliza o futuro enfermeiro para a abrangência da rede social que permeia o cuidado do ser em sofrimento psíquico, abordando os familiares, igualmente, como locus de atenção, uma vez que esses apresentam demandas de ordens variadas, tais como, a dificuldade para lidar com situações de crise, o isolamento social a que ficam sujeitos, o sentimento de culpa e desesperança, dentre outras<sup>(23)</sup>.

A ampliação do campo de atuação do discente no serviço, abrangendo atividades diversificadas, de caráter relacional, incita uma formação direcionada à abordagem integral do portador de transtorno mental, à apreensão de sua rede social, compreendendo a saúde como meio de produção de subjetividade. Portanto, em geral, as atividades discentes desenvolvidas nos serviços orientam-se no sentido da contemplação dos princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de saúde mental utilizados como campo de prática assumem uma inquestionável relevância na formação do enfermeiro, uma vez que, permitem aos discentes ratificar, contrapor e/ou complementar os fundamentos teóricos apreendidos.

As diversas características intrínsecas a cada instituição de saúde mental condicionam o perfil de inserção dos alunos, bem como a interiorização de concepções acerca do cuidado que, em maior ou menor grau, perpetuarão em experiências acadêmicas e extra-acadêmicas futuras.

A Reforma Psiquiátrica encontra-se presente na formação prática dos alunos das universidades fede-

rais participantes deste estudo por meio dos estabelecimentos de saúde mental, em todos os casos substitutivos, utilizados como campo de estágio. As vertentes que sustentam essa aproximação — Reforma Psiquiátrica-formação — perpassam os objetivos e as atividades desenvolvidas pelos serviços; a inserção e organização assistencial da instituição na comunidade; e as atividades docentes e discentes desenvolvidas nesses estabelecimentos.

A inserção discente nos serviços extra-hospitais conduz, portanto, ao desenvolvimento de competências e habilidades técnico-relacionais capazes de orientar a uma assistência futura que contemple os eixos político-sociais vigentes. Nesse sentido, ampliar os ensinamentos práticos em serviços substitutivos representa compactuar com uma formação em enfermagem mais engajada e mobilizada com o ser e o viver em sofrimento psíquico.

A integração dos alunos em contextos assistenciais que primam pela efetivação da concepção e convenção de cuidados condizentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica incita o desenvolvimento de topofilias cujo cerne referencial apresenta-se capaz de fortalecer o desenvolvimento progressivo das atuais políticas de saúde mental.

## REFERÊNCIAS

1. Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev Latino-am Enferm*. 2005; 13(4):591-5.
2. Castro RCB, Ranieri MA. A percepção dos enfermeiros com relação ao seu espaço de trabalho em uma unidade de saúde mental. In: *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [anais na Internet] 2002 Maio 2-3; São Paulo, Brasil. 2002 [citado 2009 ago 15]; Disponível em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000052002000200035&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000200035&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).*

3. Karman J, Fiorentini D. Conceitos de arquitetura manutente e de arquitetura voltária. *Exacta*. 2006; 4(1):159-68.
4. Paulin LF, Turato ER. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos*. 2004; 11(2):241-58.
5. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos*. 2002; 9(1):25-59.
6. Ministério da Saúde (BR). Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
7. Silva ALA, Fonseca RMGS. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. *Rev Latino-am Enferm*. 2003; 11(6):800-6.
8. Kirschbaum DIR, Paula FKR. Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços substitutivos. *Rev Esc Enferm USP*. 2002; 36(2):170-6.
9. Oliveira AGB de, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Latino-am Enferm*. 2003; 11(3):333-40.
10. Barros S, Silva ALA, Lopérgolo ACD, Pitta AMF. Tentativas inovadoras na prática de ensino e assistência na área de saúde mental — I. *Rev Esc Enferm USP*. 1999; 33(2):192-9.
11. Kantorski LP, Silva GB. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental — um olhar a partir dos programas das disciplinas. *Rev Latino-am Enferm*. 2000; 8(6):27-34.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
13. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativo: construção teórico-epidemiológico, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
14. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Book; 2005.
15. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
16. Campos CMS, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003; 8(2):621-8.
17. Almeida Filho AJ, Moraes AEC, Peres MAA. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. *Rev Rene*. 2009; 10(2):158-65.
18. Tavares CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto & Contexto Enferm*. 2006; 15(2):287-95.
19. Vieira NG. A prática complexa do psicólogo clínico: cotidiano e cultura na atuação em circuito em rede institucional. *Estud Psicol*. 2005; 22(3):301-8.
20. Botti NCL. Oficinas em saúde mental: história e função [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2004
21. Villela SC, Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área da saúde mental. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(6):738-41.
22. Silveira BV, Soares AN, Reinaldo AMS. Centro de convivência como espaço de formação em enfermagem. In: Anais do 12º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem; 2009 Set./Out. 29-03; Belo Horizonte: Conselho Federal de Enfermagem; 2009.
23. Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(2):197-205.

**RECEBIDO:** 07/01/2010

**ACEITO:** 10/06/2010



## IMAGINÁRIO DE MÃES DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL: UM IDEAL DE SUPERAÇÃO

*MENTAL SET OF MOTHERS OF SEXUALLY ABUSED CHILDREN: AN IDEAL FOR OVERCOMING*

*IMAGINARIO DE MADRES DE NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL: UN IDEAL DE SUPERACIÓN*

QUITÉRIA CLARICE MAGALHÃES CARVALHO<sup>1</sup>

VIOLANTE AUGUSTA BATISTA BRAGA<sup>2</sup>

MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO<sup>3</sup>

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO<sup>4</sup>

*Desde a década de 1980, a violência e a criminalidade vêm aumentando de forma desordenada. Objetivou-se compreender as expectativas maternas acerca do futuro de suas filhas vitimadas pelo abuso sexual infantil. Estudo do tipo qualitativo do qual participaram dez mães de meninas vítimas de abuso sexual, atendidas em uma instituição em Fortaleza-Ceará, Brasil, em 2007. Utilizaram-se entrevistas, gravadas para a produção de dados e empregou-se o Discurso do Sujeito Coletivo para análise. Emergiram então as seguintes idéias centrais. Um futuro de superação, Cuidar com amor, Dinheiro como fator determinante. As informantes manifestaram esperança de que as filhas superem totalmente as consequências do abuso, apesar do grau de superação relacionar-se com o tipo de abuso e vínculo da vítima com o agressor. Atitudes resilientes da criança vitimada e o sentimento materno alimentam a esperança de um futuro livre de danos causados pelo abuso sexual.*

**DESCRITORES:** Violência Sexual; Maus Tratos Sexuais Infantis; Relações Mãe-Filho; Enfermagem.

*Since the 1980s, violence and crime have confusedly increased. The aim of this research was to understand maternal expectations about the future of their children victims of child sexual abuse. It is a qualitative study with the participation of ten mothers of children who are victims of sexual abuse, attended at an institution in Fortaleza, Ceará, Brazil, in 2007. Recorded interviews were used for the production of data and the discourse of collective subject was used for analysis. Then the following central ideas emerged: an overcoming future besides caring with love and money as a determining factor. The informants expressed hope that the children will fully overcome the consequences of abuse, although the degree of overcoming is related to the type of abuse and relationship of the victim with the aggressor. The resilience of the child and the feeling of motherhood feed the hope for a future free from damage caused by sexual abuse.*

**DESCRIPTORS:** Sexual Violence; Children Sexual Abuse; Mother-child relationships; Nursing.

*Desde la década de 1980, la violencia y la delincuencia han aumentado de manera desordenada. El objetivo fue identificar las expectativas maternas sobre el futuro de sus hijas victimadas por el abuso sexual infantil. Estudio de abordaje cualitativo, donde participaron diez madres de niñas víctimas de abuso sexual, atendidas en una institución en Fortaleza, Ceará, Brasil, de 2007. Para recoger datos se utilizaron entrevistas grabadas y se empleó el Discurso del Sujeto Colectivo para análisis. Emergieron entonces las siguientes ideas centrales: Un futuro de superación, Cuidar con amor, El dinero como un factor determinante. Las informantes expresaron su esperanza de que las hijas puedan superar plenamente las consecuencias del abuso, aunque el grado de superación se relaciona con el tipo de abuso y vínculo de la víctima con el agresor. Actitudes de superación de la niña victimada y el sentimiento maternal alimentan la esperanza de un futuro libre de daños causados por el abuso sexual.*

**DESCRIPTORES:** Violencia Sexual; Maltrato a los Niños; Relaciones Madre-Hijo; Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Endereço: Rua Francisco Glicério, 935, Apto 203 A Maraponga Fortaleza-CE Brasil. E-mail: doutoradoufc@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará(UFC). Brasil. Email: vivi@ufc.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Doenças Tropicais. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Pesquisadora 2 CNPq. Brasil. E-mail: marligalvao@gmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em enfermagem. Pós-Doutora pela Universidade de Victoria/Canadá. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFC. Pesquisadora CNPq. Brasil. E-mail:cardoso@ufc.br

## INTRODUÇÃO

Embora não seja um fenômeno recente, a violência ocupa lugar de destaque na sociedade moderna, sobretudo a partir da década de 1980, quando a violência e a criminalidade aumentaram de forma desordenada, exigindo uma melhor compreensão dessa problemática e ações dos vários setores sociais.

Enquanto as mortes por causas externas evoluíram a taxa anual de 2,4% entre 1980 e 2004, o número de homicídios cresceu 5,6% ao ano, representando 37,9 do total de 127 mil mortes por causas não naturais<sup>(1)</sup>.

Em relação à violência, ela é categorizada de acordo com suas manifestações empíricas. Sobressaem, porém, as seguintes: a violência auto-infligida, que inclui comportamentos de auto-extermínio e auto-abusos; a violência interpessoal e a violência coletiva<sup>(2)</sup>.

Quando contextualizada no âmbito familiar, a violência toma proporções diferentes, já que o silêncio entre os envolvidos e o caráter de foro íntimo impedem a quebra do ciclo violento e até o protegem, pois este é mantido em sigilo por longos anos. De acordo com o apontado por pesquisas envolvendo essa temática, a mulher e a criança são as maiores vítimas<sup>(3)</sup>.

Das diversas modalidades de violência contra a criança, a intrafamiliar é a mais comum. Não estando limitada, exclusivamente, à família, pode envolver pessoas que partilhem do mesmo ambiente doméstico, vinculadas ou não por laços de parentesco. Tal tipo de violência não se refere apenas ao espaço físico onde ela ocorre, estendendo-se, também, às relações nas quais esta se elabora e efetiva<sup>(4)</sup>.

Entre as principais manifestações de violência intrafamiliar, contra a criança, menciona-se as representadas pela violência física, negligência, violência psicológica e o abuso sexual infantil<sup>(4)</sup>.

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, a cada ano cerca de 40 milhões de crianças com idade inferior a 15 anos são submetidas a abusos físicos, psicológicos e sexuais<sup>(5)</sup>.

Pesquisas realizadas pelo Laboratório de Estudos da Criança — LACRI sobre violência doméstica, contra a criança, no Brasil, revelam que em 2005 foram notificados 19.245 casos distribuídos em negligência (40,2%); física (26,5%); psicológica (18,9%); sexual (14,2%) e fatal (0,2%). Essas estatísticas sinalizam que o relacionamento entre os seus membros é alterado a ponto de transformar o núcleo familiar, aprofundando, ampliando ou rompendo laços<sup>(6)</sup>.

Sendo a criança um ser em desenvolvimento, dependente de cuidados e atenção das pessoas por ela responsáveis, cabe a estas e ao Estado, garantir seus direitos e protegê-la de todos os agravos a sua integridade, quer física e psicossocial, entre eles os produzidos pela violência doméstica.

O impacto do abuso sexual causado sobre a saúde da criança é ainda mais grave quando a violência está presente em relações que envolvem indivíduos com fortes vínculos afetivos, como os pais ou outros membros da família<sup>(7)</sup>.

O Estatuto da Criança e do Adolescente — ECA pauta-se no primado de que deve ser assegurando às crianças e aos adolescentes o pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Sendo, portanto, resguardados de toda forma de violência. Em seus dispositivos, enfatiza, ainda, a importância de combater a violência contra crianças e adolescentes, principalmente a violência doméstica<sup>(8)</sup>.

Por abuso sexual infantil entende-se todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, em que o agressor esteja em patamar de desenvolvimento psicossocial mais avançado do que a criança ou o adolescente, com o objetivo de estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Este tipo de abuso pode variar de atos que envolvem contato sexual com penetração, do tipo coito oral, coito vaginal ou anal, a atos sem penetração, o qual implica toques impudicos (manipulação dos órgãos genitais), beijos, masturbação, pornografia, produção de fotos, exibicionismo, telefonemas obscenos<sup>(9)</sup>.

O resultado desse fenômeno está diretamente relacionado com vários fatores, sobretudo: a idade da criança e a duração do abuso; as circunstâncias e a existência de ameaça; a ordem de relacionamento com o abusador; e à inexistência de figuras parentais protetoras. Como afirma a literatura o impacto do abuso sexual sobre a saúde da criança é ainda maior quando a violência se perpetra em relações praticadas por indivíduos com fortes vínculos afetivos, como os pais ou membros outros da família<sup>(10)</sup>.

A despeito da complexidade e do número de variáveis envolvidas no impacto do abuso sexual sobre a vida da criança, bem como sua capacidade de superação, esta experiência é considerada de grande impacto na vida da vítima. Tal asserção está pautada no relato de alguns estudiosos no assunto, que sublinham os efeitos psicológicos do abuso sexual, os quais podem ser devastadores<sup>(11)</sup>.

Sobreviventes do abuso sexual tendem a repetir o ciclo de “vitimização” praticando o abuso sexual intergeracional com os próprios filhos; podem desenvolver quadros depressivos, transtorno de ansiedade, alimentares e dissociativos, hiperatividade, déficit de atenção, desvio de personalidade, sentimentos de culpa, desconfiança, comportamento autodestrutivo e idéias suicidas<sup>(12)</sup>.

Ao se refletir sobre a crueldade desse crime, surgem indagações acerca do núcleo familiar após a descoberta do abuso sexual, em especial, as reações da mãe da criança vitimada por tal violência, por ser esta, geralmente, a principal cuidadora dos filhos e que mantém fortes laços afetivos. De acordo com alguns estudiosos a desagregação familiar e o sentimento de culpa, por parte da mãe, são elementos presentes na família adoecida pela violência<sup>(13)</sup>.

A violência é tida como um fenômeno social construído historicamente, podendo sofrer influências do meio e sempre esteve presente no seio familiar, desde o surgimento da humanidade. Se perpetrada no contexto doméstico, ganha maiores proporções devido a intimidade e sigilo existente nesse contexto,

interferindo nas relações intrafamiliares e definição hierárquica de poderes.

Por ser um fenômeno sociohistórico, a violência contra a criança, particularmente o abuso sexual, atinge a todos os componentes do núcleo familiar e suas conseqüências podem se perpetuar na vida de suas vítimas. Como membro da equipe de saúde, o enfermeiro não pode se omitir em participar da apreensão e discussão desta realidade, atuando no cuidado e na transformação de uma prática assistencial voltada a este tipo de agravo, nos vários níveis de atenção.

Diante da drástica realidade da violência sexual contra a criança, o estudo teve por objetivo identificar as expectativas maternas acerca do futuro de suas filhas vitimadas pelo abuso sexual infantil.

## METODOLOGIA

Estudo que busca observar e explorar aspectos de uma realidade particular, tendo na descrição dos fatos um importante propósito da pesquisa qualitativa, quando pouco se conhece sobre determinado grupo de pessoas, algum fenômeno social ou uma instituição<sup>(14)</sup>.

Realizada de fevereiro a março de 2007, a pesquisa teve como cenário uma organização governamental integrante da Rede de Apoio e Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Abuso Físico, Sexual, Psicológico, Exploração do Trabalho Infantil e Tráfico Infanto-juvenil em Fortaleza-CE.

Como sujeitos, participaram dez mães de crianças do sexo feminino (entre 4 e 11 anos), abusadas sexualmente e que estavam acompanhadas pela Instituição, lócus da pesquisa. Adotou-se como critério de participação das mães que essas residirem no mesmo domicílio que a criança e que aceitasse participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada com a mãe mediante entrevista gravada, aplicada quando as crianças estavam em atendimento psicológico na Instituição. O instrumento de coleta de dados foi subdividido em duas partes: na primeira constavam informações da

identificação da mãe e da filha; na segunda, questões associadas ao tema do estudo: quais suas expectativas em relação ao futuro de sua filha? Em sua opinião, o que a senhora poderia fazer minimizar as conseqüências do abuso sexual sofrido por sua filha? O diálogo foi conduzido com cada informante de forma individual, considerando a complexidade e dificuldades vivenciadas pelas mães ao relatarem momentos de profunda consternação.

Para análise do material produzido utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), o qual consiste na análise do material verbal coletado, extraindo-se de cada relato as expressões-chave correspondentes, as idéias centrais e/ou ancoragens que irão compor o discurso do sujeito coletivo (DSC). O agrupamento das expressões-chave que originaram as idéias centrais ou ancoragens faz surgir um ou vários discursos-sínteses, redigidos na primeira pessoa do singular e que representam a coletividade. De acordo com a literatura, o Discurso do Sujeito Coletivo simboliza uma forma ou um expediente destinado a fazer a coletividade “falar” diretamente, apresentando o coletivo como se fosse uma pessoa<sup>(15)</sup>.

Como elementos constitutivos incluem-se as expressões-chave, a idéia central e o Discurso do Sujeito Coletivo. As expressões-chave são transcrições literais de partes dos depoimentos, as quais permitem o resgate da essência do conteúdo relatado, sendo de fundamental importância na construção do DSC. A idéia central é definida mediante a interpretação do pesquisador sobre o conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seu depoimento, e o Discurso do Sujeito Coletivo é o agrupamento das expressões-chave similares, provenientes de discursos individuais. Encontram-se nos discursos-sínteses quando se julga necessário para expressar um dado pensamento. Desta forma, cada discurso é identificado por um tema<sup>(15)</sup>.

Pautada nestes critérios, procedem-se à transcrição integral das entrevistas e à leitura de cada uma, na busca dos aspectos mais significativos dos relatos maternos. Em seguida, identificaram-se as expres-

sões-chave que direcionaram as idéias centrais. Por sua vez, cada idéia central foi agrupada por meio das semelhanças entre elas. Construiu-se, então, o DSC, reagrupando-se em sentido lógico as expressões-chave pertinentes às idéias centrais de cada tema, transcritas literalmente. Formou-se, assim, um DSC correspondente a cada tema identificado anteriormente.

Após a consolidação dos DSC, emergiram as seguintes idéias centrais: I — Um futuro de superação; II — Cuidar com amor [Ancoragem: Superproteção da vítima]; III — Dinheiro como fator determinante.

Conforme exigido, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob protocolo n° 11/07. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para manter o anonimato das participantes, elas foram codificadas com a letra M, seguida de um numeral de 1 a 10, correspondente à identificação de cada mãe.

## RESULTADOS

No intuito de caracterizar o grupo pesquisado, descreve-se breve perfil sociodemográfico das mães entrevistadas. Sobre as idades, variaram entre 35 e 49 anos; a maioria era casada; quatro mães exerciam atividade remunerada fora do domicílio e tinham de dois a quatro filhos. Quanto ao grau de parentesco da vítima com o agressor, em quatro dos casos o agressor era padrasto; em três, o pai; em dois, o tio; em somente um caso o agressor era desconhecido da vítima e da família.

Pelo perfil das vítimas de violência, chama a atenção o fato de, na quase totalidade dos casos, o agressor ser um familiar ou pessoa de sua convivência próxima, mostrando a necessidade de atenção das famílias para possíveis ameaças no próprio ambiente doméstico. Em estudo desenvolvido em Sobral-Ceará, sobre registros de casos de violência sexual no período de 2002 a 2006, o principal agressor intrafamiliar foi o padrasto (18%), seguido do tio (14%) e do pai (6%)<sup>(16)</sup>.

Apresentam-se, a seguir, as idéias centrais construídas com base nos discursos produzidos pelas mães participantes.

### Um futuro de superação

*Espero que minha filha consiga se recuperar de tudo isso e que esse momento tão triste saia da cabecinha dela, que ela esqueça, pois Gostaria que ela deixasse de revolta e que a vida fosse menos madrasta com ela, para que ela cresça e apague tudo isso da memória. Queria ter uma borracha pra passar na cabeça e no coraçãozinho da minha filha para ela não ter pesadelo, para Que ela estude e viva em paz, que isso não afete o desenvolvimento dela e Esqueça, pois isso é o principal.*

*Como ela só tem quatro anos e não houve penetração, eu espero que seja mais fácil, apesar dela não saber do que se trata, mas sabe que o pai dela fez algo errado, se sentiu incomodada, por que ela disse: não quero mais falar porque estou com vergonha. Espero que ela cresça, arrume um emprego bom, que seja “gente” né? Eu só queria que ela fosse capaz de ter uma profissão pra poder se sentir útil. Eu daria tudo pra que ela dormisse e, quando acordasse, não lembrasse nada, mas sei que uma coisa dessas não se esquece da noite pro dia, leva tempo, será que um dia ela vai esquecer? Queria ter esse poder, [Principalmente] porque foi o pai dela, acho que a dor deve ser maior do que se fosse com um estranho. Eu queria ter uma idéia de como está a cabecinha dela, não fala nada.*

O zelo, o cuidado e o sentimento de amor materno foram revelados, nas falas das informantes que demonstram o receio de ser, a filha revitimizada. Essa demonstração de cuidado e proteção desvelou a ancoragem de superproteção da criança vitimada.

### Cuidar com amor

*Eu acho que já estou fazendo, ficando com ela o tempo todo, dando carinho, atenção, cuidando, sendo amiga, oferecendo meu amor; a única forma que eu encontrei de ajudar minha filha é assim. Quero evitar mais traumas pra*

*ela. Sempre que ele estiver com ela, terá um adulto por perto. Ela jamais será abandonada por mim. Quando eu era criança, passei pelo que ela está passando. Tem horas que eu perco a paciência com ela, brigo, me estresso, principalmente agora, mas fico juntinho dela sempre, procuro cuidar.*

*Mesmo assim, por mais que eu faça, tenho a sensação que estou em falta com ela. A minha falha de mãe é isso, eu não ser capaz de compreender e muitas vezes perco a paciência com ela, às vezes eu dou uns tapas nela, e isso me faz mal depois, não consigo ser aquela mãe compreensiva e sei que estou em falta com ela. Estar mais presente, atenta, e afastar ele dela o máximo possível. Mando e ajudo ela nas tarefas, mando ela tomar banho. Ser amiga, brincar, dar carinho, conversar, não deixar que ela brigue com o irmão. O que toda mãe faria, ficar do lado, não duvidar, dar carinho, atenção ... Ser mãe de verdade, sabe? Cuidar, mas acho que dar amor é mais importante que tudo. Amar, dar carinho, tentar ajudar conversando com ela; esse silêncio dela me dá uma dor danada, queria saber exatamente como falar sobre o que aconteceu com ela.*

### Ancoragem — Superproteção da vítima

*Ficando com ela o tempo todo. Quero evitar mais traumas pra ela. Sempre que ele estiver com ela, terá um adulto por perto. Principalmente agora, mas fico juntinho dela sempre. Estar mais presente, atenta, e afastar ele dela o máximo possível.*

Ao serem questionadas sobre as perspectivas de futuro da filha abusada sexualmente, o fator financeiro foi evidenciado de forma enfática. Por fazerem parte de uma população de baixo poder aquisitivo, as informantes deixaram claro que o dinheiro tem representatividade decisiva na qualidade de vida das vítimas.

### Dinheiro como fator determinante

*Queria ter condição de pagar uma boa escola pra ela, um curso; ultimamente, eu não sei se foi por causa do que ela passou, mas tem me falado que quer trabalhar. Fala que as amigas estão entregando panfletos no sinal e quer*

*ir também. Queria ocupar o tempo dela com alguma coisa, talvez ela esqueça; ela estuda de manhã, queria colocá-la em um curso à tarde, pois, assim, ela não teria tempo pra pensar no que aconteceu. Eu só queria ter mais “condição”, sei lá, sempre tem alguma coisa que a gente queria fazer pelos filhos e não pode. Arrumar um trabalho pra sustentar ela, minha preocupação é essa, pois para trabalhar, sou eu mesmo, não tem ajuda de ninguém, não tem ajuda do bolsa escola.*

## DISCUSSÃO

Em face do crime praticado contra suas filhas, as informantes revelam o elemento superação do trauma da vítima, ocasionado pelo abuso sexual. Foi possível contemplar nas falas o anseio ao verem as filhas transporem a dor causada pela violência. Determinado estudo enfatiza a existência de alguns elementos que podem interferir nas conseqüências do abuso sexual e sua possível superação. O impacto do abuso sexual está relacionado a elementos intrínsecos à criança, como vulnerabilidade, recursos sociais, funcionamento familiar, recursos emocionais dos cuidadores, acesso ao tratamento, reação da família<sup>(17)</sup>.

Diante de tal asseguuração, é evidente a necessidade de estruturação de uma rede social de apoio, tem papel fundamental no suporte para as vítimas, assim como para sua família, com a finalidade de atenuar ou superar as conseqüências produzidas pelo abuso sexual infantil.

Outros fatores interferem nas seqüelas deixadas pelo abuso sexual. Entre eles estão: crianças com saúde emocional positiva, antes do abuso, têm grandes chances de sofrer menos efeitos negativos; duração e frequência do abuso; resposta da família e amigos, atribuindo responsabilidade à vítima; dissolução da família após a revelação; idade da vítima no início do abuso; tipo de atividade sexual; concretização de penetração<sup>(18)</sup>.

Quanto à concretização ou não de penetração, salienta-se a fala da informante, dizendo acreditar

que sua filha vitimada tem grandes chances de superação, em virtude de não ter havido penetração e também pela tenra idade da vítima: *Esqueça, isso é o principal, como ela só tem 4 anos e não houve penetração*. É válido ressaltar, porém, o seguinte: o diagnóstico de não penetração não deve ser minimizado, pois, independentemente da forma manifestada, o abuso sexual caracteriza-se como doentio e perverso.

A vulnerabilidade às seqüelas depende, também, de alguns fatores como: grau de relação entre vítima e agressor; ausência de figuras parentais protetoras; crença da mãe no relato da vítima<sup>(18)</sup>.

A despeito da complexidade e do número de variáveis envolvidas no impacto do abuso sexual sobre a vida da criança, bem como da sua capacidade de superação, esta experiência é considerada de profunda importância na vida da vítima. Muitas vezes, pode levá-la a desenvolver psicopatologias. Tal asserção está pautada no relato de alguns estudiosos no assunto, ao sublinharem os efeitos psicológicos do abuso sexual, os quais podem ser devastadores. Além disso, os problemas decorrentes do abuso sexual podem persistir na vida adulta dessas crianças<sup>(19)</sup> e geral comportamentos doentios.

Sobreviventes do abuso sexual tendem a repetir o ciclo de “vitimização” mediante prática do abuso sexual intergeracional com os próprios filhos; podem desenvolver quadros depressivos, transtorno de ansiedade, alimentares e dissociativos, hiperatividade, déficit de atenção, desvio de personalidade, sentimentos de culpa, desconfiança, comportamento autodestrutivo e idéias suicidas<sup>(20)</sup>.

Contudo, algumas crianças, apesar do sofrimento vivenciado pelo abuso sexual, conseguem passar por essa experiência sem apresentar o quadro de seqüelas ora descrito e até encontram caminhos para a (re) construção das próprias vidas. Dessa forma, não desenvolvem comportamento vingativo ou violento. Superam o trauma e tornam-se adultos socialmente equilibrados com base na resiliência<sup>(21)</sup>.

De acordo com pesquisadores, a resiliência é, na maioria das vezes, referida por processos que explicam a “superação” de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações. Por tratar-se de um conceito relativamente novo e, portanto, pouco a pouco desvelado, a resiliência é bastante discutida do ponto de vista teórico e metodológico pela comunidade científica<sup>(21)</sup>.

Ante os complexos fatores de qualquer estudo voltado para o ser humano, a resiliência, como característica de um sujeito, deve ser sempre relativizada e entendida dentro de um conjunto de fatores e variáveis, pois, conforme se observa alguns indivíduos a possuem e outros não. Não é um atributo que nasce com o sujeito ou que ele adquira durante o seu desenvolvimento. Na verdade é uma interação de pessoas com o seu meio, capaz de transformar-se na força de superação<sup>(22)</sup>.

Segundo se entende que a criança, quando possuidora de resiliência, tem maior capacidade de reconstituir a vida, de recuperar-se, pautada na força originada no contexto da adversidade. Entretanto, tal capacidade não atenua a natureza cruel e destruidora do abuso sexual infantil. Independentemente da superação, não inata a todo sujeito, urge a formação de uma rede social de apoio, com dispositivos eficazes, para que, somados ou não à resiliência, as vítimas de abuso sexual infantil não sejam abandonadas à própria sorte, sob risco de carregar consigo essa criança ferida e violentada por toda a sua vida.

Ao desejo de superação agrega-se a necessidade materna de demonstração de cuidado e amor para com a filha, como mostra a história da humanidade, composta de elementos representados pela constituição, desconstituição e reconstituição, nas quais o ato de cuidar sempre esteve presente. Desde os primórdios, tal cuidado manteve-se vinculado à figura feminina. Ilustrativamente, citam-se como exemplos a fragilidade e a dependência inerente ao homem nos seus primeiros anos de vida. Dentre os mamíferos, desde tenra idade, depende totalmente de um

cuidador, muitas vezes representado pela mãe. Com exceção das mães que praticam atos violentos contra sua prole, a figura materna é considerada, ao longo do trajeto histórico, como a primeira cuidadora com a qual o ser humano mantém contato nos primeiros anos de vida.

Atualmente, apesar de não ser uma constante, a imagem materna está, na maioria das vezes, vinculada a sentimentos de cuidado, zelo e amor. Esses sentimentos são referidos nas falas das informantes como se pode observar no tema cuidar com amor, ora discutido.

O DSC da informante M1 manifesta a necessidade desta fazer-se presente junto à filha, amando e cuidando, como exposto: *ficando com ela o tempo todo, dando carinho, atenção, cuidando, sendo amiga, oferecendo meu amor, a única forma que eu encontrei de ajudar minha filha é assim*. Segundo se divulga o cuidado humano, sem dúvida, está arraigado em valores de defesa da vida, os quais, independentemente do enfoque, priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor, entre outros aspectos<sup>(23)</sup>.

Como mostra a fala da informante M5, ela relaciona a oferta de cuidado e amor, quase exclusivamente, ao ato de auxiliar a filha na realização de tarefas do dia-dia, como segue: *Mando e ajudo ela nas tarefas, mando ela tomar banho*. No concernente ao tempo em que a mãe convive com o filho, o quantitativo não tem grande relevância, pois se deve priorizar o qualitativo. A mãe que brinca e dá atenção ao filho fortalece o vínculo de forma significativa, no entanto, aquela que interage com o filho apenas em tarefas de rotina compromete diretamente o estabelecimento de laços afetivos com seu rebento<sup>(24)</sup>, a díade mãe-filho tem sido objeto de estudo no decorrer da história, uma mirada com as lentes do tempo revela que foram desenvolvidas diversas teorias com foco na origem, fortalecimento e conseqüências do vínculo do binômio mãe-filho.

Dentre estas sobressaem a Teoria do Apego (TA) e o complexo de Édipo. De acordo com a Teoria

do apego, a saúde mental da criança está associada com a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com sua mãe (ou uma mãe substituta permanente, uma pessoa que desempenha, regular e constantemente, o papel de mãe para ela) na qual ambos encontrem contentamento e prazer<sup>(24)</sup>.

Ao se tratar de proteção materna, pode-se observar a ancoragem emergida no quadro-síntese anterior, na qual as mães enfatizam o inevitável sentimento de superproteger as filhas, no intuito de resguardá-las, poupá-las de futuras injúrias, como se pode verificar no discurso das informantes M1 e M2: *Ficando com ela o tempo todo. Quero evitar mais traumas pra ela.* A idéia central do DSC, referente à primeira questão, revelou sentimento de culpa por parte das mães, ao se julgarem incapazes de proteger suas filhas. Segundo se acredita a idéia de superproteção materna tem relação com a possível culpa por elas vivenciada.

Nos casos em que os fatores de proteção encontram-se presentes em algum momento na vida das crianças vítimas de abuso sexual, a probabilidade de haver a ruptura do abuso e de elas elaborarem o ocorrido aumenta consideravelmente. Dessa forma, compreende-se que tais sentimentos de proteção manifestos pelas mães, na dinâmica abusiva, é uma variável a ser levada em conta. Sobre o assunto, determinado pesquisador complementa: quando a mãe acredita na veracidade do abuso sexual relatado pela filha, existem grandes chances da quebra do fenômeno ao longo dos anos<sup>(25)</sup>.

Ao se revelarem superprotetoras, as informantes demonstraram intenção de ato compensatório da culpa manifesta por parte de cada uma. Diante desse fato, almeja-se que tais crianças vivenciem, de forma real, o aconchego e a proteção, não somente materna, mas, também, de todos os membros da família, da sociedade e do Estado. E, assim, não sejam “revitimizadas”, porquanto, nos casos estudados, o perpetrador é alguém próximo à criança, em especial com laços consanguíneos com a vítima. Isto mostra mais um fator de sua vulnerabilidade.

Conforme os discursos apresentados revelaram, o fator financeiro constitui elemento de base na conquista da superação da vítima de abuso sexual. As informantes mencionaram a necessidade de melhor condição socioeconômica como forma de dispor de subsídios para auxiliar as filhas no enfrentamento das seqüelas deixadas pelo abuso sexual. Nos discursos, M1 e M2 enfatizaram a questão do risco para o trabalho infantil, em virtude duas crianças manifestarem vontade de adentrar no mercado de trabalho informal, como segue: *Ultimamente, eu não sei se foi por causa do que ela passou, mas tem me falado que quer trabalhar. Fala que as amigas estão entregando panfletos no sinal e quer ir também.*

Em face do risco iminente de a criança desenvolver algum tipo de atividade laboral, considera-se possível ela vir a sofrer outro tipo de violência, além do abuso sexual, qual seja a exploração do trabalho infantil. Esta é uma modalidade de violência não apenas social, mas também é intrafamiliar, por ser considerada de caráter interpessoal. Desse modo, a criança é duplamente atingida pela violência de uma sociedade “adulta”.

O fator financeiro, simbolizado pelo dinheiro, foi citado como grande aliado, revelado na fala da M3: *Eu só queria ter mais condição, sei lá, sempre tem alguma coisa que a gente queria fazer pelos filhos e não pode.* De maneira geral, a desigualdade social massacra a grande massa existente no Brasil, muito nas mãos de poucos e pouco nas mãos de muitos. Dessa realidade, não se pode fugir. Ela é visível no dia-a-dia, está nas favelas, nas ruas, nos hospitais, nas escolas, em tantos lugares e não-lugares.

Outro elemento produto da cronicidade da crise social dominante no Brasil é o desemprego, citado pela mãe M5: *Arrumar um trabalho pra sustentar ela: minha preocupação é essa, pois pra trabalhar, sou eu mesmo, não tem ajuda de ninguém, não tem ajuda do bolsa escola.*

O desemprego é uma chaga da sociedade contemporânea, na qual o trabalho simboliza a independência individual, a renda das pessoas e o seu *status*



social. Como se pode observar, o desemprego gera inúmeras insuficiências.

Com a reestruturação dos arranjos familiares, estas se acirram ainda mais, pois, como mostra o traçado histórico, o núcleo familiar deixa de ser um espaço exclusivamente patriarcal, particularmente porque a mulher recebeu o legado de assumir o papel de provedora do lar, tornando-se chefe de família. Nessa realidade, transforma-se em mais uma vítima direta do desemprego, conforme explicitado no depoimento da M5, que se queixa, inclusive, da sua não-participação em projetos sociais ofertados pelo governo, a exemplo do Programa Bolsa-Escola.

Indistintamente, a vivência da violência atinge a toda família, mas, a criança, muitas vezes, é duplamente atingida. No caso do abuso sexual infantil, como se constatou nos eventos estudados, além de serem vitimadas por tal fenômeno, suas famílias são marcadas, também, pela desigualdade e injustiça social. Contudo, as informantes relataram a esperança e a confiança em uma condição financeira mais digna e favorável.

Considerando-se as condições socioeconômicas das famílias do estudo, estas mães necessitam de amparo social do Estado, com vistas a disporem de possibilidades de oferecerem as suas filhas chances de superarem tal trauma e aprenderem a lidar melhor com as conseqüências do abuso sexual.

Para tanto, urge uma avaliação sobre a efetivação das atuais políticas sociais, assim como, uma profunda reflexão da sociedade brasileira, repudiando a todo tipo de violência praticada contra a criança ou outra pessoa, na busca de uma sociedade mais justa e menos permissiva. As famílias necessitam rever as relações afetivas e os vínculos que se estabelecem em seu círculo, praticando um cuidado vigilante, onde, também, o diálogo seja uma prática cotidiana.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Discurso do Sujeito Coletivo propiciou a contemplação da ânsia materna em “apagar” da

memória da filha todas as seqüelas, dores e dificuldades acarretadas pelo crime de abuso sexual infantil, o qual representa, também, a violação da cidadania de suas vítimas. Nessa perspectiva, foi evidente a manifestação do ato de cuidar e amar a filha, mascarado muitas vezes pela superproteção, no intuito de evitar novas dores e traumas sob a forma de uma revitimização.

Ao se retratar a assimetria social dominante no país, o fator financeiro foi citado, muitas vezes, como determinante tanto no auxílio a superação das seqüelas, quanto como elemento importante na busca da qualidade de vida de toda a cadeia familiar, em especial, da criança abusada. Contudo, sabe-se que o ato de superação tem relações concretas com o tipo de abuso, o grau de parentesco com o agressor e a resiliência das vítimas.

Dinheiro, amor, zelo, cuidado, superproteção, qualidade de vida, respeito e cidadania são elementos constitutivos para subsidiar uma vida mais digna e feliz a todas as crianças. Porém, alguns desses elementos dependem, diretamente, da mobilização social quanto à implantação de políticas voltadas à criança, que perduram na inércia há décadas.

O estudo sinaliza para o leitor o desafio inerente à criança e ao adolescente no enfrentamento do abuso sexual; este, por sua complexidade, requer políticas públicas sociais efetivas, que amenizem o sofrimento de crianças e adolescentes que são “amordaçados”, justamente, por pessoas que deveriam lhes proporcionar o “poder de voz”.

Com base na realidade estudada, destaca-se a importância do Estado e da sociedade civil de perceber e assistir as famílias em situação de vulnerabilidade social, criando-se políticas públicas e ações efetivas de resgate da cidadania a tantos que vivem à margem e desprovidos de tudo, para uma existência digna.

Desse modo, podem-se cogitar mudanças sobre o atual panorama em que crianças e adolescentes estão imersos quando se traz à tona a permissivi-

dade, o continuísmo e a impunidade que circundam os prováveis autores desse tão grave delito — o abuso sexual.

## REFERÊNCIAS

1. Cerqueira DRC, Carvalho, AXY, Lobão WJA, Rodrigues RI. Análise dos custos e conseqüências da violência no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Relatório IPEA [online]. 2007 [citado 2009 jun 15]. Disponível em: [http://ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td\\_1284.pdf](http://ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1284.pdf).
2. Briceño-León R. Violência, sociedad y justicia em América Latina. Buenos Aires: Clacso; 2002.
3. Araújo ME. Violência e abuso sexual na família. *Psicol Estud.* 2002; 7(2):3-11.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº737, de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
5. International Center for Assalt Prevention. The following statistics are furnished by ICAP in an effort to assist our projects in addressing some of the pertinent issues regarding child abuse & neglect [online]. [citado 2009 Jun 15]. Disponível em: [http://www.internationalcap.org/abuse\\_statistics.html](http://www.internationalcap.org/abuse_statistics.html).
6. Azevedo MA. Contribuições brasileiras á prevenção da violência domestica contra crianças e adolescentes. In: Westephal ME, organizador. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP; 2002.
7. Moura SMSR; Araújo ME. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicol Ciênc Prof [periódico na Internet]*. 2004 [citado 2009 Jun 15]; 24(1):44-55. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n1/v24n1a06.pdf>.
8. Ministério da Ação Social, Justiça, Trabalho e Educação (BR). Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Ministério da Ação Social, Justiça, Trabalho e Educação; 1990.
9. Schreiber E. Os direitos fundamentais da criança na violência intrafamiliar. Porto Alegre: Ricardo Lenz; 2001.
10. Cohen JA, Mannarino AP. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse Negl.* 2000; 24(7):983-94.
11. Junqueira MFPS; Deslandes SF. Resiliência e maus-tratos à criança. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(1):227-35.
12. Carvalho QCM; Cardoso MVLML; Galvão MTG. Violência contra a criança e o adolescente: estudo reflexivo sobre as políticas públicas. *Rev Rene.* 2008; (10):95-8.
13. Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
14. Lefréve F, Lefréve, AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2005.
15. Vasconcelos KL, Ferreira AGN, Oliveira EM, Siqueira DD, Pinheiro PNC. Características da violência sexual sofrida por crianças assistidas por um programa de apoio. *Rev Rene.* 2010; 11(1):38-47.
16. Krug E, Dalberg L, organizadores. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
17. Mattos GO. Abuso sexual em crianças pequenas: peculiaridades e dilemas no diagnóstico e no tratamento. In: Ferrari DCA, Vecina TCC, organizadores. *O fim do silêncio na violência familiar*. São Paulo: Agora; 2002.
18. Cohen JA, Mannarino AP. Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Negl.* 2001; 25(1):123-35.
19. Junqueira MFPS, Deslandes SF. Resiliência e maus-tratos à criança. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(1):222-35.
20. Yunes MAM, Szymanski H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J, organizador. *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez; 2001. p.13-42.

21. Pesce RP, Assis SG. Resiliência na infância e na adolescência: pistas para a promoção da saúde. In: Silva HO, Silva JS, organizadores. Análise da violência contra a criança e o adolescente segundo o ciclo de vida no Brasil. São Paulo: Global; 2005. p.146-59.
22. Waldow VR. O cuidado na saúde. São Paulo: Vozes; 2004.
23. Forna A. Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro; 1999.
24. Ribas AFP, Moura MLS. Responsividade materna e Teoria do Apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. *Psicol Reflex Crít.* 2004; 17(3):315-22.
25. Ribas AFP, Moura MLS. Responsividade materna e Teoria do Apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. *Psicol Reflex Crít.* 2004; 17(3): 315-22.

**RECEBIDO:** 17/09/2009

**ACEITO:** 07/06/2010

## PERCEPÇÕES DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIV/AIDS\*

### PERCEPTIONS OF LIFE QUALITY OF PEOPLE WITH HIV/AIDS

### PERCEPCIONES DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA

BETINA HORNER SCHLINDWEIN MEIRELLES<sup>1</sup>  
DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA<sup>2</sup>  
FERNANDA MENEGHELLO ARZUAGA VIEIRA<sup>3</sup>  
SABRINA DA SILVA DE SOUZA<sup>4</sup>  
ISABELA ZENI COELHO<sup>5</sup>  
RAFAELA BATISTA<sup>6</sup>

*Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva que objetiva identificar os elementos que influenciam a percepção de qualidade de vida (QV) de pessoas que vivem com HIV/Aids. Entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com 14 pessoas. Análise resultou em quatro categorias: Qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade; Viver com HIV/Aids e a qualidade de vida; O cuidado para o viver com qualidade; e Os serviços de saúde como potencializadores da QV. Existem vários fatores que interferem na QV dessas pessoas, como: aspectos físicos decorrentes da doença, o seguimento do tratamento e o uso dos antirretrovirais. Como aspectos sociais, identificou-se a presença de discriminação e preconceito. A aceitação do tratamento com medicamentos antirretrovirais melhora consideravelmente a QV. A identificação dos fatores que interferem na QV poderá contribuir para o atendimento mais humanizado às pessoas que vivem com HIV/Aids, direcionando o cuidado para além dos aspectos clínicos, instrumentalizando estas pessoas na busca por um viver com mais qualidade.*

**DESCRIPTORES:** Qualidade de Vida; HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Enfermagem.

*This is a qualitative exploratory-descriptive work that aims to identify the elements that influence the perception of quality of life (QOL) of people living with HIV/AIDS". Semi-structured interviews with 14 people was carried out. The analysis resulted in four categories: Quality of life; subjectivity and multidimensionality; Living with HIV/AIDS and the quality of life as well as Care for the living quality and Health services as enhancers of QOL. There are several factors that interfere in the QOL of those people such as: physical aspects caused by the disease, the continuation of the treatment and the usage of antiretroviral medications. As social aspects, it was identified the presence of prejudice and discrimination. The acceptance of the treatment by antiretroviral medications considerably improves QOL. The identification of the factors that interfere in QOL will be able to contribute to more humanized service provided to people who live with HIV/Aids, leading to the care beyond the clinical aspects, instrumentalizing those people towards a better life quality.*

**DESCRIPTORS:** Life Quality; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Nursing.

*Estudio que utiliza abordaje cualitativo, exploratorio-descriptivo con objetivo de identificar los elementos que influyen en la percepción de calidad de vida (CV) de personas que viven con el VIH/SIDA. Para el estudio se realizaron entrevistas semiestructuradas con 14 personas. El análisis dio lugar a cuatro categorías, a saber: Calidad de vida: subjetiva y multidimensional; Vivir con VIH/SIDA y la calidad de vida; El cuidado para vivir con calidad y Los servicios de salud como potenciadores de la calidad de vida. Hay varios factores que influyen en la calidad de vida de esas personas, tales como: los factores físicos resultantes de la enfermedad, el cumplimiento del tratamiento y el uso de los antirretrovirales. En relación a los aspectos sociales, se identificó la presencia de la discriminación y los prejuicios. La aceptación del tratamiento con medicamentos antirretrovirales mejora significativamente la CV. La identificación de los factores que interfieren en la calidad de vida podrá contribuir para humanizar la atención a las personas que viven con VIH/SIDA, orientando el cuidado más allá de los aspectos clínicos, mediando para que esas personas puedan tener una vida con más calidad.*

**DESCRIPTORES:** Calidad de Vida; VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Enfermería.

\* Artigo elaborado a partir do Projeto de Pesquisa "Qualidade de Vida de Pessoas que Vivem com HIV/Aids".

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Vice-líder do grupo de pesquisa NUCRON. Av. Gov. Irineu Bornhausen, 3188/801 – 88025-200 - Florianópolis – SC. Brasil. E-mail: betinam@ccs.ufsc.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC. Brasil. Líder do grupo de pesquisa NUCRON. Bolsista de produtividade do CNPq. Brasil. E-mail: denise@ccs.ufsc.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Camboriú — Santa Catarina — Brasil. Integrante do grupo de pesquisa NUCRON. Brasil. E-mail: fearzuaga\_vieira@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC e do Programa de Controle de Tuberculose de São José -SC- Brasil. Integrante do grupo de pesquisa NUCRON. E-mail: enfermeirasabrina@gmail.com

<sup>5</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSC. Brasil. Bolsista de Iniciação Científica do Programa PIBIC/CNPq 2007/2008. Brasil. E-mail: isabelazeni@hotmail.com

<sup>6</sup> Enfermeira. Hospital Universitário da UFSC. Brasil. Integrante do grupo de pesquisa NUCRON. Brasil. E-mail: rafaela-tenbap@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Qualidade de vida (QV) é compreendida como um conceito que integra a linguagem do dia a dia das pessoas, como algo pelo qual devem lutar, considerando que na complexidade da sociedade moderna, essa qualidade de vida parece estar cada vez mais distante do viver das pessoas. Estudiosos em diferentes áreas do conhecimento têm investido na compreensão desse conceito, acreditando que esse conhecimento poderá, de alguma maneira, contribuir para que se possa conquistar essa qualidade de vida.

Dentre as possibilidades advindas com a introdução do conceito de QV, está a avaliação do impacto de intervenções ou condições de saúde de modo mais abrangente, ampliando os desfechos para além da sintomatologia, morbimortalidade ou presença de sintomas emocionais ligados a patologias. Além do mais, coloca ênfase nas avaliações de desfecho a partir das pessoas, consideradas como os mais aptas a aferirem subjetivamente sua condição em diversas áreas de sua vida<sup>(1)</sup>.

Um dos aspectos fundamentais na avaliação da QV relaciona-se com a importância da valorização da percepção subjetiva das pessoas e não apenas da objetiva, onde é dada maior importância para os exames clínico-laboratoriais em detrimento da satisfação global da pessoa em relação a sua saúde/tratamento.

Qualidade de vida pressupõe uma noção eminentemente humana e que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial, deixando clara a importância da percepção subjetiva na sua avaliação<sup>(2)</sup>.

Também é compreendida como um conceito subjetivo, identificado com “felicidade com a vida”. Felicidade é definida como uma emoção derivando de um equilíbrio entre as necessidades da pessoa e sua condição de vida, na percepção da própria pessoa<sup>(3)</sup>.

Hoje, com o advento da terapia antirretroviral, a Aids é considerada uma doença crônica, o que faz com que estas pessoas convivam e enfrentem situa-

ções diversas. Na área da saúde, especialmente quando abordamos a questão das doenças crônicas, parece que a qualidade de vida se coloca ainda mais distante. A condição crônica provoca mudanças em diferentes âmbitos do viver, alterando o ritmo e a direção do processo de viver, ao longo do tempo, incluindo os aspectos físicos, sociais e emocionais<sup>(4-5)</sup>. Têm como características: a persistência e a necessidade de certo nível de cuidados permanentes; o crescente aumento no mundo; o forte impacto causado por elas, tanto nos serviços de saúde quanto na vida das pessoas e de suas famílias; com conseqüências econômicas e sociais, ameaçando recursos da saúde em cada país<sup>(6)</sup>.

Observa-se que o impacto da infecção pelo HIV pode gerar mudanças em diversas áreas na vida das pessoas. Enfrentar este problema, associado as dificuldades que a condição sorológica impõe em relação à qualidade de vida, tem sido um dos desafios enfrentados pelas pessoas com HIV/Aids. Pesquisar qualidade de vida em pessoas com uma doença incurável revela-se uma estratégia de aproximação de uma realidade, muitas vezes, não demonstrada, apenas vivenciada.

Neste sentido, o estudo teve como objetivo: Identificar os elementos que influenciam a percepção de qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids em uma comunidade litorânea de Santa Catarina.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em um serviço de referência no atendimento a pessoas com HIV/Aids de um município litorâneo de Santa Catarina. A escolha deste município foi em decorrência da alta taxa de incidência e prevalência da doença, pois destaca-se no *ranking* dos municípios que apresentam as maiores taxas de incidência de aids no Brasil, sendo constatadas taxas por 100.000 habitantes de 71,1 no ano de 2006 e 44,3 em 2007<sup>(7)</sup>.

Este estudo integra um projeto que envolveu a aplicação do questionário *WHOQOL-HIV-bref*<sup>(8)</sup> a

100 pessoas, das quais quatorze foram selecionadas para a realização de entrevistas semi-estruturadas. Os critérios de escolha para a realização das entrevistas foram: comunicar-se com fluência, desejar participar do estudo e ter tempo disponível. A definição deste número foi decorrente da análise concomitante dos dados que evidenciou a repetição das informações, caracterizando a saturação teórica.

Os sujeitos integrantes da pesquisa foram: pessoas com HIV/Aids, que realizam ou realizaram tratamento com medicação antirretroviral, integrantes do serviço de referência municipal, com o diagnóstico há pelo menos um ano e com idade superior a 18 anos.

Os dados foram coletados no período de maio a dezembro de 2008, através de entrevistas semi-estruturadas, abordando questões sobre o conceito de QV, fatores que interferem na QV, a influência da aids no viver cotidiano destas pessoas e os cuidados adotados para melhoria da QV. As entrevistas foram gravadas em áudio (com a autorização prévia dos participantes) e posteriormente transcritas.

Foi realizada a análise de conteúdo qualitativa, temática<sup>(9)</sup>, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Na pré-análise as entrevistas foram organizadas, lidas várias vezes, buscando apreender o sentido mais geral das falas. Na exploração do material foi efetuada a codificação das entrevistas, frase a frase, estabelecendo códigos que representassem o conteúdo da fala. Estes códigos foram analisados no sentido de selecionar aqueles relacionados com o objeto de estudo (qualidade de vida) e agrupados por semelhança que levaram à criação das categorias e a interpretação dos significados, constituindo a etapa de tratamento do material.

A partir da análise temática dos dados, foram construídas quatro categorias: Qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade; Viver com HIV/Aids e a qualidade de vida; O cuidado para o viver com qualidade; e, Os serviços de saúde como potencializadores da QV.

A pesquisa obedeceu a Resolução nº 196/96 e suas complementares do CNS/MS que dispõem sobre Diretrizes e Normas regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos, especialmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, processo nº164/07. Para garantir o anonimato, as falas dos sujeitos estão identificadas no texto com a letra P, seguida de número sequencial, sendo P1 a P14.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram sujeitos do estudo quatorze pessoas que vivem com HIV/Aids, adultas, sendo destes, dez mulheres e quatro homens. A faixa etária variou de 24 a 61 anos, sendo que a maioria dos sujeitos tem mais de 40 anos de idade. O maior tempo de diagnóstico do HIV foi de 24 anos, sendo que 70% convivem com esta situação por mais de 5 anos. Apenas 3 mulheres não faziam uso de medicações antirretrovirais no momento da entrevista.

As quatro categorias abrangem os principais aspectos referidos pelos entrevistados quanto a sua percepção de qualidade de vida no processo de viver com o HIV/Aids, oferecendo uma aproximação sobre o que é QV e como sua condição crônica pode alterá-la.

### 1. Qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade

O termo qualidade de vida é bastante abrangente, estando diretamente relacionado às experiências individuais, num dado momento, dentro de um contexto sociocultural, com múltiplas dimensões.

Nas falas dos sujeitos constatamos que há uma diversidade de percepções acerca da qualidade de vida e, que nesta conceituação, estão relacionados fatores que contribuem para uma vida melhor. Nesta conceituação estão presentes: fé, alimentação saudável, atividade física, trabalho, saúde, satisfação consigo mesmo, bom atendimento em saúde, sentir-se

saudável, relacionamentos, reforçando o conceito da Organização Mundial da Saúde<sup>(3)</sup>. *Qualidade de vida... Ah, só estar de bem com si próprio, com os outros, estar de bem com Deus (P1). O meu entendimento sobre qualidade de vida é ter uma vida saudável, é a vida que eu tenho hoje em dia. Para mim, é viver no campo, trabalhar com o que gosta, ter condições para se manter vivo, que é o que eu tenho (P2). Eu acho que bem-estar. Então, saúde e trabalho. Eu acho que necessidade básica é saúde mental e física... (P9).*

Estar bem e ter saúde são abordados como condições para ter qualidade de vida, e mesmo vivendo com uma doença crônica, pontuam que ter saúde é importante, evidenciando que há uma relação intrínseca entre saúde e doença e não uma oposição. Esta situação indica a necessidade de focalizar o viver saudável e não ter como centro do cuidado à doença.

As condições de vida são colocadas como um primeiro nível de necessidade, como aquilo que dá condições para aspirar um viver melhor. Alimentação, lazer, trabalho e moradia incluem este conjunto de condições elementares para ter qualidade de vida. *Eu acho que para qualidade de vida, teria que ter uma boa alimentação todos os dias, não só de vez em quando. Para isso ter um bom trabalho, para isso ter ajuda, poder estudar de novo, ter uma boa moradia... Tudo depende de uma remuneração boa, vamos dizer assim. Ter condições financeiras para poder fazer aquilo. Porque não adianta nada, de repente tu até tens uma casa boa, mas não tem a condição financeira para poder se alimentar bem todo dia. Nem todos os dias a gente consegue se alimentar. Principalmente a gente que tem essa doença, a gente tem que se alimentar com muita fruta, com muita verdura, que é coisa boa e nem todo dia a gente tem (P12).*

O conceito qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) baseia-se nos aspectos relacionados ao fardo e ao impacto que condições de saúde têm na qualidade de vida e bem-estar. Deste modo, é usualmente aplicado em populações clínicas e vincula-se, assim, exclusivamente a tais situações. Assim, acabam por propor uma restrição da abrangência do conceito

com o objetivo de aumentar a capacidade de detecção de alterações associadas à funcionalidade e saúde<sup>(10)</sup>. A QVRS pode ser definida como o impacto que uma enfermidade e seu conseqüente tratamento têm sobre a percepção do paciente quanto ao seu bem-estar<sup>(11)</sup>. No entanto, neste estudo, o conceito de QV foi percebido em sua positividade, como uma possibilidade, reforçando sua multidimensionalidade e dinamicidade, ou seja, além de abranger vários aspectos do viver de pessoas, também muda ao longo do tempo e mesmo em diferentes situações.

## 2. Viver com HIV/Aids e a qualidade de vida

Mesmo com a concepção de que é possível ter QV sendo portador de uma doença crônica, há fatores que podem interferir na mesma. Um dos fatores que geram impacto na QV é o recebimento do diagnóstico de HIV/Aids. Este diagnóstico pode interferir negativamente na percepção de QV das pessoas, gerando mudanças nos planos de vida. Porém, ao longo do processo de saúde/doença as pessoas vão se adaptando e aprendendo a conviver com a doença e, com isso, a percepção de qualidade de vida vai se modificando. *Assim, quando eu descobri, eu levei um choque. Imagina, tu levas um choque! Mas, eu tenho uma vida igual a todo mundo. Pelo menos, às vezes, eu acho que é melhor do que dos outros que não tem. Que eu e o meu marido, a gente convive muito bem, tanto que nós dois somos soropositivos e nenhum culpou o outro. Bola para frente. Claro que só na hora mesmo, uns dois ou três meses só que a gente ficou..., mas depois a gente... Tanto que a gente casou há 6 anos, mas não temos nenhum filho. Não pretendemos ter filhos para não correr o risco de botar uma criança no mundo... Mas, qualidade de vida, assim, tranquilo (P5).*

O diagnóstico do HIV gera um impacto na vida, levando, se não a uma vida com restrições físicas, a uma vida com sérias restrições sociais que acabam refletindo no tratamento dessas pessoas<sup>(12)</sup>. Ao deparar-se com o diagnóstico da infecção pelo HIV, o ser humano corre o risco de romper relações pessoais, afetivas e sociais. Diante do processo de fragilização

causado pela descoberta da doença, as intervenções psicossociais se tornam necessárias a fim de viabilizar o enfrentamento do processo de adoecimento, e o fortalecimento social passa a ser o objeto de ação. A aids na esfera social é associada a atitudes discriminatórias, que conduzem à exclusão<sup>(13)</sup>.

Além disso, o viver com o HIV/Aids pode provocar manifestações que interferem na qualidade de vida dessas pessoas podendo, algumas vezes, a presença de um simples cansaço físico afetar as atividades do dia-a-dia e, muitas vezes, este pode impedir estas pessoas até mesmo de se manterem ativas no trabalho. Foi destacada a dependência dos medicamentos antirretrovirais, que apesar de manterem e melhorarem sua condição de vida, interfere diretamente no dia-a-dia das pessoas, necessitando ajustes e adaptações. *Bom, não me interfere. Interfere no cansaço que me dá de vez em quando, só. É, e essa chatice de ter que tomar os antirretrovirais, porque, querendo ou não, é uma chatice. Sem ele eu não posso ficar, mas tens que modificar a tua vida inteira por causa disso, tanto que eu trabalho uma semana e folgo uma. Eu trabalharia o mês inteiro, folgaria só sábado e domingo, se eu não tivesse HIV, mas eu tenbo. E é das 5 da manhã as 10 da noite, a carga borária é grande, é pesada, não dá (P2).*

O uso dos antirretrovirais para o tratamento da aids trouxe contradições: o aumento da expectativa de vida e o convívio com os efeitos adversos das medicações, bem como as adaptações realizadas na vida diária para a administração destes medicamentos. As pessoas acometidas com a doença precisam lidar com estas adversidades na busca por uma vida mais saudável.

A mudança no curso da infecção pelo HIV através do uso de antirretrovirais tornou-se possível porque estes inibem de forma eficaz a replicação viral. As pessoas que fazem uso regular destes medicamentos atingem níveis plasmáticos de carga viral indetectável, aumentando o nível de linfócitos CD4. Através destes fatores, há melhora da imunidade, diminuindo as chances de desenvolver infecções oportunistas, que

num passado não muito distante era responsável pela morte dessas pessoas. Assim, o tratamento gerou aumento significativo na sobrevivência desta população<sup>(14)</sup>.

A importância do uso dos antirretrovirais para a cronicidade da aids já está bem descrita na literatura, entretanto, “o uso desta terapêutica precisa ser considerado no contexto vivido pelo indivíduo, sofrendo influência de diversos aspectos sociais, políticos, culturais e religiosos”<sup>(14:35)</sup>.

Além das manifestações físicas da doença, há também as dificuldades psicológicas e sociais em viver com HIV/Aids, que parece ser o fator que mais influencia no viver com essa condição de saúde.

Essa dificuldade é expressa pelas percepções de preconceito que se expressam nas atitudes de outras pessoas, gerando desconforto para quem vive com a doença, que passa a se sentir, algumas vezes, discriminada até mesmo pelas pessoas mais próximas, como filhos e outros parentes. No entanto, reconhecem também que o preconceito está neles próprios estando vinculado a sua condição. As falas dos sujeitos ilustram estas situações: *Eu sempre gostei dos meus filhos morando tudo pertinho, numa quadra e outra. Eu ando por lá olhando, mas ela me vê e se esconde. Quando ela passa de carro, ela está no carro deitada para não olhar para mim... Isso tudo vai machucando a gente. Mas, não tem nada a ver com a doença, mas é o preconceito. E a gente vai enfraquecendo; eu estou num jeito aqui, que se eu te mostrar, você se assusta, da alergia... (P13). Eu acho que, no meu caso, está em mim o preconceito, porque eu não aceito. Então, na minha situação, em qualquer lugar que eu vou, a sensação que eu tenbo quando uma pessoa me olha, é que está estampado na minha testa que eu tenbo aquilo. Então, muito me dificulta conseguir aquilo que eu quero. Eu estou praticamente assim parada, eu não consigo fazer o que eu quero, eu estou vegetando, vamos dizer assim. Sobrevivendo, vivendo o dia de hoje, amanhã... É como se não existisse mais perspectiva de vida assim, hoje eu estou viva e amanhã eu já não sei (P12).*

Além do preconceito percebido como um fator que altera a QV há fatores relacionados às necessidades de acompanhamento da doença, como as idas



freqüentes aos serviços de saúde para controles, que trazem repercussões negativas na qualidade de vida destas pessoas, conforme citado: *Pelos outros, como vão tratar a gente. Muitos tratam a gente diferente. Para mim, eu levo a vida normal, mas quando chega nessas horas: é pegar remédio, é fazer exames, é ir pra tal lugar, é fazer isso e isso, aí me incomoda bastante* (P8).

A questão do preconceito e da discriminação é abordada em diversas pesquisas envolvendo pessoas com HIV/Aids<sup>(14-17)</sup>. Estudos sobre qualidade de vida e aids<sup>(18-19)</sup> identificaram que os sujeitos apresentam pior qualidade de vida no domínio relações sociais e meio ambiente quando comparados com os domínios físico e psicológico, como reflexo do estigma e discriminação que estas pessoas enfrentam associados às dificuldades na revelação diagnóstica em espaços sociais (trabalho, família e amigos). As peculiaridades de viver com a doença podem afetar negativamente as questões do domínio relações sociais (relações pessoais, suporte social, atividade sexual). O aumento da percepção de preconceito por parte da família e amigos está associado a piores escores de qualidade de vida no domínio relações sociais<sup>(19)</sup>.

Este é um fato que nos leva a refletir sobre as possíveis raízes do problema. Apesar dos avanços nas políticas públicas de prevenção e assistência aos portadores do HIV, o enfrentamento da aids no Brasil tem que vencer os desafios do preconceito. Acreditamos que ainda exista medo e falta de informação a respeito da doença, mesmo após vários investimentos e campanhas neste sentido. Pensamos que esta questão vai além da informação. Exige mudanças de visão de mundo, de crenças e de aceitação do outro na sua singularidade e diversidade.

### 3. O cuidado para o viver com qualidade

A avaliação da qualidade de vida de pessoas com HIV/Aids pode trazer benefícios no sentido de monitorar o cuidado em saúde a estes indivíduos, a adesão e a repercussão da terapia antirretroviral e como estas pessoas assumem o seu auto-cuidado. Neste sentido,

surtem discussões acerca desta percepção a partir dos sujeitos pesquisados.

Cuidar da saúde foi relacionado com cuidar da alimentação, conforme destacado nas falas dos sujeitos. A alimentação surgiu, mais uma vez, como um componente imprescindível para ter-se qualidade de vida. A busca por uma alimentação saudável repercute diretamente no tratamento/cuidado, representada como um coadjuvante fundamental neste processo: *A alimentação boa, como muita verdura, muito verde, muita coisa que tenha vitamina: acerola, kiwi, muita fibra. Tanto é que, até hoje, eu nunca tive uma diarreia! Assim, a respeito da alimentação, como muita polenta, como arroz, coisa assim que alimenta* (P3). *Ab, eu procuro cuidar o máximo que eu posso na alimentação... Então, eu tenho que comer uma comida de sal, pode ter assim um arroz e um feijão, mas sempre tem que ter uma verdura e uma fruta para comer, porque isso me faz falta. O organismo da gente, a gente sente que precisa* (P11).

A alimentação equilibrada auxilia na melhoria do sistema imunológico, de acordo com *American Dietetic Association*. A adoção de uma nutrição adequada para os pacientes com HIV tem sido recomendada devido a implicações nutricionais na evolução da infecção pelo vírus. A desnutrição diminui a atividade do sistema imunológico, afetando a razão entre os marcadores imunológicos CD4 e CD8<sup>(20)</sup>.

Observamos que existe a preocupação com hábitos mais saudáveis, através de atitudes e comportamentos, aliados ao uso adequado dos medicamentos antirretrovirais. Isto se evidencia nas falas a seguir: *Procuro tomar os medicamentos certos, na hora certa. E procuro também, deixa eu ver aqui, medicação certa, o clima também pode complicar. Pegar chuva pode pegar um resfriado, evitar esse tipo de coisa* (P7). *Com certeza! Se não fosse a medicação talvez eu não estaria aqui. Antigamente, quando eu parei de tomar a medicação, eu vivia gripada, vivia com tosse direto, uma gripe atrás da outra, estava sempre fraca. E agora, desde que eu comecei, não sei o que é um espirro* (P10).

Como já destacado, a terapia antirretroviral tem melhorado significativamente a sobrevida

e também a qualidade de vida das pessoas com aids. A terapia antirretroviral combinada tem sido a grande aliada no controle da infecção pelo HIV, causando alterações acentuadas nos indicadores de mortalidade, principalmente nos países em que o acesso aos medicamentos é universal e gratuito, como no Brasil<sup>(21)</sup>.

O cuidado para viver melhor com HIV/Aids implica em adotar mudanças de comportamento e estilo de vida, conforme relatado pelos sujeitos: *É bastante o comportamento; eu não saio a noite; não tomo mais nada de álcool; dia de chuva e frio eu não saio de dentro de casa. Então, tem uma porção de coisas que tem que mudar para se continuar vivendo, porque se quiser continuar a vida conforme era, vai durar pouco. Porque se você sai na rua com chuva, pega um resfriado forte vai vir a "pontada" e uma série de coisas ...* (P13).

Os aspectos físicos, sociais e pessoais repercutem na qualidade de vida. Realizar atividade física regular, ter uma alimentação saudável, usar corretamente os medicamentos antirretrovirais e vencer as limitações decorrentes da doença, são fatores intrinsecamente relacionados com a qualidade de vida<sup>(19)</sup>. Neste sentido, as pessoas consideram relevante atender a estas necessidades, mudando o comportamento, para ter uma vida mais saudável. A orientação recebida dos profissionais de saúde é considerada pelas pessoas: *Para cuidar da minha doença, eu levo a risca o que eles [os profissionais] falam. Eu tomo os meus remédios tudo com hora, eu não relaxo nenhum pouco. Faço os exames sempre, estou fazendo sempre os exames para ver como estou...* (P8).

Assim, a inclusão da avaliação da qualidade de vida no seguimento clínico das pessoas com HIV/Aids, com instrumentos padronizados, pode identificar domínios mais críticos de suas vidas por oferecer parâmetros para um cuidado melhor e mais específico<sup>(18)</sup>, que inclui informação e educação em saúde de acordo com as necessidades individuais, aspectos relevantes na avaliação da qualidade de vida das pessoas.

#### 4. Os serviços de saúde como potencializadores da QV

O caráter de cronicidade da Aids prevê o seguimento dos pacientes a longo prazo. Isto acarreta a necessidade de avaliação e acompanhamento, a fim de subsidiar continuamente a estruturação dos serviços para atender a novas demandas que possam surgir no contexto de vida de pessoas soropositivas, visando à integralidade e à melhor qualidade da atenção em saúde<sup>(21)</sup>.

Os serviços de saúde foram citados, uma vez que, as pessoas depositam nestes locais suas expectativas com relação ao tratamento. A cronicidade da aids fez com que as pessoas criassem certa "dependência" destes locais, onde não apenas são satisfeitas as necessidades do tratamento físico (medicamentos, consultas, exames), como também o apoio psicológico. O acolhimento que os serviços de saúde disponibilizam a estes pacientes tem seus resultados e merecem avaliação positiva pelos sujeitos: *Contribui porque eles me tratam sempre bem, conversam comigo* (P6). *Contribui, porque eles têm, assim, um tratamento bem especial. Não tem aquela discriminação de que você é soropositivo, tem o tratamento excelente. O serviço de saúde é excelente, eu não posso reclamar desses serviços* (P14). *Eu acho que sim, pelo menos você fica sabendo que está bem, que está saudável. E já ajuda psicologicamente* (P9).

O acompanhamento psicológico dos portadores do HIV/Aids integra o conjunto da assistência em saúde, em função de diversos fatores como o impacto do diagnóstico, os efeitos dos antirretrovirais, o preconceito na sociedade, entre outros. A disponibilidade de uma equipe treinada e multiprofissional se faz necessária para o suporte terapêutico ideal desta população.

A assistência não deve ser focada apenas na doença biológica em si, mas voltada aos conflitos que estas pessoas estão vivenciando, sejam eles decorrentes dos estigmas da aids ou não; buscando, assim, a melhoria da qualidade de vida<sup>(22)</sup>.

Entretanto, os serviços de atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids tem diante de si um gran-

de desafio de considerar as diferentes dimensões da doença, envolvendo lidar com as fantasias e estigmas da doença, que também estão presentes nos profissionais da saúde que precisam aprender a confrontar seus próprios medos e preconceitos<sup>(23)</sup>.

Para que o trabalho seja efetivo e consistente, é fundamental que a assistência seja realizada de forma integrada pela equipe multiprofissional. Uma estratégia que parece fundamental para aprimorar o trabalho multiprofissional é o planejamento de ações que busquem identificar e incorporar demandas antevistas à rotina. Entretanto, visando atender a complexidade de fatores que envolvem a assistência, o projeto terapêutico deve se organizar na dimensão do cuidado, articulando nos projetos e nas intervenções, de forma indissociável, a escuta, o acolhimento e a terapêutica medicamentosa<sup>(23)</sup>. Qualidade de vida é um construto eminentemente interdisciplinar e a contribuição de diferentes áreas do conhecimento pode ser de fato valiosa e mesmo indispensável<sup>(24)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que a presença da infecção pelo HIV/Aids influencia diretamente na qualidade de vida das pessoas, trazendo mudanças simples como a presença do cansaço e da fraqueza, até adaptações no seu cotidiano devido ao uso contínuo dos medicamentos antirretrovirais, incluindo o enfrentamento da discriminação e o preconceito percebidos pela grande maioria das pessoas que convivem com esta situação.

Notou-se também que medidas como o seguimento do tratamento com os medicamentos antirretrovirais, bem como mudanças de comportamento visando cuidados com alimentação e saúde são percebidos e colaboram muito para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Cabe destacar que os serviços de saúde tem um papel importante neste sentido como potencializadores da qualidade de vida. A identificação dos fatores

que interferem na qualidade de vida pode contribuir para o atendimento mais humanizado às pessoas que vivem com HIV/Aids, direcionando o cuidado para além dos aspectos clínicos, instrumentalizando estas pessoas na busca por um viver com mais qualidade.

Neste sentido, percebemos que há indícios de mudanças no comportamento das pessoas que têm como foco uma vida saudável, como fruto de um processo de educação em saúde que vem sendo realizado pelos serviços de saúde.

Com este estudo, pretende-se contribuir para que os profissionais que atuam nesta área compreendam melhor o contexto em que estão inseridas as pessoas com doenças crônicas, no caso a aids, os desafios para o controle da doença e as suas necessidades de apoio, para que dessa forma, possam buscar aprimorar seus conhecimentos e, cada vez mais, disponibilizar informações necessárias para uma melhor adesão ao tratamento e qualidade de vida diante desta condição crônica de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Wiklund I. Assessment of patient-reported outcomes in clinical trials: the example of health-related quality of life. *Fundam Clin Pharmacol*. 2004;18(3):351-63.
2. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):7-18.
3. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10):1403-9.
4. Silva DMGV, Meirelles BHS, Souza SS, Francioni FF. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. *Texto & Contexto Enferm*. 2004; 13(1):50-6.
5. Freitas MC, Mendes MMR. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Rev Latino-am Enferm*. 2007; 15(4):590-7.

6. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2003.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância a Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Bol Epidemiológico 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Organização Mundial da Saúde. Instrumento WHOQOL-HIV. Manual do usuário [Internet]. Genebra; 2002. [citado 2008 Set 16]. Disponível em: [www.ufrgs.br/psiq/whoqol\\_hiv\\_03.pdf](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol_hiv_03.pdf).
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Portugal: Edições 70; 2008.
10. Cieza A, Stucki G. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). Qual Life Res. 2005;14(5):1225-37.
11. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc Enferm. 2003; 9(2):9-21.
12. Wiethäuper FS, Cechin PL, Correia S. Aids em gestantes: possibilidade de reduzir a transmissão vertical. Rev Bras Enferm. 2003; 56(3):221-5.
13. Kern FA. Estratégias de fortalecimento no contexto da aids. Serv Social Soc. 2002;22(72).
14. Reis RK. Qualidade de vida dos portadores de HIV/Aids: influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais [tese]. Ribeirão Preto (SP): Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo; 2008.
15. Castro R, Orozco E, Aggleton P, Eroza E, Hernández JJ. Family responses to HIV/AIDS in Mexico. Soc Sci Med. 1998; 47(10):1473-84.
16. Galvan FH, Bing EG, Davis M, Banks D. HIV stigma and social support among African Americans. AIDS Patient Care STDS. 2008; 22(5):423-36.
17. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Soc Sci Med. 2003; 57(1):13-24.
18. Santos ECM, França Jr I, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. Rev Saúde Pública. 2007; 41(2): 64-71 .
19. Vieira FMA. Qualidade de vida de pessoas com aids em uma região portuária do sul do Brasil [dissertação]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
20. Quintaes KD, Garcia RWD. A adesão de pacientes HIV positivos à dietoterapia ambulatorial. Rev Nutr. 1999; 12(2):175-81.
21. Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas vivendo com HIV/aids; enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. Psicol Reflex Crit. 2005; 18(2):188-95.
22. Carvalho CML. Mulheres vivenciando o estigma decorrente da aids. Rev Rene. 2008; 9(1):154-61.
23. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Chang Chung Sing Waldmana CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. Rev Saúde Pública. 2002; 36(4 Supl):108-11.
24. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2):580-8.

**RECEBIDO:** 29/10/2009

**ACEITO:** 02/07/2010

## ABORDAGEM GRUPAL NA PREVENÇÃO DA AIDS: ANÁLISE DO CONHECIMENTO DE JOVENS DE FORTALEZA

### GROUP APPROACH IN AIDS PREVENTION: ANALYSIS OF KNOWLEDGE OF YOUNG PEOPLE FROM FORTALEZA

### ENFOQUE GRUPAL EN LA PREVENCIÓN DEL SIDA: ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO SOBRE SIDA DE LOS JÓVENES DE FORTALEZA

THIAGO MOURA DE ARAÚJO<sup>1</sup>  
 NEIVA FRANCENEY CUNHA VIERA<sup>2</sup>  
 MÁRCIO FLÁVIO MOURA DE ARAÚJO<sup>3</sup>  
 PATRÍCIA NEYVA DA COSTA PINHEIRO<sup>4</sup>

Objetivou-se analisar o conhecimento sobre Aids em grupos de adolescentes de Organizações Sociais Civis (OSC) que adotavam a abordagem grupal, em Fortaleza-Ceará. Acompanhou-se durante três encontros 24 jovens de ambos os sexos, entre 13-24 anos, de dois grupos organizados por OSC. Para a coleta de dados utilizou-se da observação participante e da aplicação de um questionário estruturado. Identificou-se que maioria dos adolescentes tem conhecimento sobre Aids e seus meios de prevenção, contudo ainda há dúvidas em relação à transmissão do HIV. A televisão foi o veículo mais referido (91,6%), seguido pela escola (87,5%) e amigos (75,0%) como fonte de informação sobre Aids. O diálogo com os pais, sobre sexualidade, ocorria em 50,0% dos pesquisados às vezes, em detrimento de 12,5% que dialogavam sempre. Conclui-se que a abordagem grupal é um recurso na educação em saúde de adolescente no contexto da Aids, ao promover o conhecimento com mais dinamismo.

**DESCRITORES:** Saúde do Adolescente; Conhecimento; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Grupos de Treinamento de Sensibilização; Organizações Não Governamentais.

The objective of this work was to analyze adolescents' knowledge about AIDS in Civil Social Organizations (OSC) which adopted the referential of groups in Fortaleza-Ceará. 24 youngsters of both sexes were accompanied during three meetings. They were between 13 and 24 years old and were from two groups linked to the organizations. The participant observation and the application of a structured questionnaire were used for the data collection. We identified that a good amount of adolescents has knowledge about AIDS and its means of prevention, however there are still doubts about the transmission of the HIV. The TV was the most mentioned source of information about AIDS (91,6%), followed by the school (87,5%) and friends (75%). Dialog about sexuality with parents occurred sometimes in 50% of the researched, while only 12,5% always talked about it. We conclude that the group approach is a praiseworthy source for health education of adolescents in the context of Aids, since it promotes knowledge with more dynamism.

**DESCRIPTORS:** Adolescent Health; Knowledge; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Sensitivity Training Groups; Non-Governmental Organizations.

El objetivo fue analizar el conocimiento sobre Sida en grupos de adolescentes de Organizaciones Sociales Civiles (OSC) que adoptaban el abordaje grupal, en Fortaleza-Ceará. Se acompañó durante tres encuentros a 24 jóvenes de ambos sexos, entre 13 — 24 años de edad, de dos grupos vinculados a OSC. Para recoger datos se utilizó la técnica de observación participante y la aplicación de un cuestionario estructurado. Se identificó que buena parte de los adolescentes están al corriente sobre el Sida y sus medios de prevención, sin embargo todavía existen dudas en relación a la transmisión del virus VIH. La televisión fue el vehículo más mencionado (91,6%), seguido de la escuela (87,5%) y amigos (75%) como fuente de información sobre el Sida. El diálogo con los padres, sobre sexualidad, ocurría en el 50% de los encuestados a veces, mientras que un 12,5% dialogaba siempre. De ello se deduce que el abordaje grupal es un recurso en la educación para la salud del adolescente en el contexto del Sida, al promover el conocimiento con más dinamismo.

**DESCRIPTORES:** Salud del Adolescente; Conocimiento; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Grupos de Entrenamiento Sensitivo; Organizaciones No Gubernamentales.

<sup>1</sup> Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará — UFC. Endereço: Rua Conselheiro da Silva, nº 708, Jardim Violeta, Fortaleza-CE, CEP: 60862610. Brasil. E-mail: thiagomouraenf@yahoo.com.br

<sup>2</sup> PhD em Health Education. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará — UFC. Brasil. E-mail: nviera@ufc.br

<sup>3</sup> Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará — UFC. Brasil. E-mail: marciofma@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará — UFC. Brasil. E-mail: neyva@ufc.br

## INTRODUÇÃO

A prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) como a Aids, entre jovens, vem, continuamente, sendo alvo de políticas públicas de saúde do Estado, principalmente, devido à iniciação sexual, cada vez mais precoce, dos adolescentes nos últimos anos. Uma particularidade que se associa a vulnerabilidade juvenil frente a Aids, demonstrada por estatísticas epidemiológicas brasileiras<sup>(1)</sup>.

Mediante esse cenário, a prevenção de IST/Aids, em adolescentes, vêm mudando sua metodologia para formas mais criativas e inteligentes, onde o adolescente possa se expressar e mostrar sua opinião melhor. Já que em diversas situações, as necessidades e anseios do ser adolescente se apresentam como barreiras na prevenção e, conseqüentemente, mudança do perfil epidemiológico das IST<sup>(2-3)</sup>.

Durante a segunda década da epidemia da Aids, nos anos de 1990, as abordagens que informavam as ações de prevenção tornaram-se menos moralistas e radicalizaram sua inspiração nos princípios da Carta de Direitos Humanos, integrando propostas que assumem que a vulnerabilidade ao HIV e à Aids é coletiva. Essa visão conquistou espaço defendendo que diminuir a expansão da epidemia depende da disseminação de informações corretas e da possibilidade dos indivíduos nelas se reconhecerem, contudo, para o êxito desse processo se faz prioritário contemplar os aspectos culturais, sociais e políticos, além de fortalecer os programas de saúde e a educação de cada país<sup>(3-4)</sup>.

Nesse sentido, a Carta de Ottawa preconiza que as estratégias de promoção à saúde devem ser realizadas de acordo com o contexto local criando ambientes agradáveis, procurando desenvolver habilidades pessoais e sempre se preocupando com o futuro<sup>(5)</sup>. Dentro dessa óptica, temos diversos projetos realizados por várias instituições públicas, privadas e filantrópicas como as Organizações Sociais Civis (OSC), em todo o Brasil; que se caracterizam pela sua infiltração nas comunidades sob a forma de grupos, institui-

ções ou oferta de serviços para a promoção da saúde e qualidade de vida daquela comunidade.

Hoje, trabalhar com grupos vem se constituindo numa prática freqüente e valorizada tanto para a promoção de saúde como para o desenvolvimento do ensino, da extensão e da pesquisa em enfermagem. Dessa maneira, mesmo com o conhecimento já existente, é pertinente para subsidiar essa nova modalidade de cuidar que novas pesquisas surjam, isto é, investir nesse tema passou a ser uma necessidade permanente no campo da enfermagem<sup>(6-7)</sup>.

Visando, especificamente, ações preventivas das IST/Aids, observam-se nessas organizações a utilização de novas abordagens. Todas elas trabalham essencialmente com grupos, tendo como ponto fundamental a visualização do indivíduo como um ser integral, ajudando-o na construção de um conhecimento e cuidado completo, trabalhando o ser individual e coletivo, criando uma conscientização de bioética para as gerações futuras<sup>(8)</sup>.

Na medida em que esses grupos conseguem contemplar a vulnerabilidade coletiva e da juventude, o contexto socioeconômico e cultural, que permeiam a cadeia epidemiológica das IST/Aids com programas focalizados na informação e “treino” para o sexo seguro; esses projetos com grupos deixam claro sua relevância quando há um trabalho prolongado e permanente. Mas apesar do entusiasmo e adesão dos jovens e da comunidade a esse tipo de programa, a redução da vulnerabilidade, representada, principalmente, pela incorporação do preservativo, é um investimento de longo prazo e que depende também de interferências no panorama cultural, como aumentar a consciência do autocuidado em saúde, aspectos que atividades grupais, mesmo as mais sofisticadas, não conseguem abarcar totalmente<sup>(4)</sup>.

Mesmo assim, a abordagem grupal é uma forma de integrar a população sobre um tema, proporcionando uma discussão saudável e relevante para a conscientização social, como é o caso da prevenção da Aids. Além disso, ela pode envolver os sujeitos no

processo de construção de novas atitudes e mudanças na sociedade.

Dessa forma, objetivou-se nessa pesquisa descrever o conhecimento de adolescentes sobre Aids, durante atividades grupais em duas OSC de Fortaleza.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, desenvolvido durante outubro e novembro de 2006. O cenário foram duas OSC's da cidade de Fortaleza que atuam com o planejamento de atividades de educação e prevenção no contexto das IST/Aids em comunidades periféricas diferentes de Fortaleza, que adotam o referencial de grupos em suas atividades. A seleção das OSC's foi feita por conveniência, além de ter sido condicionada pela permissão dos seus dirigentes.

A população foi constituída por 24 jovens, selecionados por conveniência, com idades entre 13-24 anos, independente do gênero, integrantes dos grupos de prevenção organizados pelas referentes instituições, presentes no momento das visitas.

Acompanhou-se um grupo de prevenção, de cada instituição selecionada, durante três encontros promovidos pelas respectivas entidades semanalmente. Durante os dois primeiros encontros, após apresentação do estudo e sua metodologia, e a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido, adotou-se a prática da observação participante, acompanhando toda a evolução da atividade grupal, os anseios, debates e dúvidas dos participantes daquele grupo; sem esboçar ou emitir qualquer opinião acerca das explicações do mesmo.

Partiu-se para tal estratégia, por que se verificou em literatura específica, ser importante, ao se trabalhar com grupos, tentar antes de qualquer atitude interventiva, procurar conhecer seus integrantes, história, ambiente e dinâmica; para então se iniciar o estabelecimento de um vínculo entre as partes<sup>(7-8)</sup>. Dessa forma, ao final de cada encontro registrou-se em diário de campo as principais ocorrências e percepções dos

encontros. Todavia, aqui o interesse não recaiu sobre os registros do diário, fruto dessas observações.

Cada encontro do grupo era baseado no desenvolvimento de atividades coletivas introdutórias, denominadas de "quebra-gelo", que traziam sempre em sua essência uma mensagem, que ao final suscitaria uma discussão, envolvendo o tema IST/Aids. Todas essas ações eram articuladas por um coordenador.

Somente ao final do terceiro encontro observado do grupo iniciou-se a coleta de dados. O instrumento utilizado constituiu-se de um formulário, no qual se enfocou tópicos como a doença (Aids); vias de transmissão; manifestações clínicas; mitos e tabus. Outro dado levantado foi à participação dos adolescentes em grupos de prevenção. Todas as fontes de dúvidas e erros, observados pelos autores, eram sanadas durante a finalização do formulário, conjuntamente com os integrantes do grupo.

Os dados obtidos foram organizados em tabelas e descrição das informações. Após agrupamento, os resultados foram analisados a partir da literatura pertinente. Como princípio ético global, a investigação foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, com número de protocolo 304/04.

## RESULTADOS

Em média, a faixa etária dos pesquisados foi de 16,6 anos de idade, sendo 15,1 e 18,5 para o sexo masculino e feminino, respectivamente. Quanto ao gênero, a presença das jovens foi superior com um percentual de 66,6% dos investigados. Cerca de 54% dos participantes foi constituída por estudantes com ensino fundamental completo, enquanto 42% estavam concluindo o ensino fundamental.

A renda familiar mensal foi descrita por apenas 58% dos pesquisados, contudo, dentre esses ficou constatado que ela, em média, era de R\$ 439,79 reais por mês (na ocasião vigorava o salário mínimo de R\$ 300,00 reais). Em relação à ocupação dos jovens, ape-

nas 16,6% exerciam alguma atividade laboral. As principais atividades encontradas foram as de costureira, vendedor (a) lojista, garçom/garçonete e doméstica.

Acerca do conhecimento da etiologia da Aids verificou-se predominância significativa (22/24) da opção, correta, vírus. Praticamente, todos os avaliados (23/24) disseram que as transfusões sanguíneas podem ser foco de transmissão do HIV. Para alguns dos jovens o beijo (2/24) e o uso de roupas íntimas (5/24) podem ser veículo do HIV, além disso, esses mesmos temas causaram dúvida para, respectivamente, (5/24) e (7/24) dos adolescentes estudados (Tabela 1).

Em relação aos meios de prevenção, verificou-se que o uso do preservativo como mecanismo preventivo frente ao HIV é do conhecimento de quase todos os pesquisados (23/24). Contudo, muitos dos investigados (13/24) tinham dúvida quanto à prática do coito interrompido proteger ou não contra a aquisição do vírus da Aids.

A televisão foi eleita como maior fonte de informação sobre Aids com um percentual de 91,6%. Em seqüência de importância foram citados também os professores, a escola, os amigos e as revistas, respectivamente (Tabela 2).

**Tabela 1** — O conhecimento de adolescentes sobre a Aids em atividades grupais. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

Variáveis	Sim	Não	Não sei
Agente etiológico			
Vírus	22	01	01
Bactéria	-	19	05
Fungo	01	16	07
Meios de transmissão			
Aperto de mão	01	23	01
Abraços	-	22	01
Beijos	02	16	05
Relação sexual	21	01	01
Transfusão sanguínea	23	-	01
Alicate e barbeador	14	04	06
Sexo oral	16	04	04
Sexo anal	19	02	03
Meios de prevenção			
Uso de camisinha	23	01	-
Parceiro único	12	08	04
Coito interrompido	-	11	13

**Fonte:** Dados da pesquisa

Especificamente, sobre a comunicação entre pais e filhos, em torno do assunto sexualidade, constatou-se que 50% (12/24) dos investigados conversavam às vezes com os pais sobre esse assunto. Dos demais participantes observou-se que 37,5% (9/24) afirmaram não conversar e somente 12,5% (3/24) afirmaram conversar com os pais sobre sexualidade.

**Tabela 2** — Distribuição dos meios de informação dos adolescentes para prevenção da Aids em atividades grupais. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

Fonte de informação	N	%
Televisão	22	91,6%
Professores	21	87,5%
Escola	18	75,0%
Amigos	17	70,8%
Revistas	16	66,6%
Pais	13	54,1%
Jornais	09	37,5%
Rádio	06	25,0%

**Fonte:** Dados da pesquisa

\*Os participantes poderiam optar por mais uma opção quanto questionado a fonte de informação sobre prevenção da Aids.

Quanto à experiência anterior em atividades de grupo, como recurso de educação em saúde no panorama da Aids, a maioria dos participantes, 70,8% (17/24), afirmou vivenciar pela primeira vez essa atividade, mesmo sendo esse um recurso amplamente conhecido na sociedade como meio de apoio na prevenção das IST's em adolescentes.

## DISCUSSÃO

As médias de idades diferentes, dessa pesquisa, devem-se ao fato dos adolescentes encontrarem-se em faixas escolares diferentes. Contudo é notório que a Aids tem acometido muitos jovens no globo e no Brasil, sendo sua incidência brasileira estimada em 1,7 casos/100.000 habitantes. Considerando que há um intervalo de cerca de 10 a 15 anos de infecção assintomática, estima-se que a transmissão do vírus da doença possa estar ocorrendo em torno de 14,1 casos/100.000 habitantes no período da adolescência<sup>(9)</sup>.



Essas estatísticas certamente se associam a iniciação sexual precoce e a informação inadequada que jovens brasileiros, principalmente nas classes menos assistidas, ainda vem tendo acesso. Inquéritos epidemiológicos verificaram ser na faixa etária entre 13-16 anos a iniciação sexual dos adolescentes do Brasil. Os estudos ressaltam ainda que nos meninos acontece mais cedo, entre 13,9 a 14,5 anos, enquanto nas meninas estaria entre 15,2 a 16 anos. As estatísticas não apresentam dados específicos dos indivíduos que nasceram com HIV durante a epidemia, que por sua vez, atualmente, são adolescentes e adultos jovens infectados<sup>(9-10)</sup>.

Durante as atividades grupais tanto a inserção dos componentes, como a interação nas discussões foi maior por parte das adolescentes investigadas. O fato é notado também em outras publicações com percentuais de 70,5% de adesão feminina. Mesmo iniciando posteriormente sua vida sexual e tendo um número menor de parceiros, a literatura e os estudos convergem no pensamento de que a epidemia da Aids, no Brasil, passa por um processo de feminização e heterossexualização. Questões como a infidelidade masculina e a menor utilização feminina de preservativos em relação aos homens trabalham na construção desse quadro<sup>(11-12)</sup>.

A renda familiar mensal dos estudados denotou famílias com baixo poder aquisitivo, além disso, os jovens estavam inseridos numa comunidade com recursos de saúde e de educação limitados. Esses aspectos podem interferir não somente nas situações de acessibilidade, mas podem se refletir também na epidemiologia da Aids.

Jovens de classes sociais mais favorecidas postergam o início de sua vida sexual e se protegem mais porque têm acesso à informação e aos insumos, mas também porque valorizam mais suas vidas, têm projetos para o futuro e outros suportes para saciar sua auto-estima além da realização sexual/amorosa<sup>(8)</sup>. Há inclusive evidências científicas que apontam a inclusão da educação sexual nas escolas contribui para

retardar essa iniciação sexual, ao contrário de alguns que avaliam o ensino como estimulador para ter relações sexuais<sup>(13)</sup>.

O conhecimento dos jovens da pesquisa sobre Aids foi satisfatório em diversos aspectos, entretanto, algumas questões técnicas sobre a causalidade e transmissão do HIV equivocados ainda persistem, mesmo com a elucidação da população e a disseminação de ações preventivas na sociedade.

Pesquisa com 40 adolescentes entre 14 e 20 anos de idade de uma escola pública de Fortaleza, mostrou que 97,5% sabiam como se contrai a Aids. Todos eles afirmavam ter conhecimento da transmissão da doença por seringa e agulhas contaminadas e pelo sexo com pessoa infectada pelo HIV<sup>(14)</sup>.

Outra publicação, desenvolvida com adolescentes do sexo feminino constatou que para a aquisição das IST, as respostas mais frequentes foram: drogas injetáveis (17%), sexo genital (16%), sexo anal (14%), sexo oral (12%), piscinas, banheiras e banheiros públicos (12%), mãe para filho ao nascer (8%), roupas íntimas (7%), amamentação (5%) e 8% das adolescentes acreditavam que IST se contrai por picadas de insetos (3%), abraços, aperto de mãos ou beijo na boca (2%). A mesma pesquisa detectou também que 25% de todas as adolescentes entrevistadas não sabiam como se contrai IST/Aids<sup>(15)</sup>.

O uso do preservativo esteve presente em quase todas as respostas dos investigados desse estudo como um meio de prevenção à Aids. Entretanto, podemos salientar que usar o preservativo, especialmente para os adolescentes, não é fácil. Já que os encontros sexuais muitas vezes ocorrem entre pessoas que mantêm entre si além de uma relação erótica, uma relação de poder mediada pelo gênero, pela classe social ou pela diferença de idade. De modo que, quem detém o poder tem mais chance de garantir o uso ou a recusa do preservativo<sup>(10)</sup>. Além disso, o sexo acontece muitas vezes associado às situações e inesperadas e não planejadas, em momentos em que fica difícil ter acesso à camisinha<sup>(4)</sup>.

A rede social de apoio aos jovens, nos momentos de dúvidas ou para a aquisição de novas informações sobre sexualidade é bastante diversificada atualmente. Eles contam com uma diversa e heterogênea rede de pessoas com as quais mantêm diálogo, compartilham informações e questionamentos. Essa rede sociofamiliar necessitaria, pois, ser compreendida como parte de um elenco fundamental para constituir a base de ações de promoção da saúde do adolescente<sup>(3)</sup>.

Nessa pesquisa a televisão foi o principal veículo de informação dos jovens pesquisados sobre o tema Aids, seguida pela escola e professores. Outro estudo, igualmente, também verificou que a mídia televisiva e a escola estão, respectivamente, como primeira e segunda opção de fonte de informação sobre o assunto<sup>(16)</sup>.

Realmente, a televisão é um canal de comunicação de massa que vem sendo usado para realizar campanhas de combates e prevenção de doenças como a Aids e outros agravos. Entretanto, o principal enfoque se volta para a adoção do preservativo nas relações sexuais. Somado a isso, apesar de seu poder de disseminar informações, as redes de televisão têm pouquíssimos programas educacionais sobre o tema Aids e sexualidade<sup>(17-18)</sup>.

Pesquisa consultada reitera este achado: 75% do grupo feminino e 52% do grupo masculino citaram a televisão como fonte para obtenção de informações; quanto ao conhecimento sobre DST, garotas e rapazes demonstraram ter pouca informação; em relação à cura das DST, 57 por cento do grupo feminino e 71 por cento do grupo masculino referiram não ter conhecimento, sendo que 5% do grupo feminino e 6% do grupo masculino achavam que a AIDS tem cura<sup>(19)</sup>.

Os resultados de outro estudo recente na temática mostraram que os jovens esclareciam as suas dúvidas sobre sexo, em maior proporção, principalmente com os amigos (45,6% entre os homens e 41,4% entre as mulheres). No grupo das adolescentes, a família também era procurada nesse caso, os pais e mães (21,2%) ou outros familiares (22,2%).

No grupo masculino, os pais e mães alcançaram o percentual de 18,9% e os outros familiares 10%, mas chama a atenção que 17,2% não conversavam com ninguém sobre suas dúvidas relativas a sexo, ao passo que, entre as mulheres, esse percentual foi de apenas 8,4%<sup>(20)</sup>.

Quanto às dúvidas sobre IST/Aids, 33,9% dos meninos e 36,5% das meninas referiram esclarecê-las com outras pessoas, ou seja, profissionais de saúde e professores. Os rapazes procuravam mais os amigos (22,2%), os pais e mães (21,7%) ou não conversavam com ninguém (18,3%) quando comparados com as moças (17,2%, 19,2% e 14,8%, respectivamente)<sup>(20)</sup>.

Nesse estudo, o profissional de saúde como fonte de informação, não se apresentou como uma das principais opções solicitadas pelos investigados, possivelmente, o pouco tempo para o atendimento e as dificuldades de acesso ao profissional, principalmente na rede pública, em que ele é sobrecarregado de atendimentos, fazem com que o profissional tenha sua atenção voltada mais para a terapêutica, dispondo de poucas oportunidades para abordar a prevenção e a educação em saúde<sup>(15)</sup>.

O ambiente escolar, citado pelos pesquisados sob a figura da escola e professor, vêm sendo um espaço importante para a prática de educação em saúde, no contexto das IST/Aids entre jovens. Por ser um espaço, no qual o processo de ensino e aprendizagem já é algo inerente, a elaboração de propostas educativas em saúde é mais viável.

Fato é que investigação desenvolvida em Londrina-PR utilizou oficinas de prevenção no tema sexualidade com 117 adolescentes. No início, apenas 28,2% dos adolescentes no pré-teste sabiam do período fértil da menina; após as oficinas de prevenção, o conhecimento superou 55,8%. Por sua vez, a AIDS foi a DST mais citada no pré-teste; no pós-teste, houve referência a outras doenças (41,1%)<sup>(21)</sup>.

Todavia, apesar de haver algum tipo de atividade de prevenção do HIV em 70% das escolas do país, nos últimos anos houve uma redução do nível de co-

nhcimento sobre Aids entre a população de 15 a 24 anos, especialmente entre de menor escolaridade. O que vem sustentando ainda a idéia de “invulnerabilidade” ou de controle que muitos adolescentes têm frente às IST/Aids, o que pode levar a uma condição de infecção em relação à Aids<sup>(10)</sup>.

Os pais são uma opção para a busca de conhecimento, quando esses estão preparados para realizar essa educação para os filhos. Para tal interação, a confiança e relação entre esses familiares têm que estar solidificadas. O medo de perguntar, ou perguntar sobre atos que os pais não concordem, pode ser empecilho nesse propósito. Os estudos inclusive afirmam que os adolescentes sentem vergonha de falar sobre sexualidade e meios de prevenção até mesmo com os colegas da mesma faixa etária<sup>(20)</sup>.

É necessário que os adolescentes mantenham diálogos sobre sexualidade com seus pais e mães, porque, além de ampliar a rede de pessoas com quem conversam sobre sexo, eles acabam utilizando mais o preservativo, principal medida preventiva da gravidez não planejada e das IST/Aids<sup>(16,20)</sup>. Assim, a família pode interagir na regulação da sexualidade dos jovens como um fator protetor.

Todavia, as informações recebidas, em boa parte, ainda limitam-se à explicação de regras de condutas e confirmação de valores. Quando na verdade deveria preponderar o culto ao amor, respeito e limites, com autoridade e afeto, mas nunca com autoritarismo. Os pais geralmente não percebem que a família deveria estar disponível para oferecer tais informações; assim, elas passam a ser obtidas por meio de revistas, amigos, colegas de escola, longe dos olhos dos pais<sup>(12,15)</sup>.

Como para a maioria dos pais é difícil conversar sobre sexualidade, a possibilidade de uma educação sexual através de projetos escolares e/ou comunitários, sob a forma de grupos, pode ser viável e eficaz, no sentido de que estabelece, através de uma linguagem acessível e uma relação de igualdade, instruções preventivas. A atividade em grupos pode ainda ser um caminho para os primeiros passos extra-fami-

liares dos jovens, portanto, significa um espaço para a discussão aberta e livre para diversas questões dos jovens<sup>(20,22)</sup>.

Pesquisa aponta uma adesão em torno de 86% e 27% dos jovens em atividades educativas em grupos, voltadas à educação sexual, respectivamente, na escola e unidade de saúde<sup>(20)</sup>. Estudo multicêntrico brasileiro, utilizando métodos diferentes de educação em saúde, no contexto da sexualidade e das IST/Aids, entre adolescentes, demonstrou que a centralização de técnicas alternativas como atividades culturais, dramatização entre outros traz resultados positivos significativos como acréscimos de conhecimentos sobre sexualidade, fisiologia e anatomia do aparelho reprodutor, meios anticoncepcionais modernos, além de promover um exercício de cidadania entre os jovens<sup>(23)</sup>.

Os jovens valorizam o espaço dos grupos para a troca de experiências, para a aprendizagem, para momentos de descontração, bem diferentes da educação sistemática e maniqueísta que tem acesso sobre o tema. Eles passam a perceber a vulnerabilidade frente ao HIV. Rapazes e moças passam a ser multiplicadores do que aprenderam e melhoram significativamente a capacidade de se comunicar sobre sexo com parceiros e amigos. Portanto, é inegável a capacidade da escola atuar como intermediário dessas experiências de aprendizagem em momentos de integração entre jovens, famílias, professores e a comunidade, culminando no desenvolvimento de uma sexualidade e qualidade de vida dos adolescentes<sup>(23-25)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresenta pontos fracos como o fator de ter sido desenvolvido com uma amostra de jovens conveniente e pequena, circunscrita a somente duas OSC's; o que não possibilita a realização de inferências populacionais. Entretanto, na pesquisa pôde-se analisar que alguns participantes apresentavam desconhecimento sobre prevenção das IST, como alguns tabus

em relação à transmissibilidade do HIV. Além disso, a fonte de informação sobre Aids mais citada pelos jovens foi a tevê. O que nos leva a discutir o poder desse veículo na comunidade juvenil e a ausência ou talvez pouco diálogo nesse tema entre os familiares.

Assim, a presente pesquisa não pretende encerrar a discussão dessa temática, ao contrário, quer suscitar nos profissionais de saúde e os demais que trabalham com grupos de prevenção o desejo de se desenvolver novos estudos com delineamentos mais representativos e estruturados com a abordagem grupal. Já que esse método proporciona um ambiente agradável e dinâmico para os jovens, com uma maior interação dos sujeitos e liberdade, sendo uma opção para tirar dúvidas.

Por fim, o conhecimento sobre Aids é de grande relevância para o combate à pandemia. É o primeiro passo para ter atitudes saudáveis e romper a cadeia epidemiológica da doença. Os profissionais de saúde e coordenadores de OSC ao estimular atividades de educação em saúde seja no reduto escolar, comunitário, digital ou em grupos, entre jovens, estará combatendo a ascensão da Aids no continente latino-americano.

## REFERÊNCIAS

1. Rodrigues-Júnior AL, Castilho EA. A epidemia de Aids no Brasil, 1991-2000: descrição espaço temporal. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2004; 37(4):312-7.
2. Barros LP, Gropo LN, Petribú K, Colares V. Qualidade de vida de adolescentes- revisão de literatura. *J Bras Psiquiatr.* 2008; 57(3):212-7.
3. Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/ aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface Comun Saúde Educ.* 2002; 6(11):11-23.
4. Paiva V, Peres C, Blessa C. Jovens e adolescentes em tempos de aids: reflexões sobre uma década de prevenção. *Psicol USP.* 2002; 13(1):55-78.
5. Ministério da Saúde (BR). Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde (BR). Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 19-23.
6. Munari DB, Furegato AR. *Enfermagem e grupos.* Goiânia: Editora AB; 2003.
7. Simões FV; Stipp MAC. Grupos na enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2006; 10(1): 139-44.
8. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE). *A saúde do Ceará em grandes números: uma avaliação da situação de saúde e das ações implementadas pelo sistema público Estadual 1995-2002.* Fortaleza: SESA; 2002.
9. Ministério da Saúde (BR). *Boletim epidemiológico da AIDS.* Brasília: Programa Nacional de DST e Aids; 2004.
10. Villela WV, Doreto DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(11):2467-72.
11. Taquette SR, Andrade RB, Vilhena MM, Paula MC. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis: risco de DST em adolescentes femininas. *Rev Assoc Med Bras.* 2005; 51(3):148-52.
12. Whitaker DJ, Miller KS, May DC, Levin ML. Teenage partners' communication about sexual risk and condom use: The importance of parent-teenager discussions. *Fam Plan Perspect.* 1999; 31(3):117-21.
13. Hassan EA, Creatsas GC. Adolescent sexuality: a developmental milestone or risk: taking behavior? The role of health care in the prevention of sexually transmitted diseases. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2002; 13(2):119-24.
14. Oliveira EL, Fernandes AFC, Linard AG. Conhecimento das adolescentes sobre AIDS e comportamento frente à doença. *Pediatr Atual.* 1999; 12(10):55-63.
15. Romero KCT, Medeiros EHGR, Vitalle MSS, Wehba J. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. *Rev Assoc Med Bras.* 2007; 53(1):14-9.
16. Brasil LS, Mitsui RE, Pereira AMB, Alves RN. Mudança de comportamento sexual do adolescente

- decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social. *Aná Psicológica*. 2000; 4(8): 465-83.
17. Marinho MB. Entre o funcional e lúdico: a camisa nas campanhas de prevenção da Aids. *Interface Comun Saúde Educ*. 2000; 4(6):97-109.
18. Borges ALV, Nichiata LYI, Schor N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Rev Latino-am Enferm*. 2006; 14(3):422-7.
19. Brêtas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Muroya RL. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):551-7.
20. Souza MM, Borges IK, Medeiros M, Teles AS, Munari DB. Abordagem de adolescentes em grupos: o contexto da educação em saúde e prevenção da DST. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2004; 16(2):18-22.
21. Camargo EAI, Ferrari RAP. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):937-46.
22. Einsenberg ME, Bernat DH, Resnick MD. Support for comprehensive sexuality education: perspectives from parents of school-age youth. *J Adolesc Health*. 2008; 42(4):352-9.
23. Diaz M, Mello MB, Sousa MH, Cabral F, Silva RC, Campos M, et al. Resultados de três programas de educação sexual e cidadania sobre conhecimento, atitude e comportamento de adolescentes brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):589-97.
24. Beserra EP, Torres CA, Barroso MGT. Dialogando com professores na escola sobre sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis. *Rev Rene*. 2008; 9(4):151-7.
25. Davim RMB, Germano RM, Meneses RMV, Carlos DJD, Dantas JC. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão bibliográfica. *Rev Rene*. 2008; 9(4):143-50.

**RECEBIDO:** 6/10/2008

**ACEITO:** 19/11/2009

## COMPETÊNCIAS PARA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: AUTOAVALIAÇÃO DE DISCENTES CONCLUINTE DO CURSO DE GRADUAÇÃO

*COMPETENCES FOR THE APPLICATION OF THE NURSING PROCESS: SELF-EVALUATION OF THE STUDENTS THAT ARE COMPLETING THE REQUIREMENTS FOR THE UNDERGRADUATION COURSE*

*COMPETENCIAS PARA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA: AUTOEVALUACIÓN DE ALUMNOS CONCLUYENTES DEL CURSO DE LICENCIATURA*

WILMA DIAS DE FONTES<sup>1</sup>

ORIANA DEYZE CORREIA PAIVA LEADEBAL<sup>2</sup>

JOCELLY DE ARAÚJO FERREIRA<sup>3</sup>

*O ensino do processo de enfermagem tem representado um desafio na formação profissional, cujo enfrentamento reclama pela valorização do cuidado e dos profissionais da área. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, que objetivou investigar as competências, conhecimento e habilidade, de discentes concluintes da graduação para a aplicação do processo de enfermagem; desenvolvido em João Pessoa-PB, de junho a dezembro de 2007, em três Instituições de Ensino Superior; teve como amostra 97 discentes, e como instrumento um questionário tipo Likert, fundamentado nas competências dispostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem e na literatura pertinente. Os resultados foram analisados quantitativamente, revelando que a maioria concorda com a detenção das competências, conhecimento e habilidade, para aplicação das etapas do processo de enfermagem, mesmo quando uma destas competências se destacava em detrimento da outra; fato que suscita reflexões acerca da contribuição da integração teórico-prática em nível de formação acadêmica.*

**DESCRITORES:** Processos de Enfermagem; Ensino; Competência Profissional.

*The teaching of nursing process has represented a challenge in the professional formation, which calls for the enhancement of coping with the professionals of the area. This is an exploratory-descriptive study, which investigated the skills, knowledge and abilities of graduating students to implement the nursing process, developed in Joao Pessoa PB, from June to December 2007 in three Higher Education institutions; the samples were 97 students, and as instrument it was used the Likert questionnaire, based on skills prepared by National Curriculum Guidelines for Undergraduate Courses in Nursing and the pertinent literature. The results were analyzed quantitatively, revealing that the majority agrees with the possession of skills, knowledge and ability to implement the steps of the nursing process, even when one of those skills stood out against the other, a fact that raises thoughts about the contribution of theory and practice integration in academic education.*

**DESCRIPTORS:** Nursing Process; Teaching; Professional Competence.

*La enseñanza del proceso de enfermería ha representado un desafío en la formación profesional, cuyo enfrentamiento reclama por la valoración del cuidado y de los profesionales del área. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, cuyo objetivo fue investigar las competencias, conocimiento y habilidad de concluyentes de la graduación para la aplicación del proceso de enfermería, desarrollado en João Pessoa-PB, de junio al diciembre de 2007, en tres Instituciones de Enseñanza Superior; tuvo como muestra 97 alumnos concluyentes, y como instrumento un cuestionario tipo Likert, basado en las competencias dispuestas en las Directrices Curriculares Nacionales para las Carreras de grado en Enfermería y en la literatura pertinente. Los resultados fueron analizados cuantitativamente, revelando que la mayoría concuerda con la detención de las competencias, conocimiento y habilidad, para aplicación de las etapas del proceso de enfermería, incluso cuando una de estas competencias se destacaba en detrimento de otra, hecho que suscita reflexiones acerca de la contribución de la integración teórico y práctica a nivel de formación académica.*

**DESCRIPTORES:** Procesos de Enfermería; Enseñanza; Competencia Profesional.

<sup>1</sup> Doutora, Enfermeira. Docente da área de Enfermagem Clínica do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica e Administração (DENCA), e do Programa de Pós-graduação em Saúde e em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, UFPB. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em fundamentos da Assistência de Enfermagem (GEPFAE) e líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Homem, do CCS/UFPB. Brasil. E-mail: wilma.fontes@hotmail.com

<sup>2</sup> Mestre, Enfermeira. Docente da área de Enfermagem Clínica do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica e Administração (DENCA), do Centro de Ciências da Saúde, UFPB. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em fundamentos da Assistência de Enfermagem GEPFAE, e vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Homem do CCS/UFPB. Endereço: Rua Luiz de França Pontes, n° 48, Jardim Oceania, Bessa, João Pessoa-PB. Brasil. CEP: 58. 037-730. Brasil. E-mail: oriwell@oi.com.br

<sup>3</sup> Especialista em Estratégia de Saúde da Família e Terapia Intensiva, Enfermeira assistencial. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Homem do CCS/UFPB. Brasil. E-mail: jocellyferreira@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Respalhada por um conhecimento crescente no decorrer dos anos, a Enfermagem contemporânea se faz presente em todas as áreas do cuidado à saúde, desde a sua promoção, aos serviços de tratamento e de reabilitação. Nesta trajetória, o emprego do processo de enfermagem tem sido uma ferramenta importante para a categoria, comportando-se como instrumento de organização do trabalho que orienta o enfermeiro no desempenho de um cuidado planejado, considerando a identificação dos problemas singulares dos clientes, valorizando a avaliação deste cuidado com vistas ao alcance de resultados esperados. Este indivíduo histórico, social e com necessidades de cuidado a serem atendidas, passa a constituir foco dos cuidados da Enfermagem.

Independente do modo como vem sendo apresentado, pode-se afirmar que o processo de enfermagem é estruturado em cinco etapas básicas: investigação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Sua aplicação possibilita desenvolver uma assistência pautada no conhecimento científico, o que tende a conferir maior credibilidade ao trabalho de Enfermagem<sup>(1)</sup>.

O processo de enfermagem é, neste sentido, reconhecido como instrumento essencial à Enfermagem, capaz de prover autonomia, independência e especificidade à profissão<sup>(2)</sup> à medida em que subsidia o enfermeiro na interpretação, análise e julgamento dos problemas de saúde atuais e potenciais da clientela, baseado nas manifestações das respostas humanas<sup>(3)</sup>.

É importante destacar a determinação da assistência sistematizada através da lei 7498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, ressaltando no art. 11, as atividades exclusivas do enfermeiro no planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem, bem como na consulta e na prescrição da assistência de Enfermagem<sup>(4)</sup>. Além do disposto na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem —

COFEN 272/2002 acerca da obrigatoriedade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as instituições de saúde, públicas e privadas<sup>(5)</sup>.

A importância do instrumento em foco perpassa então pelo estímulo ao desenvolvimento de uma Enfermagem reflexiva, dinâmica e autônoma, ao exigir para sua aplicação, capacidades técnicas, intelectuais, cognitivas e interpessoais de quem o utiliza. Capacidades estas que devem ser desenvolvidas a partir dos discentes da graduação, ao longo da formação teórico-prática<sup>(6)</sup>.

Considerando que o processo de formação do enfermeiro visa desenvolver competências, que incluem conhecimento, habilidades e atitudes, exigidas frente às demandas básicas da prática profissional, o ensino do processo de enfermagem na graduação perpassa por disciplinas do componente básico ao componente profissional. Nestes contextos, ora valoriza-se a construção da competência conhecimento, ora são contempladas oportunidades práticas de aprendizado, buscando suscitar a compreensão teórica necessária à execução prática das etapas do processo nos cenários de cuidado, quando se verifica a materialização da competência habilidade. Cabe, entretanto, ressaltar a contribuição da academia diante da fragmentação entre o saber e o fazer, o que corrobora com a fragilidade na construção concomitante das competências conhecimento, habilidade e atitude, na formação acadêmica.

Essa realidade é experienciada na Universidade Federal da Paraíba, por ocasião do ensino do processo enfermagem na graduação, no contexto da disciplina Metodologia da Assistência de Enfermagem. A citada Disciplina é cursada no terceiro período letivo, juntamente com as disciplinas do componente curricular básico e vivencia a dificuldade dos discentes em compreender a importância da metodologia da assistência para a formação em Enfermagem e sua relação com as disciplinas cursadas paralelamente, o que repercute na subvalorização da primeira; neste contexto destaca-se ainda a dificuldade dos discentes diante da

mobilização de conhecimentos vinculados ao processo de enfermagem, que são objeto de ensino-aprendizagem de outras disciplinas, fato que mesmo diante dos intensos esforços dos docentes, tem contribuído para que o processo de ensino-aprendizagem ocorra com dificuldades importantes<sup>(7)</sup>.

A realidade mencionada tem se apresentado de modo freqüente nos relatos de experiência de docentes envolvidos direta ou indiretamente com o ensino do processo de enfermagem, fato que subjaz à inaplicabilidade do referido método nos hospitais que são campos de estágio das escolas formadoras, e, não obstante, pode corroborar com a concepção dos discentes sobre a inaplicabilidade do processo como instrumento cotidiano do trabalho em Enfermagem.

Tais dificuldades reclamam por esforços no sentido de enxergar possibilidades de enfrentamento no âmbito da formação profissional para que os reflexos de sua superação possam influir qualitativamente no cuidar-cuidado. Neste sentido, cabe destacar a contribuição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), expressas na Resolução N° 3/2001 da Câmara de Educação Superior e do Conselho Nacional de Educação, ao flexibilizar a elaboração das propostas de trabalho das Instituições de Ensino Superior (IES) em enfermagem, as quais se materializam através dos projetos políticos pedagógicos.

As DCNs consistem, em orientações para a estruturação de cursos superiores em Enfermagem, pautadas, dentre outras, na determinação de competências e habilidades a serem construídas junto aos discentes e nos conteúdos curriculares a serem contemplados na construção destas competências<sup>(8)</sup>. Nesse conjunto de orientações o processo de enfermagem, por ser instrumento fundamental à prática da Enfermagem, merece atenção singular, pois na revelação das competências ele é o método exigido para tal, e, portanto, não pode ser subvalorizado no processo de formação profissional dos enfermeiros, particularmente.

Diante das exigências legais para o exercício da profissão, dos benefícios de sua utilização para a prá-

tica da Enfermagem contemporânea, enquanto instrumento racionalizador da assistência e valorização profissional, fica evidente a importância de se repensar a forma como está sendo “construído” o aprendizado acerca do processo de enfermagem no âmbito da graduação. Este reconhecimento instigou o interesse na reflexão da seguinte questão norteadora: O ensino do processo de enfermagem tem permitido a construção das competências conhecimento e habilidades necessárias à sua aplicação pelos discentes dos Cursos de Graduação da área?

Considerando que, a capacidade de julgamento clínico e a tomada de decisão do enfermeiro dependem do seu conhecimento científico, experiência e aprimoramento constante, a academia deve instrumentalizar os futuros profissionais lhes propiciando situações de embate com a realidade<sup>(9)</sup>. Respaldados por esta compreensão e por entendermos que os discentes, como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem, são os mais indicados para argüirem acerca de suas reais necessidades vinculadas ao ensino do processo de enfermagem, traçou-se para este estudo o seguinte objetivo: Investigar as competências, conhecimento e habilidade, de discentes concluintes da graduação para a aplicação do processo de enfermagem.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem quantitativa, haja vista o estudo buscou aprofundar o delineamento das competências conhecimento e habilidades dos discentes para aplicar o processo de enfermagem a partir do ensino desenvolvido nos Cursos de Graduação da área, a fim de detectar tendências e padrões de relações pertinentes a este fenômeno.

A pesquisa foi realizada em três IES situadas em João Pessoa-PB, reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC), sendo uma pública e duas privadas, e selecionadas a partir do critério de ter turmas cursando o último período letivo curricular.



Para a seleção da amostra foram considerados os critérios: maioria, cursar o último período letivo curricular e aceitar participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; o que determinou um grupo amostral de 97 discentes.

A coleta de dados efetivou-se de julho a dezembro de 2007 por meio da aplicação de um questionário de autoavaliação que utilizou a escala de Likert, de cinco pontos, com questões de múltiplas escolhas, construídas a partir das competências dispostas nas DCNs para os Cursos de Graduação em Enfermagem e pela literatura contemporânea que versa sobre o processo de enfermagem e suas fases, onde os discentes assinalaram suas competências, conhecimento e habilidade, na execução das fases do processo de enfermagem, a partir da atribuição de parâmetros, onde CF significou concordo fortemente; C — concordo; ? — tenho dúvidas; D — discordo e DF — discordo fortemente da afirmativa.

apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, que o aprovou sob protocolo 1004/07.

Na análise dos dados utilizou-se o método quantitativo a partir de frequência simples, sendo os resultados expressos através de um quadro, contendo números absolutos e percentuais oriundos da média aritmética do conjunto dos respondentes e das afirmativas vinculadas em cada etapa do processo de enfermagem, seguidos de análise e discussão respaldada pela literatura pertinente ao tema.

## RESULTADOS

O quadro 1 apresenta os dados provenientes da autoavaliação dos discentes concluintes da graduação em Enfermagem acerca de suas competências, considerando o conhecimento e a habilidade, necessárias à operacionalização das etapas do processo de enfermagem.

**Quadro 1** — Autoavaliação dos discentes concluintes da graduação acerca das suas competências conhecimento e habilidades para operacionalizar as etapas do processo de enfermagem. João Pessoa, PB, Brasil, 2007

Etapas do Processo de enfermagem	Escala de avaliação									
	CF		C		?		D		DF	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Levantamento de dados										
Conhecimento	11,3	32,8	16,2	50,3	4,3	12,3	0,6	1,3	-	-
Habilidade	15,6	48,3	12,7	37,2	3,5	11,3	0,6	1,5	-	-
Diagnóstico										
Conhecimento	8,5	24,0	17,5	59,8	4,7	12,8	1,5	3,5	-	-
Habilidade	11,3	37,0	16,9	48,8	3,3	12,3	0,8	2,0	-	-
Planejamento										
Conhecimento	13,3	44,4	14,1	42,4	4,3	11,9	0,4	1,1	-	-
Habilidade	12,7	41,2	14,3	41,3	5,1	16,2	0,2	0,6	-	-
Implementação										
Conhecimento	11,1	36,5	16,8	50,5	3,9	11,5	0,6	1,3	-	-
Habilidade	14,8	49,2	13,5	37,9	3,6	12,0	0,4	0,9	-	0,1
Avaliação										
Conhecimento	12,8	41,5	14,8	45,5	3,8	11,6	0,6	1,4	-	-
Habilidade	11,6	38,4	15,7	45,4	4,4	14,7	0,7	1,5	-	-

Foram obedecidos os princípios éticos inerentes a pesquisas envolvendo seres humanos, conforme determina a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde<sup>(10)</sup>. Não obstante, o projeto foi submetido à

O quadro 1 evidencia, no contexto da etapa de levantamento de dados, ou investigação, a expressão de um percentual significativo de discentes que concorda (50,3%) e concorda fortemente (32,8%) que

possuem a competência conhecimento necessária a aplicação desta etapa. Quanto à competência habilidade, revelaram-se percentuais diferentes por cada indicador, porém destacando que a maioria concorda (37,2%) e concorda fortemente (48,3%) em deter a citada habilidade.

No que concerne à etapa diagnóstica do processo de enfermagem, o quadro 1 evidencia, ainda, que mais da metade dos discentes concorda (59,8%) que possuem a competência conhecimento para realizar a referida etapa e um pouco menos da metade (48,8%) também concorda deter a competência habilidade para tal.

Quanto ao planejamento da assistência de enfermagem, o quadro 1 demonstra a proximidade dos índices na autoavaliação dos discentes em relação a competência conhecimento (concordar — 42,4% e concordar fortemente — 44,4%) com a competência habilidade (concordar — 41,3% e concordar fortemente — 41,2%) para executar a etapa em foco.

No contexto da implementação a maioria dos discentes concorda que detém conhecimento (50,5%) para fundamentar as intervenções de enfermagem presentes nos planos de cuidados, contudo, apenas 37,9% concorda em deter habilidades para implementá-las.

Na etapa de avaliação, o quadro 1 revela que os maiores percentuais corresponderam às respostas dos discentes que concordam (45,5%) e concordam fortemente (41,5%) possuir competência conhecimento, ao passo que na revelação da competência habilidade, estes índices apresentaram-se inferiores (45,4% concorda e 38,4% concorda fortemente).

## DISCUSSÃO

Destaca-se que embora o conceito de competência seja compreendido como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes obrigatórias à capacitação dos recursos humanos em saúde<sup>(11)</sup>, a discussão expressa a seguir foi construída partindo da

compreensão do termo “competência conhecimento” como a detenção de um saber, e a “competência habilidade” como a capacidade da instrumentalização deste saber na aplicação do processo de enfermagem.

No que se refere à primeira etapa do processo o presente estudo revela, com o somatório dos percentuais concordo fortemente e concordo para os indicadores conhecimento e habilidades, que os discentes afirmam deter mais habilidade do que conhecimento frente à etapa de investigação.

É oportuno destacar que a referida etapa compreende um processo organizado e sistematizado de coleta de dados sobre diversos aspectos do cliente (dados subjetivos, objetivos, progressos e atuais) necessários à evidência de disfunções ou fatores de risco para problemas de saúde, necessidades, preocupações e respostas humanas que requerem uma intervenção da Enfermagem. Envolve, para sua execução, cinco atitudes que inclui coleta dos dados, validação dos dados coletados, agrupamento dos dados validados em conjuntos de informações relacionadas, identificação de padrões de funcionamento humano e a comunicação ou registro dos dados<sup>(12)</sup>. Os instrumentos utilizados, nessa fase, incluem a entrevista clínica (anamnese), o exame físico e os exames diagnósticos<sup>(13)</sup>.

Neste sentido, por compreendermos que o processo é um método dinâmico e que suas etapas ocorrem de modo inter-relacionado<sup>(12)</sup>, ou seja, que a eficácia de uma etapa depende do bom desempenho da que lhe antecedeu, a coleta de dados é imprescindível para que ocorra o sucesso das demais. Outra compreensão evidente refere-se à necessidade de conhecimento, por parte do enfermeiro, para o desempenho da etapa em discussão, haja vista que ela requer do profissional subsídios das ciências biológicas, humanas e exatas para seu bom desempenho, além de fundamentos necessários à solução de problemas e tomada de decisão<sup>(14)</sup>.

Diante do exposto fica evidente que o conhecimento deve, necessariamente, subsidiar a habilidade

na consolidação da primeira etapa do processo de enfermagem. Logo, evidências de mais habilidade do que conhecimento para o desempenho da etapa de investigação revela-se um dado inquietante que pode conferir fragilidade à aplicação do processo como um todo. Cabendo, portanto, às instituições formadoras, a busca freqüente por oportunidades de aplicação crítica deste método, respaldada por embasamento teórico coerente com as necessidades de saúde da clientela.

Após a adequada coleta de dados ou investigação, segue-se à fase diagnóstica, que tem como objetivo a identificação dos diagnósticos de enfermagem ou dos problemas/necessidades da clientela que requeiram os cuidados de Enfermagem<sup>(14)</sup>. Para a identificação de diagnósticos, o enfermeiro segue três etapas consideradas como fundamentais, que envolvem a investigação, a interpretação dos dados e a definição de diagnóstico<sup>(12)</sup>. Para a concretização destes passos o enfermeiro necessita de um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos problemas reais ou de risco para a saúde/processos vitais<sup>(15)</sup>.

Para o julgamento clínico ocorrer de forma padronizada e, entre outros aspectos, facilitar a comunicação na Enfermagem faz-se necessário o uso de Sistemas de Classificação que, por representar de modo estruturado, com base em suas similaridades, os termos e conceitos de uma disciplina ou área desta disciplina, funcionam como ferramentas que favorecem, entre outros aspectos, a comunicação por meio de uma linguagem unificada e universal<sup>(14)</sup>. Atualmente, os sistemas de classificação mais conhecidos, em nossa realidade, são a Taxonomia da NANDA Internacional — Associação Norte-americana de Diagnósticos de Enfermagem e a CIPE® — Classificação Internacional da Prática de Enfermagem que se encontra na versão 2.0.

O processo diagnóstico é um fenômeno fundamental da prática de Enfermagem haja vista que a precisão do julgamento clínico define a relevância de

todo o plano de cuidados e o desenvolvimento das demais etapas do processo de enfermagem.

Apesar do alto índice de competência conhecimento (59,8%) e de competência habilidade (48,8%), vinculadas a etapa de diagnóstico, quando se efetiva a análise em separado das afirmativas das DCNs relacionadas a esta etapa, verifica-se que, em média, apenas 17,0% dos discentes concorda fortemente que detém conhecimento para estabelecer julgamento criterioso e determinar as respostas do cliente que exijam intervenções; enquanto que 36,0% concorda fortemente que tem habilidade para tal. Isto nos leva a afirmar que os discentes podem estar desenvolvendo a etapa diagnóstica com baixa criticidade.

Na fase de planejamento, terceira etapa do processo de enfermagem, devem ser estabelecidos os diagnósticos prioritários, definidos critérios de resultados esperados e prescritas as intervenções de enfermagem dirigidas a cada diagnóstico com o objetivo de prevenir, corrigir ou reduzir os problemas identificados<sup>(12)</sup>.

Dado que nos chamou a atenção é que, um pouco menos da metade dos respondentes concorda fortemente deter conhecimento (44,4%) e habilidade (41,2%) para efetuar as ações vinculadas ao planejamento da assistência de enfermagem. Estudo realizado com acadêmicos da área ilustra que apesar de passadas quase três décadas da incorporação do processo de enfermagem e deste estar incluído na lei do exercício profissional, pode-se constatar que sua utilização é reduzida, principalmente no que diz respeito ao planejamento e a prescrição de enfermagem<sup>(16)</sup>.

Após o planejamento da assistência, segue-se a fase de implementação que envolve a execução do plano de cuidados, com a observação das respostas iniciais do cliente em direção ao alcance dos resultados esperados. Nesta fase, é imprescindível a realização do registro das ações efetivadas, para que todos os profissionais tornem-se cientes do estado de saúde do cliente, das condutas terapêuticas e das respostas das mesmas, facilitando a identificação dos padrões

de resposta e das modificações no estado de saúde da clientela.

No âmbito da fase acima descrita, os resultados revelam o descompasso nas respostas dos discentes em relação à competência conhecimento e à competência habilidade, haja vista que mais da metade dos respondentes detém conhecimento para efetuar as intervenções de enfermagem presentes nos planos de cuidados, contudo, apenas 37,9% concorda em deter habilidades para implementá-las.

Esta falta de sintonia entre teoria e prática no cenário de cuidado pode ter sua origem no excesso de ações administrativas em que o enfermeiro encontra-se envolvido, restando-lhe pouco tempo para o cuidado direto aos clientes sob sua assistência, deixando esta tarefa, muitas vezes, para os auxiliares e técnicos de enfermagem. No âmbito da formação acadêmica as fragilidades neste sentido podem perpassar pelas poucas oportunidades de aprendizado prático dos conteúdos, em especial dos procedimentos de Enfermagem, condição necessária a construção da competência habilidade.

Ressalta-se conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, disposta na Resolução CNA/CEB 04/99, que os técnicos de enfermagem podem participar do planejamento da assistência de enfermagem e executar as ações assistenciais de acordo com sua capacitação técnico-científica<sup>(17)</sup>. Logo, percebemos que é de suma importância que os discentes de enfermagem reconheçam que os técnicos fazem parte deste processo durante a implementação, mas que eles não são os únicos praticantes da mesma.

Ainda no contexto da discussão das atribuições do enfermeiro concernente à etapa de implementação, é inegável o fato dos registros da assistência prestada pela categoria ainda expressar fragilidades importantes. Contudo, analisando as afirmativas subsidiadas pelas DCNs, constatou-se que 16,0% dos discentes concordam fortemente e 23,0% concorda em deter a competência habilidade para executar os registros

de enfermagem com objetividade e clareza. Estudos destacam que os registros realizados pelo enfermeiro possuem anotações legíveis e objetivas<sup>(18)</sup>.

Durante a etapa de avaliação os discentes concordam em deter a competência conhecimento (45,5%) e a competência habilidade (45,4%) para efetivá-la. É nesta etapa que se verifica a eficácia do plano de cuidados e a necessidade de se estabelecer mudanças se os resultados pretendidos não tiverem sido alcançados; neste último caso, faz-se necessária a retomada das fases iniciais do processo<sup>(14)</sup>.

Mediante o quadro 1 os discentes concordam fortemente em deter a competência conhecimento (41,5%) e a competência habilidade (38,4%) para avaliar a assistência de enfermagem, porém, ao analisar isoladamente os dados obtidos nas afirmativas referentes a esta fase, percebeu-se uma incoerência entre os resultados, haja vista, que apenas 10,0% concorda fortemente possuir a competência habilidade necessária à determinação do momento oportuno para o encerramento ou modificação do plano de cuidados.

Exemplificando esta fragilidade, um estudo realizado na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (1998-1999) encontrou como resposta, que a avaliação dos relatórios realizados através das diretrizes estabelecidas para o ensino de cada fase do processo de enfermagem, na sua maioria obteve escores de médio a ótimo (3 a 5), à exceção da fase de avaliação da assistência de enfermagem, com escores (1 e 2)<sup>(19)</sup>.

## CONCLUSÃO

Há contemporaneamente o reconhecimento da importância de se buscar um ensino em enfermagem que fomente uma prática profissional de qualidade ante a um desafio de um mundo em constante transformação. Desse modo, o ensino do processo de enfermagem nos cursos de graduação deve voltar-se para a construção de competências profissionais e,

assim contribuir para atender às demandas dos exercentes da área, diante dos avanços políticos, sociais e científicos galgados pela categoria.

Os resultados do estudo, apesar de apontarem, de um modo geral, para uma avaliação positiva dos discentes diante da detenção de competências conhecimento e habilidades para aplicar o processo de enfermagem, sinalizam também incongruência entre o conhecimento e a habilidade de executar cada fase do processo quando analisadas separadamente. Tal aspecto pode gerar reflexos importantes para a nova geração da enfermagem a exemplo da fragilidade destes futuros enfermeiros diante das demandas reais de utilização deste instrumento metodológico do cuidar-cuidado, visto que a execução de uma ação cuidativa se estabelece a partir da mobilização concomitante das competências que envolvem conhecimento, habilidades e atitudes.

Estes fenômenos resguardam reflexos importantes para o perfil do enfermeiro moderno e pode predispor a prejuízos na qualidade do processo assistencial, haja vista que a lacuna entre a academia e o cenário prático ainda representa um percalço importante na formação em saúde, e em particular em Enfermagem, que pode distanciar ainda mais os dois universos, teoria e prática, hoje um tanto distantes, e que devem representar apenas as faces de uma mesma “moeda”.

Urge, portanto, a necessidade de empreendimentos na educação superior em Enfermagem para além de reformismos; que perpassem pela experimentação e busca freqüente de estratégias de aprendizagem ativa cujos objetivos incluam a integração entre teoria e prática, necessária a formação de excelência; que valorizem e estimulem o diálogo, participação do discente, e seja coerente a compreensão dos diversos aspectos envolvidos no fenômeno cuidar/cuidado. Que sejam fortalecidas estratégias de ensino-aprendizagem responsivas a uma abordagem mais libertadora, criativa, reflexiva, construtiva e questionadora dos conteúdos, capazes de suscitar, aos novos enfermei-

ros, a instrumentalização de conhecimentos, habilidades e atitudes que atendam as demandas básicas da sociedade e sejam coerentes aos avanços científicos galgados pela categoria.

## REFERÊNCIAS

1. Alves AR, Chaves EMC, Freitas MC, Monteiro ARM. Aplicação do processo de enfermagem: estudo de caso com uma puérpera. *Rev Bras Enferm.* 2005; 60(3):344-7.
2. Horta WA. *Processo de enfermagem.* São Paulo: EPU; 1979.
3. Lira ALBC, Lopes MVO, Silva LF, Araujo TL. Factores sócio-demográficos y diagnósticos de enfermería en pacientes trasplantados renales. *Rev Rene.* 2009; 10(1):88-94.
4. Brasil. Lei n. 7498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1; p. 9273-5.*
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem — SAE, nas Instituições de Saúde Brasileiras. Brasília(DF): Conselho Federal de Enfermagem; 2002.
6. Guillèn FM. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en educación superior. *Rev Cubana Enfermer.* 1999; 15(1):21-7.
7. Fontes WD. Aplicação de terminologias de enfermagem no ensino e pesquisa na graduação. In: *Anais do VIII SINADEN; 2006; João Pessoa (PB). João Pessoa: ABEn-Seção-PB; 2006, p.1-4. CD-ROM.*
8. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
9. Pereira SVM, Bachion MM, Souza AGC, Vieira SMS. Avaliação da Hanseníase: relato de experi-

- ência de acadêmicos de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007; 6(1):774-80.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4(2 Supl.):15-25.
  11. Saupé R, Benito GAV, Wendhausen ALP, Cutolo LRA. Conceitos de competência: validação por profissionais de Saúde. *Saúde Rev.* 2004; 8(18):31-7.
  12. Alfaro-Lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
  13. Tannure MC, Gonçalves AMP. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
  14. Nóbrega MML, Silva KL, organizadoras. Fundamentos do cuidar em enfermagem. João Pessoa (PB): Imprima; 2007.
  15. Caixeta AMS. Revisão bibliográfica: diagnóstico de enfermagem. *Anudo* [periódico na Internet]. 2007 [citado 2009 Jul 25]; 1(1): [cerca de 6 p]. Disponível em: <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/anudo/article/view/771/598>.
  16. Thofehrn MB, Traversi MS, Muniz RN, Duarte AC, Lê MP. O processo de Enfermagem no cotidiano dos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros. *Rev Gaucha Enferm.* 2002; 20(1):69-79.
  17. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CEB n. 04 de 99. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Conselho Nacional de Educação [Internet]. Brasil, 5 de outubro de 1999 [citado 2009 Jul 25]. Disponível em: <http://www.ensinopublico.pro.br/Documentos%5CFederal%5C27112008104610.pdf>.
  18. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2001; 35(4): 390-8.
  19. Nakatani AYK. Processo de Enfermagem: uma proposta de ensino através da pedagogia da problematização [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

**RECEBIDO:** 12/11/2009

**ACEITO:** 10/06/2010

## PERCEPÇÃO DE GESTANTES ACERCA DAS ATITUDES DO COMPANHEIRO DIANTE DA SUA AUSÊNCIA NO PRÉ-NATAL

### *PREGNANT WOMEN'S PERCEPTION CONCERNING PARTNERS' ABSENCE DURING PRE-NATAL CARE*

### *PERCEPCIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS CUANTO A LAS ACTITUDES DEL COMPAÑERO CON RESPECTO A SU AUSENCIA EN EL PRENATAL*

FLÁVIO CÉSAR BEZERRA DA SILVA<sup>1</sup>  
ROSINEIDE SANTANA DE BRITO<sup>2</sup>

*O estudo descreve a percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante de sua ausência nas consultas de pré-natal. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa que teve como referencial metodológico a teoria fundamentada e o interacionismo simbólico. Participaram da investigação 20 gestantes inscritas no programa de pré-natal de uma unidade básica de saúde de um município da grande Natal-RN em 2009. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e os resultados apontam que as grávidas percebem o interesse do parceiro pela gestação quando o mesmo demonstra preocupação por ela e pelo feto. Entretanto, reconhecem que ele, por vezes, desvaloriza as suas queixas, o que predispõe a conflitos e desarmonia conjugal. Portanto, admitem conviver com atitudes positivas e negativas do companheiro. Essa realidade requer implantação de medidas que favoreçam o envolvimento do parceiro nesse contexto.*

**DESCRIPTORIOS:** Enfermagem Obstétrica; Cuidado Pré-Natal; Humanização da Assistência.

*This study describes pregnant's perception about partner's conducts concerning his absence in prenatal care. This is a descriptive exploratory research with qualitative approach which had as a methodological referential the based theory and symbolic interactionism. The investigation occurred with 20 pregnant women enrolled in the program of prenatal care in a primary care unit of a small town in Natal-RN, Brazil in 2009. The results indicate that pregnant women perceive the partner's interest for pregnancy when they show concern for her and the fetus. However, they acknowledge that he sometimes devalues her complaints, which predisposes to conflicts and marital disharmony. So, they admit to live with positive and negative attitudes towards the partner. This reality requires implementation of measures to encourage the involvement of the partner in this context.*

**DESCRIPTORS:** Obstetrical Nursing; Prenatal Care; Humanization of Assistance.

*El estudio describe la percepción de mujeres embarazadas acerca de las actitudes de su pareja ante su ausencia en las consultas prenatales. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con abordaje cualitativo que tuvo como referencia metodológica la teoría fundamentada y la interacción simbólica. Participaron de la investigación 20 mujeres embarazadas inscritas en el programa de atención prenatal de una unidad de atención primaria de un municipio de Natal-RN, Brasil en 2009. Para recoger los datos se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada y los resultados indican que las embarazadas perciben el interés de su pareja por el embarazo cuando se preocupa por ella y el feto. Sin embargo, reconocen que él, a veces, desvaloriza sus quejas, lo que predispone a conflictos y desarmonía conyugal. Por lo tanto, admiten que conviven con actitudes positivas y negativas de su pareja. Esa realidad requiere una implantación de medidas que favorezcan la participación del compañero en ese contexto.*

**DESCRIPTORIOS:** Enfermería Obstétrica; Atención Prenatal; Humanización de la Atención.

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem. Professor Assistente I da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte — UFRN. End.: Rua Gastão Mariz, 131, Nova Descoberta, CEP: 59075-280, Natal/RN, Brasil. E-mail: fcesarrn@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFRN, Brasil. E-mail: rosineide@ufrnet.br

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde preconiza atendimento de qualidade e humanização por parte dos serviços e profissionais de saúde, visando acolher com dignidade a mulher e sua família, enfocando-os como partes do processo do cuidar. Nesse sentido a humanização requer a adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade entre eles, solidariedade dos vínculos estabelecidos, direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão<sup>(1)</sup>.

Ao direcionar enfoque ao período gestacional, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) considera que a assistência pré-natal deve: prevenir, identificar e/ou corrigir anormalidades maternas ou fetais; informar a gestante quanto às modificações durante a gravidez, trabalho de parto e parto; promover suporte psicológico por parte do companheiro e familiares<sup>(2)</sup>.

De um modo geral, os programas de governo que permeiam o processo gestacional ao longo de sua história culminam, nos dias atuais, com o propósito de atender a mulher, parceiro e família, durante o ciclo gestatório. Em meio a esses cenários, a atuação do enfermeiro se reveste de importância por ser um profissional que atua diretamente junto à mulher. Assim sendo, deve ter capacidade e sensibilidade para observar as reações da gestante durante o pré-natal, ao abordar aspectos fisiológicos, sociais e, em particular, os psicoemocionais que podem predispor a grávida a um desequilíbrio do seu bem-estar como um todo<sup>(3)</sup>.

Nessa linha de considerações, o Ministério da Saúde tem promovido a qualificação de profissionais enfermeiros a fim de capacitá-los para o atendimento das necessidades da gestante e de sua família<sup>(1)</sup>. Nessa perspectiva, é relevante considerar as expectativas diferenciadas, naturalmente construídas, quanto aos papéis delegados ao companheiro e à mulher na sociedade em que vivemos.

Ao longo do tempo, os papéis, masculino e feminino foram diferenciados, se fundamentando,

primordialmente, na estrutura física do espécime. O comportamento do homem está embasado no poder anatômico do fálus como arma e sinônimo de força, luta, austeridade, liberdade, superioridade e, consequentemente, atuação na esfera pública. Seguindo o mesmo raciocínio, a vulva é ressaltada como símbolo da natureza feminina de passividade, afabilidade, amorosidade e inferioridade<sup>(4)</sup>.

Tais concepções, nos dias atuais, ainda são permeadas por questões de gênero, onde cabe ao feminino cuidar do lar, do companheiro e dos filhos. Essa realidade traz para a mulher uma sobrecarga de funções sob o ponto de vista público e privado. O não cumprimento das atribuições delegadas a ela tende a desencadear sentimento de culpa por não desempenhar a contento seus papéis de mãe, esposa e profissional da sociedade.

As mudanças de paradigmas que permeiam as relações de gênero trazem repercussões para o convívio familiar. É notório que as necessidades de sobrevivência dos indivíduos têm estimulado novos arranjos familiares, em busca de um bem-estar. Com o passar dos anos, a estrutura familiar se diversificou e observa-se crescente registro de uniões consensuais, crianças de pais diferentes na mesma família e mulheres sozinhas criando seus filhos. Essa organização foi alicerçada nos moldes da família nuclear burguesa<sup>(5)</sup>. Assim sendo, os comportamentos das personagens centrais da família, ou seja, pai e mãe assumem papéis preconcebidos decorrentes de uma reprodução sociocultural inerente aos sexos no seu meio ambiente.

Nesse contexto, um ponto essencial que precisa ser destacado é o papel concebido para o companheiro como pai. As concepções que giram em torno da paternidade são primordialmente a de responsável e provedor. Além disso, o companheiro naturalmente não demonstra as emoções sentidas. A autoridade, como estereótipo social, influencia o pensamento do companheiro, quando se trata de assumir seu papel de pai<sup>(6-7)</sup>.



A participação do homem, como figura paterna atuante no âmbito amoroso com o filho, precisa ser incentivada pela mulher de forma que a atitude do novo pai seja estimulada. Para tanto, se faz necessário mudar as concepções que giram em torno do comportamento machista automaticamente assumido pela sociedade<sup>(8)</sup>.

Diante do exposto, percebe-se a existência de papéis pré-concebidos para o masculino e o feminino no que tange à esfera privada e pública. Estudos apontam que o homem contemporâneo vem se envolvendo com maior afinco nos afazeres domésticos, nos cuidados com os filhos e no processo gravídico-puerperal, embora sua presença nas consultas de pré-natal ainda seja pouco expressiva<sup>(1,9)</sup>.

No cotidiano da assistência pré-natal constata-se baixa frequência de companheiros nas consultas, porém, quando os mesmos estão presentes, percebe-se que as grávidas deixam transparecer satisfação por estarem ao lado do seu cônjuge. Ressalta-se que este artigo é parte de uma investigação maior cujo objetivo foi compreender o significado atribuído por gestantes acerca da ausência do companheiro nas consultas de pré-natal. No transcorrer do estudo as gestantes revelaram que o fato do parceiro não frequentar o atendimento o leva a adotar atitudes favoráveis ou desfavoráveis ao seu bem-estar durante a gravidez. Assim sendo, tem-se como propósito descrever a percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante de sua ausência nas consultas de pré-natal.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Para desenvolver a pesquisa foi utilizado como referencial teórico metodológico a teoria fundamentada nos dados e o interacionismo simbólico<sup>(10-11)</sup>.

A teoria fundamentada vem sendo desenvolvida principalmente nas áreas de Sociologia, Psicologia Social e Enfermagem. Tratando-se da Enfermagem,

Corbin, como profissional dessa área, contribuiu para o uso da teoria como meio de desvelar fenômenos intrínsecos ao paciente e ao ambiente hospitalar em que esse se encontrava<sup>(12)</sup>. O desenvolvimento desse referencial se baseia na construção indutiva dos dados, na medida em que os mesmos vão emergindo dos depoimentos.

Para conduzir a análise das respostas obtidas, faz-se importante realizar uma microanálise ou codificação. Para codificar é preciso que três etapas sejam desenvolvidas: codificação aberta, axial e seletiva. Na codificação aberta, ocorre a definição das categorias e subcategorias, utilizando a coleta de dados e a construção dos memorandos (memos). Na fase axial, ocorre a relação entre as categorias e subcategorias, ao longo das linhas de suas propriedades e dimensões. A intenção de reagrupar os dados divididos na codificação aberta é gerar explicações mais precisas e completas sobre o fenômeno. Na seletiva intensifica-se a análise, para integrar as categorias existentes em um conceito e assim gerar a categoria central<sup>(10)</sup>.

Considerando a teoria fundamentada nos dados como uma das variantes do interacionismo simbólico, o processo analítico do presente estudo foi baseado nos princípios desse referencial. Conforme as bases do interacionismo, a dinâmica de uma sociedade se mantém por meio de atitudes e a atividade grupal é fundamentada no comportamento cooperativo. Dessa forma, a associação humana ocorre mediante a apreensão, por parte do ser humano, no tocante à intenção das ações do outro. Assim, o sujeito estrutura uma resposta própria baseada naquela intenção. Tal resposta, ao ser exercitada no senso comum como elemento linguístico, passa a ser considerada um símbolo significante que, por sua vez, é condição imprescindível para a interação de um indivíduo com o outro<sup>(13)</sup>.

Como referencial teórico-metodológico, o interacionismo simbólico assume perspectiva interpretativa, conseguindo ultrapassar a compreensão dos significados e da construção de atitudes das pessoas a partir das relações interpessoais. Entende-se que

ele possibilita a avaliação de resultados em pesquisas inerentes à área da saúde. Portanto, constata-se que o interacionismo simbólico e a teoria fundamentada nos dados, como bases teóricas para a investigação em apreço, foram adequados ao propósito neste estudo.

Essa pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Municipal de São Gonçalo do Amarante/RN entre março e maio de 2009. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo levou em consideração a garantia dos preceitos básicos da bioética, de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Dessa forma, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP — UFRN), onde foi apreciado e obtido o Parecer favorável nº 028/2009.

A seleção das gestantes ocorreu de forma intencional. Assim sendo, participaram do estudo mulheres cadastradas no programa de pré-natal, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, com orientação das faculdades mentais, que convivessem sob o mesmo teto com o companheiro e este não tivesse participado de nenhuma consulta até o momento da entrevista. Logo, aquelas que não atenderam a essas exigências foram excluídas.

A pesquisa ocorreu com depoimentos de 20 gestantes que atenderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos e se dispuseram a fazer parte da investigação. Esse número de participantes foi considerado satisfatório, quando houve repetição de informações, ou seja, saturação dos dados.

No que diz respeito ao instrumento utilizado, foi adotado um roteiro de entrevista contendo duas partes. A primeira constituída por questões sociodemográficas que serviram para caracterizar as participantes e a segunda por uma questão norteadora inerente ao objeto de estudo.

Com vistas a garantir o anonimato das entrevistadas, imagens de flores, com seus respectivos nomes, foram apresentadas. Na medida em que cada mulher escolhia uma foto para representá-la, esta era excluída da lista de opções para as demais gestantes.

Os dados surgidos das entrevistas foram trabalhados mediante comparação constante com os antecedentes, e várias hipóteses foram construídas e testadas. Isto significa dizer que, com o surgimento de dados novos, mais conjecturas iam sendo formuladas e verificadas junto a outras gestantes, até haver adensamento de informações.

Dessa forma, conseguiu-se captar o entendimento do grupo pesquisado sobre a ausência do companheiro nas consultas de pré-natal. Vale destacar que se fez necessário retornar-se aos dados brutos frequentemente, na medida em que se avançava na análise dos mesmos, em busca das categorias, para certificar-se quanto à coerência entre a interpretação e o teor das falas. Como resultados das três etapas que dizem respeito ao processo de codificação, foram obtidas três categorias das quais, neste artigo, apresenta-se a temática relativa à percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante de sua ausência durante o pré-natal.

## RESULTADOS

As gestantes trouxeram várias informações que permeavam o universo da vida particular de cada uma, naquela ocasião. Para que a análise fosse realizada o mais próximo possível da realidade vivenciada por elas, procurou-se abranger ao máximo o corpus de dados fornecidos.

Os resultados aqui apresentados dizem respeito às atitudes do companheiro durante o pré-natal. Para algumas participantes, os companheiros demonstram interesse pela gestação como expressa a seguinte fala: *Ele se preocupa demais comigo e com o bebê. Ele demonstra interesse pela gestação* (Angélica). Diante dessa afirmativa, concebe-se que a percepção da gestante a esse respeito se alicerça em um relacionamento no qual os cônjuges interagem entre si e com a gravidez. Isto predispõe ao bem estar familiar e como consequência repercute positivamente sobre a díade mãe-filho.

Por outro lado, a atitude do parceiro pode resultar em insatisfação na gestante predispondo a desarmonia conjugal durante a gravidez, a exemplo de Sempre Viva. *Ele não me entende ... A gente briga muito* (Sempre Viva).

Nesse enfoque, entende-se que as discussões conjugais durante a gestação constituem violência emocional, psicológica e/ou física. A violência contra a mulher ocorre em várias partes do mundo e em diferentes fases de sua vida, incluindo a gravidez. Estudo aponta que a maioria das agressões contra a gestante se inicia ou se agrava ao longo do período gravídico, desenvolvendo na mulher medo, tristeza, solidão ou depressão. No entanto, essas vítimas não procuram ajuda e mantêm o relacionamento dada a sua sobrevivência financeira advir do companheiro<sup>(14)</sup>.

Na conjuntura dessa abordagem, vale lembrar que a dependência emocional vivenciada por parte das mulheres também se apresenta como obstáculos na tomada de decisão, quando se trata de rompimento de laços conjugais, especialmente no período gestacional. Entende-se que nessa fase a gestante apresenta maior sensibilidade aos acontecimentos intrínsecos e extrínsecos à gravidez. As modificações físicas e emocionais inerentes ao seu estado lhe causam necessidades que, para serem atendidas, requerem a participação e compreensão de pessoas de seu convívio, sobretudo do cônjuge.

Convém ressaltar que, ao experienciar a gravidez da mulher, o companheiro pode manifestar sentimentos adversos, dependendo do momento, da meta e de seus objetivos de vida, pois através de um processo interativo, ele direciona seu comportamento e suas atitudes de acordo com a situação vivenciada. A maneira do parceiro se comportar e agir durante a gravidez pode assumir uma forma dinâmica, isto é, oscilar do positivo para o negativo ou vice-versa<sup>(6)</sup>.

Nessa discussão, supõe-se que a labilidade emocional apresentada por grande parte das gestantes, condiciona o companheiro a valorizar ou não as queixas referidas por elas. Isto é, a frequência de des-

confortos mencionados pelas parceiras, predis põe o cônjuge a considerar as queixas como algo comum e rotineiro. *Ele disse que eu fico doente porque eu quero ... Ele disse que gosta de mim, mas quem gosta não faz o que ele faz* (Sempre Viva). Essa conduta tende a gerar na mulher o entendimento de que alguém de sua proximidade banaliza uma situação desconfortável pela qual está passando. Mediante a essa percepção, a gestante põe em dúvidas o bem-querer do companheiro para com ela e para com o filho. *Eu senti assim, que ele tava querendo excluir o filho dele* (Orquídea). Ao associar a ausência como um comportamento de exclusão, Orquídea demonstra guardar a possibilidade de vivenciar momentos conflitantes no seu relacionamento conjugal levando-a a experienciar situações adversas ao seu bem-estar.

Tratando-se do homem no pré-natal, estudos atestam que a sua participação abrange aspectos relativos ao envolvimento conjugal e paterno. Ressaltam ainda que o vínculo entre pai e filho ocorre antes do nascimento intermediado pela mãe. Essa realidade concorre para sentimentos de inveja e exclusão, também vivenciados pelo cônjuge no contexto da gravidez. Estes sentimentos surgem como forma de comunicar a insatisfação gerada, em decorrência da ameaça de perder o *status* socialmente conferido ao masculino como integrante principal da estrutura familiar<sup>(15-17)</sup>.

Como chefe desse núcleo, as concepções machistas ditam condutas de força, coragem, agressividade, superioridade, independência, contribuindo para o seu afastamento das questões relativas à saúde. Nessa linha de abordagem, os homens atribuem pouca relevância a condutas preventivas sob a justificativa de não poder perder tempo esperando uma consulta médica e de não gostar de freqüentar os serviços de saúde<sup>(18)</sup>. Isto é denunciado nas falas das entrevistadas do estudo em apreço. *... ele não gosta de estar em hospital e posto. Ele disse que não gosta de ir* (Rosa).

Em relação aos cuidados à saúde, a atitude masculina não diz respeito unicamente a ele, mas também à mulher durante o acompanhamento da gestação.

Sua ausência às consultas de pré-natal se articula com as questões que regem as relações de gênero ainda nos dias atuais e aceitas por parte das mulheres deste estudo. ... *ele não vai deixar as coisas dele. Ele tem que trabalhar mesmo pra botar as coisas pra dentro de casa* (Papoula). Observa-se nessa fala um pensamento arraigado a concepções sociais construídas ao longo do tempo acerca do papel masculino. Se por um lado, a mulher deposita responsabilidade ao homem como provedor familiar, demonstrando compreender o distanciamento dele do pré-natal, por outro lado, contribui, mesmo de forma indireta, para manutenção dessa realidade.

Contudo, as atitudes do homem diante da gravidez, fazem parte do comportamento vislumbrado na vivência da paternidade. Nas últimas décadas ele tem apresentado maior interesse em participar, cotidianamente, da gravidez, demonstrado por atitudes de companheirismo e cuidados com a gestante. Sua participação ocorre com ações que se voltam para atitudes de cuidar. Nesse caso, o cuidado tem uma conotação relacional entre o ser companheiro e o ser gestante, numa relação de gênero na qual o homem coloca-se como responsável pela mulher<sup>(19)</sup>.

Durante o período gravídico ele convive com dificuldades relativas às modificações fisiológicas do organismo materno, dentre elas, as oscilações de humor e as cenas de ciúme, o que lhe causa descontentamento. Entretanto, na concepção masculina, isso não representa obstáculos para sua convivência e seu relacionamento conjugal, visto que compreende as reações da mulher durante a gravidez<sup>(6,20)</sup>. Nessa fase, ele elabora sua interação com benevolência e aproximação, apoiado pelos paradigmas que dizem respeito aos papéis sociais vivenciados no modelo de família patriarcal. Dessa forma, apesar de estar ausente às consultas de pré-natal, o mesmo expressa um comportamento socialmente esperado diante da necessidade de compreensão e proteção da companheira durante o período gravídico.

Apesar disso, segundo algumas entrevistadas, os homens não apresentam preocupação com a ges-

tação. *Ele não tem iniciativa de falar eu vou procurar saber como está ou escutar. Ele não procura não. Eu já convidei, mas ele não se interessa* (Flor de Lotus). Acredita-se que a vivência de tal situação influencia a harmonia conjugal, visto guardar relação com as divergências que envolvem o masculino e o feminino, quanto às suas expectativas como cônjuges. Diante dessa realidade, considera-se que a fase gravídica vela a possibilidade de desajuste familiar e, como consequência, predis põe a mulher a alterações patológicas no curso da gravidez.

De modo geral as circunstâncias que envolvem o universo masculino, nas quais ele se apresenta como provedor, cuidador e chefe da família, podem representar um risco à harmonia do convívio conjugal. Isto encontra justificativa, quando se considera que as necessidades da gestante nem sempre são atendidas a contento pelo parceiro. Mediante tal ocorrência é mister que os cuidados pré-natais sejam extensivos também aos homens, pois são os mais próximos às grávidas e convivem com as alterações e os desconfortos advindos da gestação.

O pré-natal, segundo o Ministério da Saúde, deve garantir acesso, cobertura e assistência de qualidade à gestante e ao concepto, na perspectiva da humanização<sup>(1)</sup>. Nesse contexto, seus familiares e o recém-nascido merecem ser acolhidos pelos profissionais que integram os serviços de saúde. Tratando-se do enfermeiro, este assume um papel de destaque, dada a sua aproximação com a gestante e família. Visto isso, deve interagir e favorecer a participação dos homens cujas mulheres estejam em estado gravídico, como também minimizar dúvidas e, conseqüentemente, ajudar o casal na superação de dificuldades decorrentes dessa fase.

## CONCLUSÃO

Diante da realidade que cerca o casal no contexto da reprodução, pode-se concluir que a ausência do companheiro nas consultas de pré-natal predis põe

as grávidas ao fortalecimento dos desconfortos advindos da gravidez e, conseqüentemente, vai de encontro ao bem-estar das gestantes, além de velar a possibilidade de desajuste conjugal.

Tal compreensão remete à necessidade dos profissionais de saúde, que prestam cuidados às mulheres durante a gravidez, valorizarem e estimularem a inclusão dos homens no pré-natal, como preconiza o Ministério da Saúde. Isto encontra consonância com o entendimento de que o desequilíbrio do casal é parte integrante e possivelmente decorrente de insatisfações entre eles.

Esse fato é passível de acontecer com maior frequência durante a gravidez, devido à labilidade emocional da gestante. Além disso, se o parceiro, mantém-se distante de um evento no qual a mulher recebe atenção e cuidado de outrem, os desconfortos psicoemocionais e físicos tendem a ser potencializados em decorrência da sua ausência nas consultas de pré-natal. Destarte torna-se imperativo atentar para as precisões dos cônjuges no âmbito da reprodução.

Particularizando a área da Enfermagem, é relevante destacar o perfil dessa profissão, presente em seu saber e fazer, nos diversos campos de atuação, respaldado pelo entendimento de que o cuidado envolve interpretação de vivências interpessoais do enfermeiro com a clientela assistida.

No contexto da gestação, observar o outro, tendo como foco a análise de suas respostas bem como a problemática emocional e social do mesmo, requer uma técnica avaliativa que considere os significados e as simbologias construídos, ao longo das experiências de vida do casal que está sob seus cuidados.

Considerando que o acompanhamento gestacional demanda cuidados com a gestante, companheiro e família, a abordagem do comportamento/atitude do cônjuge, no que diz respeito à gravidez, deve ser valorizada enquanto fator de contribuição diretamente ligado ao bem estar da mulher. Ao seguir essa premissa, o profissional enfermeiro que atua no pré-natal

da família, antecipadamente, pode diagnosticar desarmonias conjugais. Assim, será capaz de promover ações para facilitar a compreensão do companheiro frente às modificações físico-fisiológicas e emocionais da gestante, a fim de minimizar os desconfortos da gravidez decorrentes da ausência do mesmo nas consultas de pré-natal.

Convém ressaltar que, apesar do incentivo do Ministério da Saúde em incluir o homem no contexto da saúde reprodutiva, os direitos adquiridos dizem respeito a lei do acompanhante do parto e a licença paternidade. No entanto não há respaldo legal que garanta a presença do parceiro no atendimento pré-natal, visto não haver justificativa para a falta dele junto à fonte empregadora.

Em suma, o envolvimento do homem com a gravidez deve ser incentivado desde o início do período gestatório para que o mesmo incorpore atitudes participativas diante das peculiaridades que envolvem a gestação.

## REFERÊNCIAS

1. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Assistência pré-natal: manual de orientação. 2ª ed. São Paulo: Ponto; 2006.
3. Lima YMS, Moura MAV. Consulta de enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. *Rev Pesq Cuidado Fundamental*. 2005; 9(1/2):93-9.
4. Saffioli HIB. Gênero, patriarcado, violência. 2ª ed. São Paulo: Perseu Abramo; 2007.
5. Nascimento A M. População e família brasileira: ontem e hoje. In: XV Encontro Nacional de Estu-

- dos Populacionais; 2006 Set. 18-22; Caxambú: ABEP; 2006.
6. Brito RS. A experiência do companheiro no processo da gravidez da mulher/companheira: uma abordagem interacionista [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
  7. Galastro EP, Fonseca RMGS. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3):454-9.
  8. Montgomery M. O novo pai. 12<sup>a</sup> ed. São Paulo: Ediouro; 2005.
  9. Carvalho JBL. Significados e percepções do homem diante da gravidez de sua companheira com síndromes hipertensivas [tese]. Natal (RN): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010.
  10. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
  11. Blummer H. Symbolic interactionism perspective and method. Califórnia: Prentice-Hall; 1969.
  12. Meetoo DD. Interview with Juliet M Corbin [Internet]. Manchester; 2007 [cited 2009 Oct 10]. Available from: <http://www.journalofadvancednursing.com/docs/JulietCorbinInterview.pdf>.
  13. Haguette TME. Metodologia quantitativa na sociologia. 6<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
  14. Lourenço MA. A experiência de gestação e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Filgueira; 2006.
  15. Campos LPL. As repercussões psicológicas da gravidez no pai. *Mental, Barbacena*. 2006; 4(7):147-60.
  16. Piccinini CAMRS, Gonçalves TR, Lopes RS, Tudge J. Envolvimento paterno durante a gestação. *Psicol Reflex Crit*. 2004; 17(3):303-14.
  17. Carvalho JBL, Brito RS, Araújo ACPF, Souza NL. Sentimentos vivenciados pelo pai diante do nascimento do filho. *Rev Rene*. 2009; 10(3):125-31.
  18. Maciel PSO. O homem na estratégia de saúde da família [dissertação]. Natal (RN): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.
  19. Costa MCO, Lima IC, Martins Júnior DF, Santos CAST, Araújo FPO, Assis DR. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória socio-demográfica e atitudes com a gestação e a criança. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):719-27.
  20. Brito RS, Soares JDD. Acompanhamento pré-natal: a importância atribuída pelo homem/companheiro. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.

**RECEBIDO:** 14/04/2010

**ACEITO:** 12/07/2010

## PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ADOLESCÊNCIA NA PERCEÇÃO DE ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

### *FAMILY PLANNING IN ADOLESCENCE IN THE PERCEPTION OF NURSES OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY*

### *PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERAS DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA*

INGRID NEPOMUCENO BEZERRA QUEIROZ<sup>1</sup>

MARIA CECÍLIA FREITAS CESARINO DOS SANTOS<sup>2</sup>

MARIA DE FÁTIMA ANTERO DE SOUSA MACHADO<sup>3</sup>

MARIA DO SOCORRO VIEIRA LOPES<sup>4</sup>

CARMEM CEMIRES CAVALCANTE COSTA<sup>5</sup>

*O estudo objetivou conhecer como acontece o atendimento de planejamento familiar ao adolescente, sob a óptica dos enfermeiros dos Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional VI, do Município de Fortaleza-CE. Estudo descritivo, realizado com oito enfermeiras nos CSF, nos meses de março e abril de 2009. Utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e para organização destes, utilizamos a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados evidenciaram que o atendimento ao planejamento familiar de adolescentes ocorre, porém, pouco direcionado para as especificidades desse público, caracterizando-se também por disponibilidade limitada dos métodos contraceptivos e fragilidade na organização do serviço, com demora no atendimento, horário compatível com o da escola, falta de tempo e de espaço para profissionais realizarem atividades grupais.-*

**DESCRITORES:** Planejamento Familiar; Adolescentes; Enfermagem em Saúde Comunitária.

*The aim of this study was to understand how the attendance of family planning to the adolescent happens on the point of view of nurses who work in the Family Healthcare Units (FHU) of the Regional Executive Secretariat VI in Fortaleza-CE. It is a descriptive study carried out with eight nurses of the FHU in March and April 2009. Semi-structured interviews were carried out and the data were organized through the discourse of the Collective Subject technique and analyzed with literary review. The results evidenced that the attendance to the adolescent occurs in these units, but not in a specific way. It is characterized by limited accessibility to contraceptive methods and fragility in the organization of the service, too much delay in client service besides lack of time or space to accomplish group activities.*

**DESCRIPTORS:** Family Planning; Adolescents; Community Health Nursing.

*El estudio planteó como objetivo conocer cómo funciona la atención de la planificación familiar del adolescente, desde el punto de vista de los enfermeros de los Centros de Salud de la Familia (CSF) de la Secretaría Ejecutiva Regional VI, del municipio de Fortaleza-CE. Se trata de un estudio descriptivo, realizado con ocho enfermeras en los CSF, en los meses de marzo y abril de 2009. Para recoger los datos se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, dichos datos fueron organizados a través de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados probaron que si bien ocurre la atención a la planificación familiar del adolescentes, no está totalmente orientada a las especificidades de ese público, también se caracteriza por una disponibilidad limitada de métodos anticonceptivos y fragilidad en la organización del servicio, retraso en la atención, horario compatible con el de la escuela, falta de tiempo y espacio para que los profesionales realicen actividades de grupo.*

**DESCRIPTORES:** Planificación Familiar; Adolescentes; Enfermería en Salud Comunitaria.

<sup>1</sup> Enfermeira Assistencial, graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Rua Elvira Pinho, 288 — Fortaleza-CE. CEP: 60041-000. Brasil. E-mail: ingridnqueiroz@bol.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira Assistencial, graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Pós- Graduada em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA). Brasil. E-mail: ceciliafcs@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora dos Cursos de Enfermagem da UNIFOR e da URCA e da Pós-Graduação da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP). Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva-GRUPESC(URCA) e membro do Núcleo de Pesquisa Saúde da Criança — NUPESC (UNIFOR). Brasil. E-mail: fatimaantero@uol.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UNIFOR e da URCA; membro do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva-GRUPESC (URCA). Brasil. E-mail: socorrovirira@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Enfermeira de Saúde da Família e técnica do Sistema Municipal de Saúde-Escola de Fortaleza-CE. Brasil. E-mail: carmem.cemires@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) circunscreve a adolescência à segunda década da vida (10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos<sup>(1)</sup>.

Embora a lei brasileira considere como adolescência a faixa etária de 12 a 18 anos, o Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS, considerando este público como o contingente da população entre dez e 24 anos de idade, tendo este conceito desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos)<sup>(2)</sup>.

Esta fase muitas vezes expõe os adolescentes a riscos para sua saúde. Em relação à vulnerabilidade dos adolescentes no plano individual, social ou programático, algumas questões se mostram relevantes, como a gravidez na adolescência, um significativo aumento da infecção pelo HIV/aids, o uso e abuso do álcool, desencadeando situações como acidentes, suicídios, violência, consumo de drogas, além da problemática associada ao tráfico de drogas ilícitas, o qual representa, no Brasil e em outros países, uma séria ameaça à estabilidade social<sup>(1)</sup>.

Entendemos que políticas devem ser implementadas no sentido de reduzir esses agravos aos quais os adolescentes estão expostos, entre eles os riscos relacionados a uma iniciação sexual precoce.

A iniciação sexual dos adolescentes ocorre cada vez mais cedo. Segundo estudos do Fundo das Nações Unidas para a Infância — UNICEF (2002), dentre adolescentes brasileiros com faixa etária entre 12 e 17 anos, 32,8 % já haviam tido relações sexuais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE (2000), 9,5% de adolescentes entre 15 e 19 anos (82% mulheres, 18% homens) vivenciam algum tipo de união, com vida

sexual. Entre jovens de 20 a 24 anos, 36,5% vivenciam também uniões conjugais<sup>(2)</sup>.

O tempo aproximado entre o início das relações sexuais de uma jovem e a busca por um serviço de saúde para orientação anticoncepcional é de cerca de 12 meses. Aproximadamente, metade das gestações na adolescência ocorre nos primeiros seis meses, após a adolescente se tornar sexualmente ativa, e um quinto destas ocorrem no primeiro mês de contato sexual<sup>(3)</sup>.

Quanto à prática do sexo seguro (uso do preservativo nas relações sexuais), dados de 2002 (UNICEF) apontaram que 52% dos adolescentes com vida sexual utilizaram o preservativo nas relações sexuais vivenciadas, porém, muitos adolescentes iniciam a vida sexual sem se proteger contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), o que é confirmado pela expansão da aids entre os jovens<sup>(4)</sup>.

O aumento da incidência de gravidez na adolescência é identificado como um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil, especialmente na faixa etária entre 10 e 14 anos<sup>(5)</sup>.

Estes aspectos há pouco destacados denotam a vulnerabilidade a que estão expostos este público-alvo e certamente, reforçam a necessidade de um olhar voltado para esta clientela no sentido de minimizar os agravos decorrentes, quer seja de ausência de políticas públicas ou de estratégias que possibilitem os adolescentes mudarem de comportamento para a promoção de sua saúde.

Em muitos casos, a gravidez não planejada é interrompida por aborto, frequentemente praticado em péssimas condições higiênicas e técnicas, com risco de apresentar sérios agravos, podendo levar até mesmo ao óbito materno. Embora a maternidade no início da vida reprodutiva antecipe a maturidade biológica e precipite consequências sociais e psicológicas importantes, para muitas adolescentes a gravidez se torna uma forma de mudar de vida e sair de um ciclo vicioso bastante conhecido nos grupos sociais de mais baixa renda<sup>(6-7)</sup>.



O reconhecimento do fato de que a gravidez pode expressar o desejo dos jovens não significa retirar a importância das políticas de contracepção para ambos, uma vez que se trata de assegurar que a escolha possa acontecer no momento certo (desejado e planejado) de adolescentes e jovens<sup>(2)</sup>.

Com o objetivo de minimizar estas e outras questões relacionadas à sexualidade dos adolescentes, foi lançado em 1989, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde do Adolescente — PROSAD, fundamentado em uma política de promoção à saúde, identificação dos grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação, com práticas educativas permeando todas as ações. Encontram-se entre as áreas deste programa a sexualidade e a saúde reprodutiva<sup>(4,8)</sup>.

No entanto, com relação à assistência em planejamento familiar, poucos serviços oferecem uma atenção com qualidade e menos ainda aos jovens. Tanto a família quanto os sistemas educacionais e de saúde parecem não estar adequados para oferecer informações e/ou orientações suficientes às reais necessidades desta população<sup>(5)</sup>.

O elevado número de partos entre as adolescentes, o início cada vez mais precoce das relações sexuais, o aumento das DST/AIDS nessa faixa etária e a assistência deficiente prestada ao adolescente justificam estudos para investigar o acesso desta população ao serviço de saúde no que se refere ao planejamento familiar, na tentativa de conhecer a assistência prestada ao adolescente e suas reais necessidades.

Diante as reflexões aqui apresentadas, alguns questionamentos parecem ser importantes: Os serviços de saúde têm oferecido atendimento de planejamento familiar aos adolescentes? Os adolescentes têm procurado os serviços de saúde? O serviço de saúde tem respondido as demandas dos adolescentes referentes ao planejamento familiar?

Assim, este estudo apresentou como objetivo conhecer o atendimento ao adolescente no serviço de planejamento familiar, sob a ótica dos enfermeiros.

## METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva, a qual expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza. Os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles<sup>(9-10)</sup>.

O estudo foi realizado nos meses de março e abril de 2009, no Município de Fortaleza-CE, nos serviços de atenção primária, em três Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional VI.

Foram selecionadas para o estudo oito enfermeiras inseridas nos CSF, conforme a presença no serviço no momento da coleta de dados.

Utilizamos como técnica para coleta de dados a entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, dando liberdade ao pesquisador para desenvolver cada situação, podendo repetir e reformular perguntas de maneira diferente, especificar algum significado, garantindo o entendimento do entrevistado<sup>(10)</sup>.

Os dados foram organizados com suporte no Discurso do Sujeito Coletivo — DSC. Esta técnica torna mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que confirma um dado imaginário. Esse discursivo permite visualizar melhor a representação social na medida que aparece, não sob a forma mais viva de um discurso, mas o modo como os indivíduos reais pensam. Assim, os procedimentos para análise envolveram: seleção das expressões-chave de cada discurso particular, identificação da idéia central de cada uma delas, que é a síntese do conteúdo dessas expressões, reunião das expressões-chave referentes as idéias centrais semelhantes ou complementares, em um discurso síntese que é o discurso do sujeito coletivo<sup>(11)</sup>.

Para a realização do estudo, as questões éticas de que tratam as pesquisas com seres humanos foram observadas, tendo sido o Projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza — UNIFOR, aprovado pelo parecer nº. 044/2009.

## ANÁLISE DOS DISCURSOS

### Caracterização do Sujeito

Participaram do estudo oito enfermeiras, cuja faixa etária variou de 28 a 51 anos, com tempo de conclusão da graduação de seis a 30 anos (média de 18 anos), destas, seis entrevistadas possuem Especialização em Saúde da Família, e todas realizam o atendimento de Planejamento Familiar.

A capacitação dessas profissionais pareceu compatível a área de atuação, já que sete delas tem formação em Saúde da Família e certamente estão aptas a atuar nesta estratégia. É uma preocupação do Ministério da Saúde a educação continuada dos profissionais que atuam nesse cenário, e, para tanto, uma política voltada para a educação permanente no setor da saúde foi criada em 13 de fevereiro de 2004 e alterada recentemente pela Portaria GM/MS nº. 1996, de 20/08/2007, propondo ações estratégicas que visem a contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde<sup>(12)</sup>.

- Discurso do Sujeito Coletivo

Para elaborar esta seção do estudo, lançamos mão dos depoimentos das entrevistadas e assim foi possível formular os DSC a seguir apresentados.

#### **IC/DSC I — O atendimento de planejamento familiar voltado para o adolescente nos Centros de Saúde da Família**

*Existe na Unidade de Saúde o atendimento de planejamento familiar, porém não existe atendimento específico para o adolescente, ele é atendido como todo mundo. Às vezes, um grupo deste público alvo é formado, no entanto não se estabelece.*

Segundo o DSC I, fica evidente que, no serviço, não há um atendimento de planejamento familiar

específico, voltado para o público adolescente, no entanto, se nota que, até de forma ampla, este atendimento acontece.

De acordo com o Ministério da Saúde, não existe uma obrigatoriedade da criação do planejamento familiar específico para o adolescente, porém o serviço deve estar preparado para entender e atender a esta clientela, pois a adolescência é uma fase de grandes mudanças, que determinam especificidades emocionais e comportamentais, repercutindo na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes de ambos os sexos<sup>(4)</sup>.

Ainda segundo o Ministério da Saúde, o serviço de saúde sexual e reprodutiva deve proporcionar aos adolescentes o direito a uma atenção eficaz, onde a qualidade desta atenção pressupõe minimamente uma boa comunicação, com linguagem simples e sem julgamentos morais ou valorativos; confidencialidade das informações; privacidade no atendimento; disponibilidade constante de insumos, levando-se em consideração a necessidade de dupla proteção; facilidade de acesso aos serviços; profissionais qualificados; ênfase para a educação em saúde com metodologia que motive mudanças; atenção especial para as faixas etárias mais precoces (dez a 14 anos), avaliação integral dos adolescentes e permitir aos adolescentes o direito de decidir acerca da presença ou não dos pais ou familiares<sup>(4)</sup>.

Com efeito, é sumamente relevante que os serviços de saúde estejam preparados para acolher os adolescentes, levando-se em consideração a individualidade de cada um, para oferecer a estes jovens um atendimento de acordo com suas necessidades.

#### **IC/DSC II — O atendimento ao adolescente quando da procura ao Centro de Saúde da Família**

*Quando a adolescente procura a Unidade pela primeira vez, ela é avaliada pela enfermeira e são dadas todas as orientações acerca do planejamento familiar. Falo quais*

*os métodos disponíveis na unidade, deixando-as à vontade para escolher o que melhor lhes convier, embora elas não tenham muita escolha, devido à falta de métodos disponíveis. Se a escolha for por comprimidos, eu encaminho para o médico da unidade e aguardo o retorno no próximo mês para fazer o acompanhamento da usuária.*

De acordo com DSC II, observa-se que a enfermeira avalia, presta todas as orientações acerca do planejamento familiar e esclarece as dúvidas dos adolescentes, estando em conformidade com a legislação. É importante lembrar que a Portaria nº. 085/2007, publicada no Diário Oficial do Município de Fortaleza, ressalta que a prescrição de métodos anticoncepcionais pode ser realizada por enfermeiros, desde que estes estejam adequadamente capacitados, e que esta rotina seja aprovada pela Secretaria Municipal, para o caso dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, como acontece no município estudado<sup>(13)</sup>.

Compete ao enfermeiro, durante as consultas de Enfermagem de planejamento familiar, realizar a anamnese, o exame físico e ginecológico, investigar queixas atuais, metas reprodutivas e conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, reforçar a importância do planejamento familiar, orientar acerca do método escolhido, da saúde sexual e reprodutiva, fornecer o método, encaminhar para consulta médica (quando necessário) e aprazar retorno<sup>(4)</sup>.

Faz-se necessário que o enfermeiro detenha e incorpore na sua prática o que é preconizado para o exercício de suas atividades no cotidiano do serviço, atendendo de forma adequada sua clientela, proporcionando uma atenção qualificada.

### **IC/DSC III — Quanto aos métodos disponíveis nos Centros de Saúde da Família**

*Como métodos de barreira, eu conto com o preservativo masculino (condom) e o DIU. Já como métodos hormonais, conto com o comprimido e o hormônio injetável. Porém, disponho no momento apenas de comprimido; o pre-*

*servativo, apesar de recebê-lo, é em quantidade insuficiente para atender a demanda do mês; os outros métodos eu recebo esporadicamente.*

O DSC III caracteriza a realidade encontrada nos serviços de saúde da atenção básica, no que se refere à disponibilidade de insumos contraceptivos.

Conforme o Ministério da Saúde, o gerenciamento dos insumos anticoncepcionais é um dos componentes-chave nas ações de planejamento familiar. Os serviços de saúde devem não só informar sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis, mas também assegurar ao usuário que o contraceptivo escolhido será fornecido continuamente. É de suma importância levar em consideração as necessidades e preferências dos usuários, mas é igualmente importante que a unidade básica disponibilize todos os métodos recomendados e aprovados pelo Ministério, de modo a garantir a livre escolha de cada um<sup>(4)</sup>.

A falta de insumos limita a escolha dos adolescentes, e até mesmo impõe o uso de determinado método. A oferta dos métodos anticoncepcionais deve estar embasada em uma variedade que permita atender o interesse e a necessidade dos usuários, envolvendo adolescentes, mulheres na perimenopausa, em pós-parto ou pós-aborto e nutrízes. Deve-se observar, ainda, as características individuais de tolerância aos hormonais, da não-adaptação ao uso do preservativo, da necessidade de uso de método seguro em virtude da existência de fatores de risco para uma futura gestação, e/ou da opção pelo método natural ou pelos métodos comportamentais, dentre outros<sup>(14)</sup>.

Outro aspecto de igual importância é a garantia de insumos suficientes para a população, de forma a assegurar acesso igualitário de todos aos métodos contraceptivos. A ausência dos métodos configura um direito constitucional negado ao usuário e fere os princípios do Sistema Único de Saúde — SUS (equidade, universalidade, integralidade e hierarquização), já que o acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais é condição fundamental para que a escolha do

método se realize livremente, sem restrições. Isto é particularmente importante, considerando-se que grande parte da população não pode pagar pelo método eleito de acordo com sua preferência.

#### **IC/DSC IV — A percepção das enfermeiras acerca do envolvimento dos adolescentes com o atendimento prestado**

*No começo eles têm vergonha, talvez pelo medo de serem reconhecidos pela comunidade e de surgir algum comentário, por isso não ficam muito à vontade, mas é mais no primeiro encontro. A maioria tem muitas dúvidas, vem com muitos tabus, condutas erradas decorrente de informações erradas. Porém, quando você conversa com eles, aí eles passam a lhe perguntar, demonstrando interesse em aprender. A maioria destes adolescentes volta, só que é complicado porque depois de você falar sobre tudo o que existe, você é obrigada a dispor daquilo que realmente tem, então, mesmo não querendo você acaba por induzir na escolha devido a falta de opção.*

O DSC IV evidencia a importância do vínculo profissional-usuário para que ocorra o fortalecimento das relações entre estes, favorecendo a participação do adolescente no planejamento familiar.

A recepção ao adolescente configura-se como um momento de garantia de acesso aos serviços e ações de saúde. Para que se estabeleça um clima de confiança e compromisso que possa resultar na adesão deste adolescente ao serviço de saúde, torna-se fundamental a adoção de atitudes acolhedoras, cordiais e compreensivas, visando a proporcionar segurança e tranquilidade, bem como a constituição da autonomia nos cuidados com a saúde. O acolhimento consiste na postura a ser adotada pelos profissionais e equipes de saúde que realizam atendimentos aos adolescentes. Durante o processo coletivo ou individual, faz-se necessário o desenvolvimento de relações de empatia, o que oportunizará a constituição de vínculos e compromissos<sup>(15)</sup>.

A adolescência deve ser considerada como um período em que o adolescente é convidado a participar, dinamicamente, da construção do seu projeto de vida. Neste processo, a família, o grupo de amigos, os valores, a experiência e a experimentação de novos papéis tornam-se importantes nas relações do adolescente com o mundo<sup>(16)</sup>.

Com efeito, ressaltamos a importância de incluir o adolescente no serviço de saúde como sujeito participativo do seu desenvolvimento, fazendo com que estes tenham a capacidade de se reconhecerem como sujeitos de sua saúde e transformação.

#### **IC/DSC V — Queixas dos adolescentes acerca da assistência ao planejamento familiar relatadas às enfermeiras**

*Na verdade eles reclamam da dificuldade de acesso devido ao horário das consultas, muitos não conseguem conciliar o horário com a escola ou trabalho. Outra queixa é com relação à falta dos métodos existentes, que acaba por gerar poucas opções de escolha, e pela falta do profissional no dia marcado para a consulta, principalmente as meninas, porque elas acabam não pegando os comprimidos, tendo que remarcar as consultas ou passar por outros profissionais em outros horários, tornando o atendimento demorado, fragilizando a organização do serviço neste sentido.*

De acordo com o DSC V, observa-se que a organização do serviço de planejamento familiar voltado ao adolescente ainda é precária, o que pode levar a não-adesão destes adolescentes ao serviço de saúde. Além disso, a ausência dos métodos contraceptivos é uma preocupação constante entre estes jovens.

A organização do processo de trabalho é de grande relevância para o estabelecimento das rotinas a serem realizadas. Desta forma, considera-se importante o estabelecimento de um fluxograma que permita representar o serviço de saúde, incluindo-se aí o atendimento de planejamento familiar ao adolescente. Isto contribui tanto como elemento facilitador da

movimentação do adolescente na unidade de saúde, quanto para a equipe de saúde, servindo de instrumento de visualização do cotidiano, sendo útil para avaliar diversas situações e auxiliar no planejamento e execução das atividades deste processo<sup>(15)</sup>.

Em relação ao fluxograma de atendimento, recomenda-se que os novos adolescentes, ao ingressarem no programa de planejamento familiar da unidade básica de saúde, sejam encaminhados ao grupo educativo, que deve funcionar sistematicamente e, em seguida, para a Consulta de Enfermagem que inclui a orientação individual e/ou do casal, de preferência. Encaminhamentos médicos serão feitos de acordo com a necessidade individual. Se possível, a primeira consulta deverá ser realizada no mesmo dia da escolha do método, entretanto, caso não seja possível, o adolescente deverá receber atendimento individual, dado pela Enfermagem ou médico, de modo a garantir algum tipo de atenção no seu primeiro contato com o serviço<sup>(4)</sup>.

Com relação à ausência de métodos, como já expresso anteriormente, é de primordial importância a disponibilidade de todos os métodos aprovados pelo Ministério da Saúde nas unidades de saúde, para que a escolha aconteça de forma livre e consciente.

### **IC/DSC VI — Início da vida sexual dos adolescentes X busca por orientação anticoncepcional**

*Todos já haviam iniciado a vida sexual. Em toda a minha vida de PSE, eu nunca vi nenhum adolescente vir para o planejamento familiar antes de iniciar sua vida sexual, mesmo porque muitos deles nem sabem o significado de planejamento familiar, ele acham que é vir e pegar o comprimido ou a camisinha, como eles mesmos afirmam. O máximo que eu já presenciei foi eles virem após terem tido a primeira relação sexual.*

O DSC VI evidencia o risco destes adolescentes à gravidez precoce e DST. A maioria dos adolescen-

tes procura a unidade para iniciar o uso do método contraceptivo após a ocorrência de gestação ou da exposição a fatores de risco. Por isso, é crucial que estes jovens recebam informações adequadas relativas à sexualidade e a assuntos direta ou indiretamente ligados a isto, sendo a educação em saúde estratégia indispensável para se alcançar este objetivo.

Para o Ministério da Saúde, a educação em saúde é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde sexual e reprodutiva para garantir a escolha livre e informada do método anticoncepcional. As ações educativas devem estimular mulheres e homens, adultos e adolescentes, ao próprio conhecimento e auto cuidado, fortalecendo a auto-estima e a autodeterminação, contribuindo, desta forma, para que eles possam exercer seus direitos sexuais e reprodutivos<sup>(4)</sup>.

Todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial a sua prática o próprio reconhecimento como sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários como sujeitos em busca de autonomia. Por outro lado, os profissionais de saúde não encaram como sua a tarefa de participar na formação dos jovens, limitando-se ao atendimento de acordo com sua área de competência técnica<sup>(12)</sup>.

Sabe-se que, quanto mais cedo ocorre o início da atividade sexual, maiores são as chances de se engravidar, seja pela vulnerabilidade dessas adolescentes, em razão da falta de contraceptivos, pelo desconhecimento de práticas preventivas ou em virtude do possível não-fortalecimento emocional, podendo fazer com que estas meninas aceitem as chantagens que seus parceiros muitas vezes fazem como prova de sua afetividade<sup>(17)</sup>. Daí a necessidade de estratégias que visem à educação destes jovens, como forma de orientá-los e informá-los com relação à sexualidade, conhecimento do corpo, questões de gênero, vulnerabilidade à DST/HIV, violência e direitos sexuais e reprodutivos, a fim de que estes sejam conscientes, seguros e preparados para assumir suas responsabilidades, embasados em

informações adequadas, que os torne aptos a superar os desafios que cercam sua realidade.

### **IC/DSC VII — Estratégias para a captação dos adolescentes para o atendimento de planejamento familiar**

*A estratégia mais utilizada de captação é a busca ativa realizada pelas ACS. O ideal seria a formação de grupos, porém isso não acontece, pois falta tempo, espaço físico adequado para estas atividades e interesse por parte dos jovens. Durante as consultas tento abranger o planejamento familiar, a prevenção de DST e a realização do exame preventivo, através de atividades educativas nas escolas e na comunidade, com apoio de algumas ONG.*

O DSC VII destaca a importância da captação destes jovens mediante a busca ativa, a necessidade da formação de grupos de adolescentes e a realização da educação em saúde como estratégia para diminuir os riscos a que estes jovens estão expostos.

A captação envolve diferentes estratégias, entre elas a busca ativa dos potenciais usuários do serviço, não se limitando apenas ao atendimento da demanda espontânea, sendo as Agentes Comunitárias de Saúde — ACS um dos principais instrumentos utilizados para a realização destas ações. Outra estratégia também empregada e recomendada é a formação de grupos educativos, nos quais seja possível trabalhar de forma educativa questões relacionadas ao planejamento familiar, com o objetivo de promover a escolha livre e informada dos métodos contraceptivos pelos adolescentes<sup>(4)</sup>. Esta modalidade de grupo, na qual quem ensina aprende e quem aprende ensina, é muito válida, pois, assim como a educação, a formação de grupos deve ser algo permanente, inacabado, constante e dinâmico, onde ao jovem seja permitida a participação como agente da sua transformação<sup>(18)</sup>.

As ações educativas, independentemente da metodologia adotada, devem manter o caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências

baseadas nas vivências de cada indivíduo do grupo, contribuindo, assim, com o fortalecimento das relações entre os participantes e com os vínculos entre usuários e profissionais de saúde.

### **IC/DSC VIII — A percepção da enfermeira acerca da existência de barreiras no serviço que possam dificultar o atendimento aos adolescentes**

*Eu acho que as barreiras já começam no atendimento ao adolescente. Eles têm vergonha, são tímidos e precisam que as pessoas entendam isso. Alguns aspectos contribuem para isto, como: medo de serem reconhecidos pelos servidores da unidade; talvez haja menos profissionais fazendo a busca ativa do que o necessário; falta de insumos; dificuldade de acesso e o espaço físico também são barreiras existentes no serviço. Outro aspecto importante é a organização do serviço, que deve ser capaz de atender esta clientela.*

Segundo o DSC VIII, as profissionais identificam a existência de barreiras no atendimento de planejamento familiar ao adolescente, porém parecem não conseguir transpor estas barreiras, o que pode levar ao comprometimento do atendimento destes jovens.

Compreendemos que identificar barreiras é um bom começo para as enfermeiras entrevistadas proporem mudanças no serviço, porém é necessário que estratégias sejam criadas para a superação destas dificuldades. Para que isto ocorra de forma efetiva, é necessário a participação e o envolvimento de todos aqueles que colaboram para que o atendimento ao adolescente aconteça, desde sua chegada à unidade até a entrega do método e o agendamento do seu retorno. Esta conscientização por parte de todos os profissionais envolvidos poderá refletir uma valiosa mudança de comportamento, podendo levar a maior qualificação do atendimento direcionado a estes jovens e, conseqüentemente, a um aumento da adesão dos adolescentes ao serviço de saúde.

## IC/DSC IX — Sugestões das enfermeiras para tornar o atendimento mais eficaz

*Seria importante montar grupos voltados, especificamente, aos adolescentes para que pudéssemos falar a respeito dos assuntos que influenciam sua saúde, como drogas, DST, gravidez, entre outros, e reforçar nossos vínculos com estes jovens. Poderíamos trabalhar com outros profissionais em uma equipe multiprofissional. É preciso aumentar a captação por busca ativa e não ficar esperando apenas a demanda espontânea, procurar aqueles que não nos procuram. Disponibilizar os métodos existentes e reorganizar os horários para facilitar o acesso destes adolescentes também é uma sugestão. Outro aspecto importante é melhorar o conhecimento que se tem da área adscrita. Isso iria me ajudar a planejar melhor as minhas ações, saber quem eu devo atingir, o que eu posso fazer e como eu posso fazer.*

Com base neste DSC IX, denota-se o reconhecimento, por parte das profissionais, da necessidade da formação dos grupos de adolescentes, da atuação multiprofissional da equipe de saúde, do aumento da captação da busca ativa, não só pelas ACS, como também pelos demais profissionais da Estratégia Saúde da Família (médicos e enfermeiros), assim como da organização do serviço, disponibilidade de todos os métodos contraceptivos e apropriação da área adscrita para o planejamento das ações.

Considerando as características próprias dos adolescentes e jovens em procurar no grupo e, entre seus pares, a sua identidade individual, grupal e social e as respostas para as suas ansiedades, podemos concluir que o atendimento em grupo é uma das melhores formas de acompanhar e entender a expressão de seus problemas, dúvidas e buscas, encontrando uma solução no próprio grupo ou por meio dele. A utilização de uma metodologia lúdica e participativa favorece a participação dos adolescentes, contribuindo para a reflexão e o aprendizado. Assim sendo, os adolescentes têm a possibilidade de se integrar no processo educativo com suas vivências, colocações,

valores e opiniões, não recebendo modelos prontos, mas um espaço para a problematização e reflexão, valorizando, assim, o seu papel de participante do grupo e fortalecendo sua autoestima<sup>(15)</sup>.

Pensamos que o atendimento grupal dos adolescentes constitui uma forma privilegiada de facilitar a expressão de seus sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para seus problemas, conduzindo em direção a uma ação mais participativa e também responsável. Igualmente importante é a necessidade de se realizar ações educativas com suporte nas necessidades identificadas no próprio grupo e nas características epidemiológicas, sociais e culturais destes adolescentes e da sua comunidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento ao planejamento familiar de adolescentes acontece de forma não específica salientando-se a necessidade deste serviço estar preparado para receber estes jovens e prestar-lhes uma assistência adequada, baseada nas suas necessidades e na realidade social, cultural e epidemiológica.

A atenção ao planejamento familiar nos CSF cujos enfermeiros participantes atuam caracteriza-se pela indisponibilidade de vários métodos contraceptivos aprovados pelo Ministério da Saúde, o que compromete a livre escolha destes jovens, a qual deve se basear na opção pelo uso, por parte dos adolescentes, assim como nas suas características fisiológicas.

A falta de adolescentes nos serviços de saúde, inseridos no programa de planejamento familiar foi observada durante as visitas às unidades. A presença de adolescentes do sexo masculino nem sequer pôde ser constatada nestes momentos, apesar de as enfermeiras relatarem a participação deles no programa. Tal fato expõe a necessidade de serem implementadas estratégias de educação em saúde que envolvam essa clientela, como também do estreitamento de vínculos entre usuários e profissionais. A formação de grupos

de adolescentes é benéfica neste sentido, pois permite a troca, o crescimento, a educação para a cidadania, o respeito pela sua autonomia e a possibilidade de elaboração de novos saberes, tanto para os jovens quanto para a equipe de saúde.

Outro aspecto a ser evidenciado é a organização do serviço de planejamento familiar ao adolescente, que ainda é precária, o que pode comprometer a adesão destes adolescentes ao serviço de saúde. Para garantir a adesão, o retorno e o acompanhamento dos usuários inseridos no programa de planejamento familiar, é fundamental melhorar o acesso e reduzir o tempo de espera para o atendimento assistencial destes adolescentes. A pouca organização, a demora no atendimento e a escassez de métodos contraceptivos causam insatisfação no usuário, fazendo com que este perca a credibilidade no serviço de saúde, contribuindo para sua evasão.

Com este trabalho, vislumbramos não só conhecer a assistência prestada ao adolescente no planejamento familiar, sob a ótica destes enfermeiros, como também, esperamos ter contribuído para uma reflexão das profissionais entrevistadas sobre a prática da assistência voltada aos adolescentes.

Merece destacar a implicação deste estudo para o enfermeiro, no que se refere ao seu papel no âmbito da Estratégia Saúde da Família, especificamente ao atendimento do adolescente, pelo fato de representar um público que demanda atendimento diferenciado dado as características já citadas no estudo.

Sugerimos que esse mesmo estudo seja desenhado sob a ótica do adolescentee recomendamos a utilização da pesquisa-ação, realizada em estreita associação com uma ação, com o intuito de dar encaminhamento a um problema coletivo. A partir dos resultados apresentados e discutidos com os profissionais e gestores dos centros de saúde, poder-se-ia traçar um projeto de intervenção para implementar o atendimento em planejamento familiar ao adolescente, construído coletivamente nas rodas de gestão.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de saúde do adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Bié APA, Diógenes MAR, Moura ERF. Planejamento familiar: o que os adolescentes sabem sobre este assunto. *Rev Bras Prom Saúde*. 2006; 19(3):125-30.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência em Planejamento Familiar: manual para o gestor. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Belo MAV, Silva JLP. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(4):479-87.
7. Marciano E, Chao GF, Chao OWH, Câmara PO, Monego ET. Influências e motivações na exposição à gravidez na adolescência. Axixá do Tocantins, 2003. *Rev UFG [periódico na Internet]*. 2004 [citado 2009 mar 17]; 6(n.esp.). Disponível em: [http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/familia/M\\_influencias.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/M_influencias.html).
8. Davim RMB, Germano RM, Menzes EMV, Carlos DJD. Adolescente/Adolescência: Revisão Teórica sobre uma fase crítica da vida. *Rev Rene*. 2009; 10(2):131-40.
9. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
10. Figueredo NMA. Método e metodologia na pesquisa científica. São Paulo: Difusão; 2004.



11. Lefevre F, Lefebvre AMC. Sujeito coletivo que fala. *Interface — Comunic Saúde Educ.* 2006; 10(20):517-24.
12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portal da Saúde [Internet]. [citado 2009 maio 15]; Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1265](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1265).
13. Prefeitura Municipal de Fortaleza (CE). Portaria nº. 085/2007. Diário Oficial do Município de Fortaleza. [citado 2007 jun 01]; Disponível em: [http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=42&Itemid=99999999](http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=42&Itemid=99999999).
14. Moura ER, Silva RMS. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(2):150-6.
15. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (CE). Normas operacionais para as equipes de saúde da família. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; 2003.
16. Ximenes Neto FRG, Dias MAS, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(3):279-85.
17. Busanello J, Silva M R S, Oliveira A M N. Sexualidade na adolescência: realidade de uma comunidade rural. *Rev Rene.* 2009; 10(1):62-71.
18. Pereira QLC, Silva CBDCA, Pelzer MT, Lunardi VL, Siqueira HCH. Processo de (Re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enferm.* 2007; 16(2):320-5.

**RECEBIDO:** 01/02/2010

**ACEITO:** 13/07/2010

## ESTUDO DAS INDICAÇÕES DE PARTO CESÁRIO EM PRIMIGESTAS NO MUNICÍPIO DE BARBALHA-CEARÁ

### STUDY OF THE INDICATIONS FOR CESAREAN DELIVERY IN PRIMIPAROUS IN BARBALHA-CEARÁ

### ESTUDIO DE LAS INDICACIONES DE PARTO POR CESÁREA EN PRIMIGESTAS EN EL MUNICÍPIO DE BARBALHA-CEARÁ

DAYANNE RAKELLY DE OLIVEIRA<sup>1</sup>  
MOZALINA KELLY PEREIRA CRUZ<sup>2</sup>

Objetivou-se analisar indicações de cesariana em primigestas usuárias do Sistema Único de Saúde. Estudo descritivo, documental e quantitativo realizado em prontuários hospitalares (n=123) dos partos ocorridos entre janeiro e dezembro de 2008 em um hospital de referência obstétrica em Barbalha/CE. Observou-se na amostra, faixa de idade entre 14 e 39 anos, sendo que 56,10% eram casadas, 73,98% residiam na zona urbana, 47,97% possuíam de 8 a 11 anos de estudo, 39,84% eram estudantes e 32,52% agricultoras. E ainda, que 58,54% realizaram no mínimo sete consultas de pré-natal e 90,24% tinham idade gestacional no momento do parto entre 37 e 41 semanas. Dentre as indicações de parto cesáreo, a doença hipertensiva específica da gravidez representou 22,22%, sendo a complicação gestacional mais prevalente, e a desproporção cefalopélvica 36,67%, enquanto complicação do trabalho de parto. As indicações para cesárea foram coerentes com a literatura, fato que favorece o perfil de saúde materno-infantil do município.

**DESCRIPTORIOS:** Cesárea; Conduta de Saúde; Perfil de Saúde.

It analyzes indications for cesarean section in primigravida e users of the Unified Health System. A descriptive, document and quantitative study was applied, and conducted with hospital records (N = 123) between January and December 2008 at a referral hospital in obstetrics in Barbalha / CE. We observed in the sample, ages between 14 and 39 years old, and 56.10% were married, 73.98% lived in urban areas, 47.97% had between 8 and 11 years of study, 39.84% were students and 32.52% farmers. And yet, that 58.54% had at least seven prenatal care and 90.24% had gestational age at delivery between 37 and 41 semanas. Among the indications for cesarean section, the hypertensive disorders of pregnancy accounted for 22.22% and the pregnancy complication prevalent, and cephalopelvic disproportion 36.67%, while complication of labor. The indications for cesarean section were consistent with the literature, a fact that favors the profile of maternal and child health in the city.

**DESCRIPTORS:** Cesarean Section; Health Behavior's; Health Profile.

El objetivo fue analizar indicaciones de cesárea en primigestas usuarias del Sistema Único de Salud. Estudio descriptivo, documental y cuantitativo realizado en los historiales médicos hospitalarios (N = 123) de los partos ocurridos entre enero y diciembre de 2008 en un hospital de referencia obstétrica en Barbalha/CE. Se ha observado en la muestra, edades entre 14 y 39 años, siendo que un 56,10% estaba casada, un 73,98% vivía en la zona urbana, un 47,97% tenía de 8 a 11 años de estudio, un 39,84% era estudiante y un 32,52% campesinas. Y también, que un 58,54% realizó al menos siete consultas prenatales y un 90,24% tenía edad gestacional en el momento del parto entre las 37 y 41 semanas. Entre las indicaciones de cesárea, la hipertensión inducida por el embarazo representó un 22,22%, siendo la complicación del embarazo más frecuente; y la desproporción céfalo- pélvica un 36,67%, como complicación del trabajo de parto. Las indicaciones para cesárea fueron coherentes con la literatura, lo que favorece el perfil de salud materno- infantil del municipio.

**DESCRIPTORES:** Cesárea; Conducta de Salud; Perfil de la Salud.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Bioprospecção Molecular pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Docente do Departamento de Enfermagem da URCA. Brasil. E-mail: ccbs@urca.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Graduada pela URCA. Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, 1161 — Pimenta — Crato-Ceará. CEP: 63.100.000. Brasil. E-mail: dayanne\_rakelly@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A cesárea é um procedimento cirúrgico que, quando bem indicado, tem papel fundamental na obstetrícia moderna como redutor da morbidade e mortalidade perinatal e materna. Tem-se questionado, cada vez mais, um aumento de cesáreas sem indicação precisa, pois, sabe-se que comparativamente ao parto normal, esta se associa a maiores complicações. Isso tem sido responsável por uma banalização do procedimento, como se fosse simples e inócuo<sup>(1)</sup>.

O Brasil está na lista dos países recordistas em partos cesarianos no mundo. Anualmente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são realizados 2,3 milhões de partos e 80% desses são cirúrgicos, fato preocupante tendo em vista que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma taxa aceitável entre 10 e 15 %<sup>(1)</sup>.

É possível observar que vários são os motivos que contribuíram para o aumento do número de cesáreas. Inicialmente, as cesarianas eram realizadas, sobretudo, por distocia mecânica, desproporção cefalopélvica e más apresentações do feto. Devido à segurança do procedimento e também para minimizar a morbimortalidade perinatal, as indicações alargaram-se. Assim, tem-se que, na atualidade, outras indicações são freqüentes como: cesárea anterior, feto não-reativo, apresentação pélvica, gestante portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana — HIV. Com a elevação no número de cesarianas primárias em pacientes jovens, as cesarianas repetidas aumentaram contribuindo hoje com 15 a 45% de todos os nascimentos<sup>(2)</sup>.

Vários fatores estão associados à realização do parto cesáreo como a condição financeira privilegiada das mulheres, a laqueadura tubária, a carência de enfermeiras obstétricas nas maternidades e de preparo no pré-natal para o parto vaginal fazendo com que as mulheres muitas vezes optem pela cesariana eletiva por medo de sentir dor e por acharem que o parto vaginal irá alterar a estrutura de sua genitália<sup>(3)</sup>.

A posição ocupada pelo Brasil atualmente, como um dos países com as maiores taxas de cirurgias cesarianas, é reflexo do processo de medicalização do corpo feminino que ocorreu e vem ocorrendo ainda hoje<sup>(4)</sup>.

Observa-se uma unanimidade quanto à ideia de que o incremento das cesarianas não ocorra apenas por razões médicas, sendo relacionada a diversos fatores psicossociais. Isto parece mais evidente em países em desenvolvimento. Diversos aspectos não médicos estão envolvidos sendo eles, os socioeconômicos, as preocupações ético-legais, a cesariana a pedido, as características psicológicas e culturais das pacientes e dos médicos<sup>(5)</sup>.

A participação do profissional médico como promotor de uma cultura intervencionista foi destacada, em estudo nacional realizado com puérperas, de clínicas privadas e públicas. De acordo com o estudo, três em quatro das primíparas do setor privado e oito em dez do setor público que tiveram o parto cirúrgico, gostariam de ter tido partos vaginais. O estudo traz situações éticas e polêmicas como a de que o obstetra promoveria os medos da parturiente associados ao parto e superestima segurança da cesariana, em função de seus interesses<sup>(5)</sup>.

Considerando a problemática da cesareana no Brasil, considerou-se relevante investigar, mais precisamente, em um serviço de alta complexidade obstétrica no município de Barbalha, Ceará, interior do Estado, o qual é referência para municípios adjacentes, as indicações de parto cesáreo em primigestas usuárias do Sistema Único de Saúde pertencentes ao município de Barbalha-CE, acreditando-se na necessidade de conhecimento e aproximação com a realidade para elaboração de estratégias à saúde materna e neonatal, bem como no sentido de comparar essas indicações em um serviço com as descritas na literatura.

Dessa forma, as questões norteadoras do estudo foram: quais as principais indicações de parto cesariano em primigestas usuárias do SUS em serviço de referência no município de Barbalha/CE? Qual a correlação existente entre as indicações obstétricas para cesariana na literatura e àquelas que conduziram ao parto cesariano em primigestas do município de Barbalha/CE?

O interesse pelo estudo se deu a partir da observação da ocorrência de um elevado número de cesáreas nas instituições nas quais ocorrem os estágios da disciplina de Saúde da Mulher, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri-URCA, interior do estado do Ceará. Assim, elegeu-se um serviço de alta complexidade obstétrica.

Acredita-se que o estudo apresenta sua relevância, a princípio, pelo não conhecimento de nenhum trabalho semelhante no serviço de maternidade investigado. Além disso, esse serviço atua como referência obstétrica para a região do Cariri — Ceará, apostando-se, portanto, que este possa vir a ter um papel fundamental no sentido de favorecer uma aproximação com a realidade local e a partir desta, que possam ser desenhadas estratégias para a saúde loco — regional.

Portanto, objetivou-se analisar as indicações de cesariana em primigestas usuárias do Sistema Único de Saúde — SUS.

## METODOLOGIA

Empregou-se um estudo descritivo, documental, de natureza quantitativa realizado em um hospital filantrópico conveniado ao Sistema Único de Saúde, de referência obstétrica, localizado no município de Barbalha-CE.

Foram investigados prontuários, pertencentes ao arquivo hospitalar, de primigestas cesareadas entre os meses de janeiro a dezembro de 2008, totalizando-se uma amostra de 123 prontuários para este período.

Para composição da amostra, utilizou-se o critério temporal tendo em vista que a totalidade dos prontuários das pacientes primigestas que se submeteram à cesariana no período estudado representou objeto de investigação. É importante enfatizar que o estudo abordou primigestas, visto que se pretendeu excluir da amostra pacientes previamente submetidas a parto cesáreo, para que a indicação de cesariana prévia não fosse contemplada. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2009, a partir de formulário elaborado

contemplando as variáveis estudadas: socioeconômicas e demográficas, variáveis obstétricas — número de consultas de pré-natal e idade gestacional no momento do parto e ainda, as indicações para parto cesáreo.

Os dados foram dispostos em tabelas e analisados pela estatística descritiva, utilizando-se do Programa Microsoft Office Excel 2003 sendo apresentados em números absolutos e percentuais. A pesquisa respeitou a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(6)</sup> que dispõe sobre investigações envolvendo seres humanos e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ) sob o número do protocolo: 2009/0342.

## RESULTADOS

Em um primeiro momento são apresentadas as características sociais da amostra investigada seguida da explanação sobre as indicações obstétricas descritas nos prontuários. Assim, a tabela 1 demonstra as variáveis: faixa etária, raça e estado civil, sendo possível observar que cinqüenta (40,64%) mulheres possuíam entre 20 e 25 anos de idade, setenta e uma (57,72%) se autodefiniram como pardas e sessenta e nove (56,10%) eram casadas.

**Tabela 1** — Distribuição de primigestas cesareadas de acordo com a faixa etária, a raça e o estado civil. Barbalha, Ceará, Brasil, 2008

Variáveis	n (123)	%
Faixa Etária		
14 a 19	46	37,40
20 a 25	50	40,64
26 a 30	11	8,95
31 a 39	16	13,01
Raça		
Branca	51	41,47
Parda	71	57,72
Sem identificação	1	0,81
Estado Civil		
Casada	69	56,10
Solteira	54	43,90

Na tabela 2, apresentam-se as variáveis geográficas, nível de escolaridade e ocupação. Desse modo, aponte-se que noventa e uma (73,98%) mu-

Iheres residiam na zona urbana, que cinquenta e nove (47,97%) possuíam de 8 a 11 anos de estudo e quarenta e nove (39,85%) eram estudantes e quarenta (32,52%) agricultoras.

**Tabela 2** — Distribuição de primigestas cesareadas de acordo com a área demográfica, o nível de escolaridade e a ocupação. Barbalha, Ceará, Brasil, 2008

Variáveis	n (123)	%
Área Geográfica		
Zona Urbana	91	73,98
Zona Rural	32	26,02
Nível de Escolaridade*		
De 8 a 11	59	47,97
12 e mais	39	31,70
De 4 a 7	19	15,45
De 1 a 3	6	4,88
Ocupação		
Estudante	49	39,85
Agricultora	40	32,52
Do lar	18	14,64
Outras	6	4,85
Professora	4	3,25
Secretária	2	1,63
Vendedora	2	1,63
Recepcionista	2	1,63

\* Intervalos elaborados a partir da declaração de nascido-vivo constante nos prontuários.

Os dados referentes ao número de consultas pré-natais e a idade gestacional no momento do parto estão dispostos na tabela 3. É possível verificar, portanto, que setenta e duas (58,54%) mulheres realizaram no mínimo sete consultas de pré-natal como também que cento e onze (90,24%) apresentaram idade gestacional no momento do parto entre 37 e 41 semanas.

**Tabela 3** — Distribuição de primigestas cesareadas de acordo com o número de consultas do pré-natal e idade gestacional no momento do parto. Barbalha, Ceará, Brasil, 2008

Variáveis	n (123)	%
Nº. de consultas do pré-natal		
De 1 a 3	3	2,44
De 4 a 6	48	39,02
7 e mais	72	58,54
Idade gestacional no momento do parto		
De 32 a 36	10	8,13
De 37 a 41	111	90,24
42 e mais	2	1,63

A tabela 4 aponta as indicações médicas para cesariana relativas às complicações gestacionais ocorridas, que se deram em 63 das 123 mulheres estudadas.

Assim, verificou-se que a doença hipertensiva específica da gravidez esteve presente em catorze (22,22%) das indicações referentes a complicações gestacionais, constatando-se também que a ruptura prematura de membranas associada ao trabalho de parto juntamente com outras causas representadas por cardiopatia e pericardite, descolamento prematuro de placenta, distensão segmentar e pós-datismo, foram prevalentes, doze mulheres para ambas categorias, representando 19,05% cada uma, e ainda que a pré-eclâmpsia grave associada ao colo desfavorável à indução afetou onze mulheres, correspondendo a (17,46%) das indicações por complicações da gestação.

**Tabela 4** — Distribuição de primigestas cesareadas de acordo com a indicação para o parto cesáreo, secundária a complicações gestacionais. Barbalha, Ceará, Brasil, 2008

Variável	n (63)	%
Indicação para o parto cesáreo		
Doença hipertensiva específica da gravidez	14	22,22
Ruptura prematura de membranas + trabalho de parto	12	19,05
Outras causas	12	19,05
Pré-eclâmpsia grave + colo desfavorável à indução	11	17,46
Oligoâmnio	6	9,52
Parto cesáreo de alto risco	4	6,35
Ruptura prematura de membranas + desproporção cefalopélvica	2	3,17
Sofrimento fetal + doença hipertensiva específica da gravidez	2	3,17

As indicações para o parto cesariano referentes às complicações do trabalho de parto e parto estão descritas na tabela 5. Identificou-se, portanto, que o maior quantitativo de mulheres, vinte e duas (36,68%) constituiu as que foram cesareadas por desproporção cefalopélvica associada ao trabalho de parto. Em seguida, teve-se como responsável pela indicação de parto cesáreo, a apresentação anômala na modalidade de pélvica

representando 10% das indicações, bem como, outras causas, representadas, sobretudo, por associações de distocias fetais com pré-eclâmpsia e oligoâmnio.

Ainda em relação às complicações do parto, merecem destaque às associadas às distocias de progressão (8,34%) e às relativas ao trabalho de parto e parto com sofrimento fetal, as quais estiveram presentes em três condições: sofrimento fetal (6,67%), sofrimento fetal + desproporção cefalopélvica (5%) e sofrimento fetal + presença de mecônio espesso (3,33%).

**Tabela 5** — Distribuição de primigestas cesareadas de acordo com as indicações para o parto cesáreo associadas a complicações do trabalho de parto e parto. Barbalha, Ceará, Brasil, 2008

Variável	n(60)	%
Indicação para o parto cesáreo		
Desproporção cefalopélvica + trabalho de parto	22	36,68
Apresentação anômala — pélvica	6	10,00
Outras causas	6	10,00
Distocia de progressão	5	8,34
Sofrimento fetal	4	6,67
Sofrimento fetal + desproporção cefalopélvica	3	5,00
Apresentação anômala — córmica	2	3,33
Distocia de colo	2	3,33
Desproporção cefalopélvica + distocia	2	3,33
Pós-datismo + falha de indução	2	3,33
Ruptura prematura de membranas + colo desfavorável a indução	2	3,33
Ruptura prematura de membranas + distocia de colo	2	3,33
Trabalho de parto prolongado	2	3,33

## DISCUSSÃO

Um estudo realizado com quarenta primigestas em Jundiá no ano de 2003 demonstrou que das mulheres que optaram pela cesárea, 75% eram solteiras e 82 % tinham etnia branca. Pode-se associar ainda à preferência pela via de parto normal com o aumento da idade<sup>(7)</sup>. Encontra-se diferença quanto ao estado civil prevalente na amostra investigada na presente pesquisa, o que revela a importância de se conhecer as particularidades de diferentes localidades.

Pesquisa desenvolvida na rede suplementar de saúde do Rio de Janeiro, de outubro de 2006 a janeiro de 2007, com 450 mulheres que tiveram partos

normais e cesáreos revelou que 88,1% realizaram cesariana e ainda, que mais de 90% destas eram casadas ou viviam com o companheiro. Em relação à cor da pele, mais de 50% se autodefiniram como pardas ou negras. A média de idade foi de 28 anos<sup>(8)</sup> demonstrando aproximação aos dados revelados nessa investigação.

Partindo-se para a análise da influência do nível de escolaridade na realização de parto cesáreo encontra-se um estudo transversal baseado em dados relativos a 99,2% dos partos ocorridos na maternidade de um hospital universitário em Florianópolis (SC) entre 2001 e 2005, o qual pode revelar que a taxa de cesariana é maior entre as mulheres com escolaridade acima do ensino médio<sup>(9)</sup>.

Estudo desenvolvido na cidade de Campinas-SP o qual investigou os fatores associados à cesariana identificou que 80,4% das mulheres cesareadas tinham 12 ou mais anos de estudo e ainda que 69,8% mencionaram ocupação remunerada, sendo a idade prevalente superior aos 35 anos, para 70,4% das mulheres. Identificou-se ainda que para maioria o número de consultas pré-natais foi maior que sete, em 60,9% das estudadas<sup>(10)</sup>.

Nesse sentido, a presente investigação pode verificar correlação com os dados de estudos semelhantes no que diz respeito aos anos de estudo, tendo em vista que a maioria das pacientes avaliadas possuía acima de oito anos de estudo (47,97%); ao número de consultas de pré-natal, grande parte da amostra realizou mais de sete consultas (58,54%). No tocante à ocupação, a maioria (54,49%) não exerciam atividade remunerada.

A associação entre a escolaridade e a escolha da via de parto foi observada também em estudo que constatou que dentre as mulheres com primeiro grau completo, 8% eram adeptas ao parto cesáreo, ao passo que nas mulheres com segundo grau completo essa taxa foi de 11%<sup>(7)</sup>.

Parece existir, portanto, uma cultura de cesáreas, ou preferência por esse tipo de parto, estando

fortemente associada à escolaridade da mulher, aumentando diretamente com os anos de estudo. E ainda afirma ser mais freqüente em hospitais privados e em regiões de maior renda, cujas gestantes têm melhores condições sociais e de saúde, apresentando, em princípio, um menor risco gestacional<sup>(3)</sup>.

A renda é outra variável que se relaciona diretamente com os índices de cesárea. Desse modo, uma investigação<sup>(8)</sup> aponta que mais de 60% das pacientes cesareadas entrevistadas declararam ter ocupação remunerada, observou-se ainda que a maior parte das mulheres informou ter renda familiar entre dois e cinco salários mínimos.

Tendo em vista que essa investigação não abordou mulheres da rede suplementar de saúde, mas sim, apenas usuárias do Sistema Único de Saúde, observa-se um perfil diferente quanto à renda, muito embora não se tenha investigado essa variável, como a maioria das mulheres afirmaram trabalhar na agricultura, pode-se inferir renda inferior à encontrada no estudo exposto acima.

Outras avaliações demonstram que mais de 60% de mulheres cesareadas declararam ter ocupação remunerada, e ainda que a maior parte destas possuem renda familiar entre dois e cinco salários mínimos<sup>(8)</sup>.

De um modo geral, pode-se inferir que o quantitativo de consultas pré-natais realizadas pela maioria da amostra investigada se encontra em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde<sup>(11)</sup>. E assim, supõe-se que provavelmente as cesarianas realizadas pelo SUS nas primigestas, na instituição avaliada, apresentam indicações compatíveis com as descritas na literatura, no momento em que se aceita a associação entre realização de pré-natal, inclusive número de consultas e diminuição de morbidades na gestação.

Essa correlação entre assistência pré-natal, número de consultas e melhoria nos indicadores maternos e perinatais vem sendo demonstrada no Brasil através do incremento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, o

qual aumentou de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005<sup>(11)</sup>.

É possível correlacionar e confrontar algumas variáveis descritas no presente estudo com uma investigação realizada em Santa Catarina, Florianópolis, nos anos de 2002 e 2004, avaliando-se os fatores associados à cesariana, o qual identificou prevalência desta em mulheres acima de 35 anos, com escolaridade de ensino médio e superior, idade gestacional inferior a 37 semanas, número de consultas pré-natais superior a sete e apresentação não-cefálica<sup>(12)</sup>.

Quanto à análise das indicações obstétricas de parto cesariano, esta foi organizada de modo que em um primeiro momento serão descritas as indicações de cesarianas secundárias a complicações gestacionais seguidas da descrição sobre as indicações relacionadas às complicações do trabalho de parto e parto.

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia continua sendo a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com seqüelas caso sobrevivam aos danos da hipóxia cerebral<sup>(12)</sup>.

A presença de hipertensão arterial associada à gravidez, nas suas diversas formas clínicas, está associada ao maior risco de operação cesariana. Estudo retrospectivo realizado em 1997 verificou que o risco de cesárea nas pacientes com pré-eclâmpsia foi o dobro daquelas sem hipertensão arterial associada à gravidez, sendo que 21,1% das pacientes foram submetidas à cesariana apenas por indicação da pré-eclâmpsia, principalmente quando a forma grave da doença estava presente<sup>(13)</sup>.

Nesse contexto, as doenças hipertensivas da gestação constituíram maioria dentre as indicações de cesariana na presente pesquisa, o que pode afirmar a prevalência dessa complicação e sua associação com a maior ocorrência de parto abdominal.

A Ruptura Prematura de Membranas — RPM é uma das complicações mais comuns da gravidez e tem importante impacto na morbidade e mortalida-

de perinatal. Sua ocorrência é responsável, direta ou indiretamente, por grande número de partos prematuros, tornando a gestação uma situação de risco, incrementando a necessidade de ressuscitação neonatal na sala de parto<sup>(14)</sup>.

Pesquisa realizada em São Luís, Maranhão demonstrou que as principais indicações de parto cesáreo em uma maternidade pública foram desproporção cefalopélvica (39,4%), hipertensão gestacional (29,6%) e sofrimento fetal (25,4%)<sup>(15)</sup>, demonstrando-se associação com os dados encontrados nesse estudo, fato elucidado pela presença da hipertensão gestacional e suas complicações, tais como, o sofrimento fetal, e ainda, a desproporção cefalopélvica que esteve envolvida nas indicações de cesárea.

Demonstra-se associação direta entre a apresentação não-cefálica e maior risco de cesariana, estando presente em uma boa parte dos partos abdominais<sup>(9)</sup> o que também pode ser observado nesta pesquisa. Atualmente, a apresentação pélvica representa uma das indicações mais comuns de parto cesáreo estando presente em 11% destas, sendo ainda que a quase totalidade dos fetos em apresentação pélvica nascem por via abdominal<sup>(16)</sup>.

Assim, as complicações que mais indicaram a realização do parto cesáreo em primigestas, conforme evidenciado nesse estudo foi a desproporção cefalopélvica, a doença hipertensiva específica da gestação, a ruptura prematura de membranas associada ao trabalho de parto, sendo importantes ainda, as apresentações anômalas e o sofrimento fetal.

Nesse contexto, a desproporção cefalopélvica, se configura em indicação absoluta para parto cesáreo<sup>(16)</sup>. É importante destacar também, a associação existente entre complicações da síndrome hipertensiva, condição bastante implicada nas indicações para cesárea no presente estudo, e dificuldades enfrentadas pelas mulheres de acesso aos serviços de saúde. Esses elementos podem ainda demonstrar a necessidade de articulação das políticas públicas de saúde da mulher ao contexto real de convivência destas<sup>(17)</sup>.

Dessa feita, é importante salientar que as indicações de cesariana descritas nos prontuários permitem confirmar a hipótese de que estas estiveram associadas a complicações com risco de sofrimento para mãe e/ou feto, logo estas mantêm correlação com as reconhecidas na literatura. Esse achado certamente favorece melhores indicadores maternos e perinatais contribuindo para a diminuição de complicações associadas à cesariana eletiva.

## CONCLUSÕES

As principais indicações de parto abdominal foram as doenças hipertensivas da gestação e a desproporção cefalopélvica.

Os esclarecimentos teóricos levantados neste trabalho apontam para a inexistência de dúvidas sobre a magnitude da cesárea como uma tecnologia apropriada para o manejo de uma série de situações obstétricas específicas que necessitam da interrupção da gestação no sentido de preservar a saúde da mulher ou do feto. Reforçam ainda o perfil de primigestas cesariadas pelo Sistema Único de Saúde no serviço avaliado, o qual evidencia prevalência de mulheres casadas, adultas jovens e residentes na zona urbana, e ainda, com mais de oito anos de estudo. Observou-se também que grande parte da amostra seguiu às recomendações mínimas referentes ao número de consultas pré-natais elencadas pelo Ministério da Saúde. Esse dado reforça a ideia de que as indicações de parto cesáreo entre as pacientes estudadas, mantém relação com a atenção pré-natal ofertada às mesmas, ou seja, o estudo nos leva a crer que houve coerência nos fatores determinantes de cesárea.

Considera-se que é imprescindível avaliações dessa natureza para construção de estratégias de redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Assim, espera-se que este trabalho possa colaborar para o conhecimento sobre o perfil de mulheres cesareadas vinculadas ao Sistema Único de Saúde bem como, demonstrar o cenário das indicações de parto



cesáreo, já que a investigação se deu em um hospital de referência obstétrica, permitindo uma maior aproximação com a realidade.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
3. Barbosa GP, Giffin K, Augusto-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cad Saúde Publica*. 2003; 19(6):1-16.
4. Seibert SL, Barbosa JLS, Santos, JM, Costa OM. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. *Rev Enferm UERJ*. 2005;13: 1-11.
5. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesareana. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(2):1-9.
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em seres humanos. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 supl.):15-25.
7. Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004; 26(10):791-98.
8. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM, et al. Avaliação da demanda por cesariana e da adequação de sua indicação em unidades hospitalares do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
9. Sakae TM, Freitas PF, D'Orsi E. Fatores associados a taxa de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):472-80
10. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(1):34-40.
11. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico do pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2005.
12. Freitas PF, Sakae MS, Jacomino MEMLP. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(5):1051-61.
13. Cabral SALCS, Costa CFF, Cabral Júnior SF. Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação de parto cesáreo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25(10):739-44.
14. Pierre AMMA, Bastos GZG, Orquendo R, Alencar Júnior CA. Repercussões maternas e perinatais da ruptura prematura das membranas até 26ª semana gestacional. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25(2):109-14.
15. Mandarin NR. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(7):1587-96.
16. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Hammes LS, Serrano YLG. Cesariana. In: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JÁ. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre: Guanabara Koogan; 2006. p. 282-301.
17. Carvalho CML, Braga VAB, Silva MJ, Galvão MTG. Assistência à saúde da mulher portadora de HIV/AIDS do Brasil: refletindo sobre as políticas públicas. *Rev Rene*. 2008; 9(3):125-34.

**RECEBIDO:** 15/10/2009

**ACEITO:** 14/06/2010

## AVALIAÇÃO DE USUÁRIOS SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE UM PRONTO SOCORRO\*

*USER'S EVALUATION ABOUT QUALITY OF THE SERVICE IN EMERGENCY CARE UNIT*

*EVALUACIÓN DE USUARIOS SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE UN HOSPITAL DE URGENCIAS*

MAYCON ROGÉRIO SELEGHIM<sup>1</sup>

JÉSSICA ADRIELLE TEIXEIRA<sup>2</sup>

LAURA MISUE MATSUDA<sup>3</sup>

KELLY CRISTINA INOUE<sup>4</sup>

*Estudo que objetivou avaliar sob a ótica dos usuários, a qualidade da estrutura e do processo de atendimento de alguns serviços do Pronto Socorro (PS) de um hospital público de ensino. Participaram 51 usuários, que estiveram internados no PS e aguardavam consulta de Retorno no Ambulatório. Os dados foram coletados de dezembro/2007 a março/2008, através de entrevista usando um questionário e tratados com base nas categorias estrutura e processo, acrescidos da determinação do Índice de Positividade (IP) para cada subitem e, Índice de Positividade Médio para cada item/serviço. Obtiveram IP mais elevados os itens condições de limpeza, alimentação, segurança dos cuidados médicos e de enfermagem e, IP mais baixos, espaço físico, número de trabalhadores, comunicação/interação profissional-cliente. Conclui-se que, no aspecto global, a qualidade dos serviços avaliados é Satisfatória, entretanto, para o alcance do Nível Ideal (máxima qualidade), é preciso melhorar aspectos da estrutura e do modo de atuação dos profissionais.*

**DESCRIPTORIOS:** Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Assistência Hospitalar.

*This study aimed at evaluating under the users view, the quality structure and quality process of some services in an Emergency Care Unit of a university hospital. Fifty-five clients/users took part in the survey when they were admitted in the unit and were waiting for an examination. Data were collected from December 2007 to March 2008, using a questionnaire and treated in the structure and process categories, increased of the Positivity Index (PI) for each sub item and average Positivity Index for each item/service. The items to which was given higher PI were the conditions of cleaning, feeding and safety regarding medical care and nursing; the lower PI was attributed to the physical space, number of workers and communication/interaction between customers and professionals. It was concluded, in the overall aspects that, the quality of services obtained a 'Satisfactory' level, however, to reach the "Excellent" quality (highest quality aspects of the structure and workers' performance), must be improved.*

**DESCRIPTORS:** Quality Assurance, Health Care; Health Services Evaluation; Hospital Care.

*Estudio que planteó como objetivo evaluar desde el punto de vista de los usuarios, la calidad de la estructura y del proceso de atención de algunos servicios del sector de Urgencia de un hospital –escuela público. Participaron 51 usuarios, internados en el servicio de urgencia y aguardaban el retorno a la consulta en el Dispensario. Los datos fueron recogidos entre diciembre 2007 a marzo 2008, mediante entrevista, utilizándose un cuestionario y tratados basados en las categorías: estructura y proceso, acrecentados de la determinación del Índice de Positividad (IP) para cada subtema e, Índice de Positividad Medio para cada ítem/serviço. Obtuvieron IP más elevados los ítems: condiciones de limpieza, alimentación y seguridad de los cuidados médicos y de enfermería e, IP más bajos: espacio físico, número de trabajadores, comunicación/interacción profesional-cliente. Se concluye que, en el aspecto global, la calidad de los servicios evaluados es Satisfactoria, pero, para alcanzar el Nivel Ideal (máxima calidad), es necesario mejorar aspectos relacionados a la estructura y al modo de actuación de los profesionales.*

**DESCRIPTORIOS:** Garantía de la Calidad de Atención de Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Atención Hospitalaria.

\* Estudo resultante do Projeto de Iniciação Científica – PIBIC, "Avaliação da Qualidade dos Serviços de um Hospital Universitário sob a Ótica dos Usuários do Pronto Socorro".

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Ex-bolsista da Fundação Araucária. Endereço: Rua Osvaldo Cruz, 340, AP.309, CEP: 87020-200. Maringá-PR. Brasil. E-mail: mseleghim@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM. Brasil. E-mail: jessicadrielle@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UEM. Brasil. E-mail: Immatsuda@uem.br

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Intensivista do Hospital Universitário de Maringá. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Ingá (UNINGÁ). Brasil. E-mail:kellyelais@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

No ambiente hospitalar, frequentemente são tomadas decisões capazes de definir o limite entre a vida e a morte das pessoas. Desse modo, garantir a qualidade do atendimento é primordial para que a instituição e seus trabalhadores cumpram com a missão de produzir saúde, bem como promover a qualidade de vida daqueles que utilizam os seus serviços.

Apesar de ainda não existir consenso sobre a definição do conceito qualidade, um bem ou serviço de qualidade é aquele capaz de satisfazer às necessidades e expectativas dos consumidores/usuários<sup>(1-2)</sup>.

Para que se realize a avaliação da qualidade na área da saúde, muitas vezes, os profissionais se fundamentam na tríade estrutura, processo e resultado<sup>(2)</sup>. A categoria estrutura se refere ao espaço físico, número de trabalhadores, bem como suporte tecnológico e financeiro; o processo se remete ao cuidado prestado; e, o resultado consiste no estado de saúde do usuário, após o processo de atendimento, tanto quanto o seu nível de satisfação com o atendimento recebido e o conhecimento resultante da experiência vivenciada, dentre outros.

É importante ressaltar que o desempenho técnico, em especial, diz respeito à aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos de acordo com as preferências de cada paciente<sup>(2)</sup>. De outro modo, o relacionamento interpessoal enfoca a humanização do cuidado, como parte da qualidade do atendimento<sup>(3)</sup>, o que exige a reorganização dos serviços, a renovação das práticas de saúde, a reestruturação da ambiência e o provimento dos profissionais e materiais necessários<sup>(4)</sup>.

Ouvir e observar o comportamento dos usuários no ambiente hospitalar é fundamental para a compreensão e melhoria da organização do serviço. Isso porque, a opinião destes pode revelar aspectos em que as suas expectativas não foram plenamente atendidas e assim, auxiliar no direcionamento de

estratégias de melhoria da qualidade do atendimento para maior satisfação do cliente.

No Brasil, apesar de a avaliação da qualidade na saúde ainda não ser realizada de maneira sistemática e sistematizada em grande parte das instituições, já existem instrumentos que possibilitam avaliar o grau de satisfação dos usuários de serviços de saúde e outros itens que também compõem a tríade estrutura, processo e resultado<sup>(2)</sup>. Como exemplo disto, pode-se citar o Questionário de Alta<sup>(1)</sup>.

Destaca-se que, não é recente a preocupação e a discussão acerca da importância de se abordar o usuário como foco central no processo de avaliação da atenção à sua saúde. Apesar disso, em nosso país, a prática de ouvir o usuário necessita ser melhorada, em razão de que a sua opinião pode servir como base para direcionar processos de mudanças que visem à melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

Diante da necessidade de qualificar os serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem empreendido esforços para o aprimoramento da assistência hospitalar à população. Assim, a implementação de programas como o de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, o de Humanização da Assistência, o de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos e de Acreditação Hospitalar, devem ser ressaltados<sup>(5)</sup>.

Ao pensar em qualidade nos hospitais públicos, o Pronto Socorro (PS) merece atenção especial, haja vista que neste serviço, as situações de imprevisibilidade e de estresse estão sempre presentes, podendo ocasionar riscos à saúde dos trabalhadores, diminuição da sua capacidade de executar adequadamente as tarefas e, conseqüentemente, prejuízos à qualidade do cuidado prestado<sup>(6)</sup>.

Ressalta-se que, o PS se destina à prestação de atendimento imediato a pacientes externos em situações de sofrimento, independente de estarem ou não em situação de risco de vida. Preconiza-se que, a permanência máxima neste serviço seja de até 24 horas, para observação e, quando houver necessidade de as-

sistência por período superior, é preciso, então, que estes indivíduos sejam transferidos para unidades de internação<sup>(5)</sup>.

Na busca de informações relativas à qualidade do atendimento de um PS é que se propõe a realização deste estudo cujo objetivo consiste em avaliar, sob a ótica dos usuários, a qualidade da estrutura e do processo de atendimento de alguns serviços/ambientes do PS de um hospital de público de ensino.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo de caráter avaliativo, desenvolvido entre dezembro de 2007 e março de 2008, no PS de um hospital de ensino do interior paranaense, conveniado ao SUS.

A população constou de 51 pacientes/usuários que estiveram internados no PS, se encontravam no período pós- alta hospitalar e aguardavam consulta de retorno no Ambulatório. Outros critérios como idade igual ou superior a 18 anos; tempo de internação no PS de no mínimo 48 horas e; aceitar participar da pesquisa também foi respeitado.

Os dados foram coletados através de entrevista individual, uma vez por semana, no Ambulatório, em local privativo, no momento em que o usuário aguardava o primeiro ou segundo retorno após a alta hospitalar.

O instrumento de coleta de dados se constituiu de duas partes: a primeira, era destinada obtenção de dados pessoais dos sujeitos e a segunda, denominada parte específica, foi adaptada do Questionário de Alta<sup>(1)</sup>.

A parte específica, constituída de quatro itens e diversos subitens, foi respondida por meio das opções “Sim” e “Não”. Em razão de os itens Atendimento e Hospital abarcarem conjuntamente diversos serviços, optou-se por separá-los em: Atendimento do Serviço de Enfermagem; Atendimento do Serviço Médico e Atendimento do Serviço de Nutrição; acrescentando-se às duas possibilidades de respostas, a opção “Não se aplica”.

Previamente à utilização, o questionário foi analisado por cinco enfermeiros docentes e/ou pesquisadores da área hospitalar e três enfermeiros assistenciais, para certificação de que os subitens eram pertinentes à avaliação dos respectivos serviços/ambientes. Posteriormente, o instrumento foi testado na íntegra através de um estudo piloto, por seis clientes de dois hospitais, enquanto aguardavam consulta de retorno no Ambulatório.

De posse dos dados, estes foram compilados e tratados em banco de dados, no programa *Microsoft Excel*. Destaca-se ainda que, para o tratamento dos dados dos subitens/questões da parte específica (segunda parte), determinou-se o Índice de Positividade (IP)<sup>(7)</sup>, utilizando-se a fórmula a seguir:

$$\text{Índice de Positividade (IP)} = \frac{ra}{ra+rn} \cdot 100$$

Em que:

ra = respostas afirmativas;

rn = respostas negativas.

O IP considera o número de respostas afirmativas (Sim) e negativas (Não), obtidas para cada questão. Na situação em que o usuário não estava exposto à condição observada (opção: “Não se aplica”), a resposta foi desconsiderada da análise.

Após obter o IP de cada subitem/questão da parte específica do instrumento, foi calculado o IP Médio de cada um dos cinco serviços e/ou ambientes avaliados, através da média aritmética simples (soma de todos os IP do serviço/ambiente, dividida pelo número de subitens/questões). Nesse caso, sempre que o IP Médio fosse  $\geq 70\%$ , a qualidade do atendimento seria considerada como Satisfatória<sup>(7)</sup>. Quando abaixo deste valor-padrão consistiria em Qualidade Sofrível ( $IP < 70\%$ ); e, Qualidade Ideal se o IP fosse igual a 100%.

O Projeto de Pesquisa deste estudo foi avaliado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá e aprovado sob o Parecer nº 029/2007, CAAE nº 005.0.093.000-07.

## RESULTADOS

### Caracterização da clientela

Dos 51 sujeitos que participaram da pesquisa, 19 (37%) eram do sexo masculino e 32 (63%) do sexo feminino. A faixa etária de maior frequência foi a que estava compreendida entre 40 e 49 anos (27%), seguida daqueles com 60 anos ou mais (26%).

Quanto às características econômicas e de escolaridade, pode-se dizer que a clientela investigada possuía recursos limitados, pois a renda mensal se situava entre 1 e 3 salários mínimos (92%) e o nível de escolaridade da maioria era baixo tendo em vista que mais da metade (51%) tinha apenas o Ensino Fundamental e 9 (18%) não sabiam ler e escrever.

### Avaliação da Qualidade da Recepção

**Tabela 1** — Avaliação da qualidade da estrutura e do processo de atendimento do Serviço de Recepção do PS de um hospital público de ensino. Maringá, PR, Brasil, 2008

Questões	N*	RA**	RN***	IP (%)
1. Você foi atendido rapidamente?	51	47	4	92
2. Os funcionários foram atenciosos?	48	44	4	92
3. A estrutura (espaço, número de atendentes, recursos disponíveis na sala de espera, etc.) da Recepção é adequada?	50	45	5	90
4. A Recepção é limpa?	50	50	-	100
5. É organizada e tranquila?	49	45	4	92
6. Alguém do Hospital acompanhou o Sr.(a) , até o quarto?	51	40	11	78
7. Foram fornecidas informações pela Recepção no momento que o Sr.(a) foi internado?	37	16	21	43
IP Médio de todos os subitens	-	-	-	84

\*Número de respondentes; \*\*Respostas Afirmitivas (RA); \*\*\*Respostas Negativas (RN).

No processo de atendimento do Serviço de Recepção do PS, o tempo de espera para ser atendido (Questão 1) e a atenção dada pelos funcionários (Questão 2) foram considerados como Satisfatórios, visto que em ambos os casos atingiu-se IP de 92% (Tabela 1).

Quanto à estrutura da Recepção propriamente dita (Questão 3); sua limpeza (Questão 4) e organi-

zação (Questão 5), os IP também foram considerados como Satisfatórios, pois obteve-se, respectivamente, 90%, 100% e 92%. Destaca-se que a limpeza foi avaliada como Ideal por ter atingido o IP máximo (100%).

À Questão 6, 11 (22%) sujeitos apontaram que nenhum funcionário da instituição os acompanhou da Recepção até a Enfermaria, sendo o IP de 78%. Apesar do IP Satisfatório, este item deve ser foco de melhoria dado aos riscos que o usuário é submetido se não for acompanhado por profissionais no interior do hospital.

Uma questão cuja qualidade foi considerada Satisfatória por ter apresentado IP baixo (43%) foi a de número 7, que avaliou o fornecimento de informações na Recepção, no momento em que o cliente foi internado.

O IP Médio da Recepção foi de 84%, o que indica que os clientes avaliaram a qualidade do atendimento desse serviço como sendo Satisfatória (IP  $\geq$  70%).

### Avaliação da Qualidade do Quarto/Enfermaria

**Tabela 2** — Avaliação da estrutura da Enfermaria do PS de um hospital público de ensino. Maringá, PR, Brasil, 2008

Questões	N*	RA**	RN***	IP (%)
1. A Enfermaria e as instalações sanitárias eram mantidas sempre limpas e organizadas?	49	44	5	90
2. A cama, colchão, mesa de cabeceira e de refeição eram higienizadas/desinfetadas diariamente?	45	41	4	91
3. As roupas de cama eram trocadas ao menos uma vez ao dia?	49	45	4	92
4. A Enfermaria era silenciosa?	51	14	37	27
5. A iluminação era suficiente?	51	51	-	100
6. A iluminação lhe permitia repousar sem incômodo?	51	22	29	43
7. A ventilação lhe permitia sentir-se confortável?	51	44	7	86
IP Médio de todos os subitens	-	-	-	76

\*Número de respondentes; \*\*Respostas Afirmitivas (RA); \*\*\*Respostas Negativas (RN).

Com relação à estrutura da Enfermaria (Tabela 2), a qualidade foi avaliada por meio de questões que se referiam à limpeza, organização, ruídos sonoros e condições de iluminação e ventilação. Observa-se que valores elevados nas Questões de 1 a 3, que alcançaram IP de 90%, 91% e 92%, respectivamente.

Quanto ao silêncio na Enfermaria (Questão 4), o IP foi de apenas 27%, portanto considerado como Sofrível ( $IP \leq 70$ ). A adequação da luminosidade para o repouso, que obteve IP de 43% (Questão 6) também teve um resultado preocupante porque na Questão 5, referente à suficiência de luminosidade, o IP foi de 100%.

No que se refere à ventilação, mesmo sendo considerado como Satisfatório, é preciso melhorar as condições da mesma, visto que neste subitem (Questão 7), o IP foi de 86%.

Em razão dos valores baixos subitens 4 e 6, o IP Médio da Enfermaria (76%) foi próximo ao valor limítrofe.

### Avaliação da Qualidade do Atendimento da Enfermagem

**Tabela 3** — Avaliação da qualidade do processo de atendimento de Enfermagem do PS de um hospital público de ensino. Maringá, PR, Brasil, 2008

Questões	N*	RA**	RN***	IP (%)
1. Na Enfermaria, o Sr. foi recebido por um funcionário da enfermagem?	51	43	8	84
2. A enfermagem compareceu na Enfermaria com frequência, mesmo sem ser chamada?	50	43	7	86
3. Sempre que fazia uma solicitação, a enfermagem atendia rapidamente?	48	40	8	83
4. Os funcionários da enfermagem foram atenciosos e educados?	51	49	2	96
5. A enfermagem forneceu informações detalhadas sobre os medicamentos de que fez uso?	51	34	17	67
6. A enfermagem forneceu informações detalhadas sobre os cuidados realizados?	44	40	4	91
7. A enfermagem valorizou suas queixas/ necessidades?	49	44	5	90
8. O enfermeiro-chefe do setor visitou-o em todos os plantões?	40	32	8	80
9. A enfermagem realizava os cuidados de maneira organizada e segura?	51	50	-	100
10. Na alta do hospital, alguém da enfermagem o acompanhou até a Portaria?	51	17	34	34
IP Médio de todos os subitens	-	-	-	81

\*Número de respondentes; \*\*Respostas Afirmitivas (RA); \*\*\*Respostas Negativas (RN).

No que tange à avaliação da qualidade do processo de atendimento de Enfermagem, cujos dados estão apresentados na Tabela 3, os subitens recepção do cliente por um profissional de enfermagem no momento da internação; o comparecimento frequente de

profissionais dessa equipe na enfermaria; e o atendimento às solicitações, que respectivamente consistem nas Questões 1, 2 e 3, obtiveram IP acima de 70%.

A atenção e a educação dos funcionários foram consideradas satisfatórias, pois conforme se evidencia no resultado da Questão 4, obteve-se IP de 96%. Na Questão 5, o IP de 67% acusa à carência de informações sobre os medicamentos administrados pela enfermagem. Esse fato pode também ser constatado através do resultado da Questão 6, referente ao fornecimento de informações sobre os cuidados realizados, cujo IP foi de 91%. Quanto à valorização das queixas e/ou necessidades dos usuários e a visita em todos os turnos pelo enfermeiro-chefe (Questão 7 e 8), obtiveram IP de, respectivamente, 90 e 80%.

A Questão 9 que teve IP de 100%, corresponde à satisfação dos usuários com a segurança e a organização dos cuidados de enfermagem. Apesar de esse IP ser considerado como Ideal (100%), pensa-se que há necessidade de se melhorar os aspectos relacionados à segurança do paciente, em razão de que a Questão 10, referente ao acompanhamento deste por um profissional da enfermagem no momento da alta hospitalar, obteve IP de apenas 34%. A média do IP do Serviço de Enfermagem foi de 81%, o que indica que a qualidade geral da assistência é Satisfatória.

### Avaliação da Qualidade do Atendimento do Serviço Médico

**Tabela 4** — Avaliação da qualidade do processo de atendimento do Serviço Médico de um PS de um hospital público de ensino. Maringá, PR, Brasil, 2008

Questões	N*	RA**	RN***	IP (%)
1. O Sr. comunicou-se facilmente com os médicos?	51	45	6	88
2. Recebeu visita médica diariamente?	51	49	2	96
3. O médico forneceu informações detalhadas sobre a sua doença e tratamento?	50	45	5	90
4. O médico lhe deu oportunidade para falar sobre seus problemas, dúvidas ou queixas?	50	49	1	98
5. O médico foi atencioso e educado com o Sr. (a)?	50	50	-	100
6. O médico que lhe atendeu atuava de maneira segura e organizada (demonstrava preparo técnico-científico)?	51	48	3	94
IP Médio de todos os subitens	-	-	-	94

\*Número de respondentes; \*\*Respostas Afirmitivas (RA); \*\*\*Respostas Negativas (RN).

Na avaliação da qualidade do processo de atendimento do Serviço Médico (Tabela 4) verifica-se que o atendimento desta equipe obteve IP maior que 70%, em todas as questões (1 a 6). Ressalta-se ainda que, a Questão 5, destinada à atenção e/ou atendimento educado por parte dessa categoria, atingiu o IP Ideal (100%), o que favoreceu para que o IP Médio fosse elevado (94%) para este serviço, conforme se constata na Tabela 4.

### Avaliação da Qualidade do Atendimento do Serviço de Nutrição

**Tabela 5** — Avaliação da qualidade do processo de atendimento do Serviço de Nutrição de um PS de um hospital público de ensino. Maringá, PR, Brasil, 2008

Questões	N*	RA**	RN***	IP (%)
1. As refeições foram servidas em horário conveniente?	48	44	4	92
2. As refeições foram servidas em temperatura adequada?	48	48	-	100
3. As refeições foram servidas em quantidade suficiente?	48	48	-	100
4. Os alimentos eram variados?	48	47	1	98
5. Os alimentos tinham boa apresentação?	48	48	-	100
6. Ao receber dieta especial, o Sr.(a) foi informado a respeito dessa necessidade?	26	19	7	73
7. O Serviço de Nutrição possibilitou lhe trocar/complementar algum alimento?	8	5	3	62
IP médio de todos os subitens	-	-	-	89

\*Número de respondentes; \*\*Respostas Afirmitivas (RA); \*\*\*Respostas Negativas (RN).

Na avaliação do processo de atendimento do Serviço de Nutrição (Tabela 5), os subitens referentes à temperatura, à quantidade e à apresentação dos alimentos (Questões 2, 3, e 5), receberam avaliação bastante favorável, visto que todos obtiveram IP de 100%.

Os IP mais baixos para o Serviço de Nutrição foram evidenciados nas questões 6 e 7 que, respectivamente, se referem ao fornecimento de informações acerca de dieta especial (IP=73%) e à possibilidade de trocar e/ou complementar algum alimento (IP=62%). Em razão desses IP baixos, o IP Médio desse serviço foi de 89%, concebido como Satisfatório.

### DISCUSSÃO

De modo geral, a qualidade de todos os serviços/ambientes (Recepção, Enfermaria, Serviço de Enfermagem, Serviço Médico e Serviço de Nutrição) foi considerada pelos usuários como Satisfatória, haja vista que, o IP Médio destes itens foi superior a 70%. Entretanto, há que comentar sobre os subitens/questões avaliados.

Entre as 37 questões, apenas seis (16%) obtiveram IP igual a 100%, considerado como de Qualidade Ideal e se referiam à limpeza da Recepção (Questão 4 da Tabela 1); iluminação da Enfermaria (Questão 5 da Tabela 2); atenção e educação dos Médicos (Questão 5 da Tabela 4); temperatura e quantidade das refeições, além da apresentação dos alimentos distribuídos pelo Serviço de Nutrição (Questões 2, 3 e 5 da Tabela 5).

Também foram obtidos em seis (16%) questões IP menor que 70%, considerado como de Qualidade Sofrível, quais sejam: informações fornecidas pela Recepção no momento da internação (Questão 7 da Tabela 1); silêncio e iluminação para o repouso na enfermaria (Questões 4 e 6 da Tabela 2); informações do Serviço de Enfermagem sobre as medicações e, acompanhamento do paciente até a portaria no momento da alta (Questões 5 e 10 da Tabela 3) e ainda; possibilidade de troca/complementação de alimento pelo Serviço de Nutrição (Questão 7 da Tabela 5).

Nas demais questões — aquelas que não foram avaliadas pelos usuários como de Qualidade Ideal (IP=100%) e nem como Sofrível (IP<70%) — apesar de terem obtidos IP superiores a 70%, ainda há necessidade que se promovam melhorias, visto que para a organização cumprir com a sua missão em atender (e exceder) as necessidades de seus usuários da maneira mais efetiva e eficiente possível, a melhoria contínua da qualidade dos serviços deve ser considerada prioridade absoluta para a organização<sup>(4)</sup>.

Sobre a avaliação do usuário do PS, referente ao processo do atendimento do Serviço de Recepção

(Tabela 1), é possível agilizar a morosidade da espera para o atendimento (Questão 1), por meio da implantação do programa do Ministério da Saúde, Acolhimento com Classificação de Risco, cuja lógica se pauta no critério de priorização da atenção de acordo com o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais pela ordem de chegada<sup>(8)</sup>.

O tempo prolongado de espera na Recepção pode ser decorrência da livre demanda no PS, já que ele atua no sistema de “porta aberta” e é referência para procedimentos de alta complexidade para todo o município e região. Outro agravante é o número reduzido de funcionários que realizam o preenchimento/abertura da Ficha de Atendimento.

Quanto à atenção dada pelos funcionários da Recepção (Questão 2), é importante lembrar que neste serviço é que normalmente ocorre o primeiro contato do usuário com a instituição. Sendo assim a atenção e o interesse dos profissionais quem atuam nesse local, aspectos sempre recomendados pela política de humanização, devem estar presentes em todos os momentos em que os usuários são atendidos.

Outro quesito que também se relaciona à humanização do atendimento à saúde diz respeito ao acompanhamento dos usuários até o Quarto/Enfermaria (Questão 6), pois o usuário ao procurar atendimento no PS repassa o cuidado de si para os profissionais que ali atuam e necessita sentir-se seguro e amparado para enfrentar os anseios e temores que permeia a vivência da hospitalização. Acresce-se a isto que, muitas vezes, o caminho é desconhecido e o trajeto que o usuário percorre entre a Recepção e a Enfermaria pode apresentar riscos de acidentes, como consistir no momento de algum agravo. Mediante a ocorrência de uma destas situações, além dos danos causados ao paciente, tanto a instituição como os seus trabalhadores poderão responder judicialmente por isso.

Sabe-se que o PS é um ambiente desconhecido para a maioria da população e que, em razão da sua dinâmica de trabalho e especificidade, é um local considerado de risco, gerador de angústias e

sofrimentos que poderão ser evitados/minimizados, se os trabalhadores acompanharem o usuário (e seus familiares) até a Enfermaria, de modo a acomodá-los, com a máxima segurança, executando as ações de acolhimento<sup>(8)</sup>.

Infelizmente, em muitas instituições de saúde, vê-se que o acolhimento na Recepção de Urgência/Emergência está aquém do desejável, porque os profissionais que recebem o usuário definem a prioridade do atendimento conforme a gravidade de cada caso, mas nem sempre os casos graves são priorizados<sup>(9)</sup>. Possivelmente, nessas instituições, as condições precárias do ambiente, quase sempre caracterizado pela falta de espaço, número insuficiente de trabalhadores e de materiais/equipamentos, favorecem para que tal situação ocorra.

Outro aspecto sobre o atendimento da Recepção se remete ao baixo valor obtido na questão 7, referente ao fornecimento de informações. O resultado aponta que a comunicação entre o usuário e os trabalhadores requer melhorias, em razão de que, a população geralmente recorre ao PS em situações agudas e muitas vezes graves, que demandam informações suficientes e claras para que as angústias e incertezas sejam minimizadas.

Com relação à avaliação da estrutura da Recepção propriamente dita, limpeza e organização/tranquilidade para espera (Questões 3, 4 e 5), mesmo sendo considerada pelos usuários como de Qualidade Satisfatória ( $IP \geq 70$ ), é possível adequar estes aspectos no sentido de favorecer o acolhimento de seus usuários/acompanhantes.

Sabe-se que uma organização de saúde, para responder às exigências da qualidade, deve satisfazer as necessidades técnicas e funcionais envolvidas no cuidado de saúde integral. Para tanto, é necessário considerar as necessidades individuais e promover um ambiente adequado para o atendimento.

No contexto brasileiro, muito hospitais devido à falta de leitos de internamento para suprir a alta demanda de usuários que necessitam permanecer sob



os cuidados dos profissionais de saúde no ambiente hospitalar por mais que 24 horas, possuem número elevado de internações no PS<sup>(10)</sup> o que, sem dúvida exige condições adequadas para a permanência prolongada dos clientes e seus familiares.

Na avaliação da qualidade da estrutura da Enfermagem (Tabela 2), as condições de limpeza; a organização das instalações sanitárias; higienização dos mobiliários da enfermagem; e troca diária das roupas de cama, (Questões de 1 a 3), também atingiram IP Satisfatório. Esses resultados são animadores, visto que a higiene e a limpeza de todo o ambiente hospitalar se revestem de grande importância porque promovem a segurança do paciente por reduzir os riscos às infecções<sup>(11)</sup>.

No que se refere ao silêncio (Questão 4), o baixo IP obtido (27%) é decorrente de um número elevado de pessoas (pacientes, acompanhantes, estudantes e trabalhadores) que permanecem ou circulam no PS, por não se ter corredores diferenciados para a circulação dos mesmos. Com isso, as conversas excessivas e em volume elevado, somadas aos ruídos de aparelhagens e transporte de diversos tipos de cargas, é uma constante.

Destaca-se que a falta de silêncio no hospital pode ser considerada como agente estressor importante e por isso, cabe principalmente à equipe de enfermagem atuar no sentido de promover o silêncio e o conforto para os usuários, minimizando os ruídos que possam interferir em sua recuperação<sup>(12)</sup>.

Com relação à iluminação, esta foi considerada como suficiente por todos os usuários (Questão 5), no entanto, obteve um IP baixo (43%) quando a questão se referiu à sua adequação para o repouso (Questão 6). A inadequação da luminosidade, caracterizada pelo seu excesso, é decorrência do fato de que o PS, não foi planejado para a permanência prolongada de pacientes em condições estáveis, que são mantidos no mesmo ambiente que os pacientes em estado grave, os quais exigem cuidados e iluminação ininterruptos.

A ventilação da enfermagem que obteve IP de 80% (Questão 7), mesmo estando acima do parâmetro estabelecido, por se tratar de condição essencial para o conforto e prevenção de infecções, deve ser considerada como prioridade e alcançar o IP de 100%.

A qualidade do processo de atendimento da enfermagem (Tabela 3), a recepção do cliente; o comparecimento frequente dos profissionais na enfermagem; e o atendimento às solicitações (Questões 1, 2 e 3), obtiveram IP acima de 70%. Embora esses Índices sejam Satisfatórios, o cuidado de enfermagem, nestes aspectos, necessita ser melhorado, porque consistem em quesitos importantes no processo de atendimento e à qualidade do cuidado<sup>(13)</sup>.

Considera-se que a alta demanda por cuidados, o número reduzido de trabalhadores, associados à distância do Posto de Enfermagem em relação às Enfermarias, dificultam tanto a recepção dos usuários, como a presença frequente do profissional de enfermagem e atendimento imediato às solicitações. Apesar dessas limitações, os usuários percebem que os trabalhadores, além de atendê-los rapidamente, são atenciosos e educados, conforme se evidencia no resultado da Questão 4, que obteve IP de 96 %.

O fornecimento de informações sobre as medicações administradas (Questão 5), obteve IP de apenas 67%. Esse dado é preocupante porque administrar medicações é uma das principais atividades de cuidado, que demanda grande responsabilidade e conhecimento. As orientações e esclarecimentos ao usuário e seus familiares, quanto às medicações administradas, devem ser permanentes e completos, para que se reduzam os efeitos adversos e se produza o maior benefício possível.

Não obstante haja necessidade de melhorar a comunicação referente ao esclarecimento do usuário sobre as medicações administradas, nota-se que a enfermagem atendeu ao quesito de informar detalhadamente sobre os cuidados/procedimentos que realizava, visto que obteve IP de 91% (Questão 6).

Estudo realizado acerca das informações fornecidas pela equipe de saúde aos idosos internados na mesma instituição apontou que a enfermagem se limitava em dizer apenas o nome do medicamento ou para qual problema de saúde era destinado<sup>(14)</sup>. Tal fato deve ser considerado como um sinal de alerta porque a insuficiência de informações, em quantidade e em qualidade, seguramente aumenta o risco de provocar danos.

De modo geral, o cuidado realizado pela enfermagem é um processo que envolve competência técnica e relacional, que deve ser pautado no conhecimento científico e na comunicação, a fim de que as atividades sejam desenvolvidas no sentido de atender às necessidades humanas e assistenciais requeridas no processo de cuidar<sup>(15)</sup>. Sob essa perspectiva, é possível afirmar que a comunicação é a base para o cuidado de qualidade.

Outros aspectos da avaliação da qualidade do atendimento de enfermagem e que se inserem nas diferentes dimensões do cuidado realizado por esta equipe, se referem à valorização da queixas/necessidades, visita do enfermeiro-chefe e a segurança com os cuidados de enfermagem (Questões 7, 8 e 9). Estes subitens alcançaram bons resultados visto que o IP foi considerado respectivamente como Satisfatório (Questão 7 e 8) e Ideal (100%).

Um subitem que merece consideração especial em razão da sua importância e por ter obtido IP baixo (34%), é aquele que se refere ao acompanhamento do usuário por um profissional de enfermagem até a Portaria no momento da alta (Questão 10). Como citado anteriormente, o trajeto que o usuário percorre dentro da instituição de saúde pode apresentar riscos de acidentes, e a equipe de enfermagem deve contribuir para a maior segurança e integridade do paciente sob seus cuidados.

Na avaliação da qualidade do atendimento dos Serviços Médicos (Tabela 4), todos os subitens atingiram IP elevado. Esse dado é louvável, mas é preciso ter cautela porque historicamente, o poder hegemôni-

co da profissão médica pressupõe que o saber médico é soberano o que pode induzir à idéia de que a postura adotada por esses profissionais sempre é adequada. Outro fator é a possibilidade de que o baixo nível de escolaridade e de condições socioeconômicas dos usuários podem se associar ao baixo padrão de percepção e de exigência dos seus direitos, interferindo na sua avaliação sobre o atendimento recebido<sup>(16)</sup>.

Sobre a avaliação do atendimento do Serviço de Nutrição (Tabela 4), chama a atenção o baixo IP obtido nas questões referentes ao fornecimento de informações acerca de dieta especial e à possibilidade de trocar e/ou complementar algum alimento (Questões 6 e 7, IP de 73 e 62%, respectivamente). Nestes casos, é preciso que haja um sistema de comunicação e informação efetivo entre o Serviço de Nutrição e o usuário, para que este compreenda de modo geral seu tratamento de saúde e que aceite as suas restrições alimentares.

Vale lembrar que a complementação e/ou troca de alimentos nem sempre é permitida em razão da condição e da especificidade do tratamento e que nessas situações, cada caso deve ser analisado individualmente.

## CONCLUSÃO

A participação dos usuários nos processos avaliativos dos serviços de saúde é de fundamental importância, visto que eles são os principais avaliadores da qualidade e a sua opinião tende a refletir o que realmente desejam.

Dentre os resultados obteve-se que, em geral, a avaliação dos usuários do PS sobre a qualidade da estrutura e do atendimento era positiva, pois todos os serviços avaliados alcançaram IP Médio superior a 70%. Chama a atenção o fato de que alguns subitens como limpeza da Recepção; iluminação da Enfermaria; atenção e educação dos médicos no atendimento; adequabilidade da temperatura, quantidade e apresentação dos alimentos servidos pelo Serviço de Nu-

trição, foram consideradas como sendo de Qualidade Ideal (IP=100%).

Apesar de a maioria dos IP ter sido superior ao padrão estabelecido de 70% ressalta-se que é necessário que se invista na instituição e nos seus trabalhadores, no sentido de se intentar sempre o alcance da Qualidade Ideal (IP=100%), em todos os serviços/ambientes.

Com base nos resultados, conclui-se que, no PS, é preciso que as lideranças e as equipes atuem no sentido de melhorar a qualidade da estrutura, principalmente no que se refere ao excesso de ruídos e de iluminação. Já no âmbito do processo de atendimento, os aspectos que necessitam de intervenção mais urgente, por terem obtido os menores Índices, se referem ao fornecimento de informações e às ações voltadas à segurança do cliente.

## REFERÊNCIAS

1. Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: Manole; 2001.
2. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Harbor, (Mi): Health Administration Press; 1980. v. 1.
3. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação da satisfação dos usuários: considerações teórico-conceituais. Cad Saúde Pública. 2006; 22(6):1267-76.
4. França ISX, Marinho DDT, Baptista RS. Assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande-PB. Rev Rene. 2008; 9(4):15-23.
5. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comun Saúde Educ. 2005; 9(17):389-406.
6. Manetti ML, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. Rev Rene. 2008; 9(1):111-9.
7. Nonino EAPM, Anselmi ML, Dalmas JC. Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário. Rev Latino-am Enferm. 2008; 16(1):57-63.
8. Pinho LB, Kantorski LP. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. Ciênc Enferm. 2004; 10(1):67-77.
9. Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(4):929-34.
10. Maciak I, Sandri JVA, Spier FD. Humanização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Emergência: Percepção do Usuário. Cogitare Enferm. 2009; 14(1):127-35.
11. Andrade D, Angerami ELS, Padovani CR. Condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza. Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):163-9.
12. Linch GFC, Guido LA, Pitthan LO, Lopes LFD. Estressores identificados por pacientes submetidos à revascularização do miocárdio e angioplastia coronária transluminal percutânea — estudo quantitativo. Online Braz J Nurs. [periódico na Internet] 2008 [citado 2008 Out 25]; 7(2). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2008.1432/371>.
13. Matsuda LM, Évora YDM. O Método desdobramento da função qualidade QFD no planejamento do serviço de enfermagem. Ciênc Cuid Saúde. 2002; 1(1):71-4.
14. Meireles VCA. Gestão do cuidado ao idoso na perspectiva dos direitos instituídos [dissertação]. Maringá: Departamento de Enfermagem da UEM; 2006.
15. Tanaka LH, Leite MMJ. O cuidar no processo de trabalho do enfermeiro: visão dos professores. Rev Bras Enferm. 2007; 60(6): 681-6.
16. Pereira MGA, Azevedo ES. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. Rev Assoc Med Bras. 2005; 51(3):153-7.

**RECEBIDO:** 10/09/2009

**ACEITO:** 16/08/2010

## CUIDADO PERIOPERATÓRIO SOB O OLHAR DO CLIENTE CIRÚRGICO

### PRE-OPERATORY CARE FROM THE SURGICAL CLIENT PERSPECTIVE

### CUIDADO PREOPERATORIO BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL CLIENTE QUIRÚRGICO

GIOVANA DORNELES CALLEGARO<sup>1</sup>

MARIA APARECIDA BAGGIO<sup>2</sup>

KEYLA CRISTIANE DO NASCIMENTO<sup>3</sup>

ALACOQUE LORENZINI ERDMANN<sup>4</sup>

*Estudo qualitativo que objetivou compreender como o cliente cirúrgico percebe o cuidado perioperatório realizado por profissionais de enfermagem e de saúde. Foram entrevistados 23 sujeitos em uma unidade cirúrgica de um hospital público do Estado de Santa Catarina. Mediante análise de conteúdo dos dados, emergiram quatro categorias: Vivenciando o cuidado e o não cuidado na experiência cirúrgica; Identificando os profissionais do centro cirúrgico; Experienciando o atraso/adiamento/cancelamento da cirurgia; e Percebendo as orientações perioperatórias. A comunicação, o diálogo, as informações, o respeito e a orientação pré-operatória fundamentam a relação de cuidado entre ser cuidado e o ser cuidador. A pouca importância dada pelos profissionais à sua identificação, à falta de orientação pré-operatória, aos atrasos, adiamentos e cancelamentos de cirurgias não comunicados em tempo fragilizam essa relação. Compete aos profissionais de enfermagem e de saúde reflexão crítica sobre o exposto, com vistas ao atendimento da multidimensionalidade do ser cuidado no perioperatório.*

**DESCRIPTORIOS:** Assistência Perioperatória; Assistência ao Paciente; Equipe de Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente.

*The objective of this qualitative study was to better understand how the surgical patient perceives the pre-operative care offered by nursing and health care professionals. Twenty-three subjects in a surgical room of a public hospital in Santa Catarina, Brazil were interviewed. Four categories emerged from data content analysis: Living care and non-care in the surgical experience; Identifying surgical room professionals; Experiencing surgical delays/postponements/cancellations; and Perceiving pre-operative orientations. Communication, dialogue, information, respect, and pre-operative orientation found the care relationship between the care-giver and the person receiving care; The little importance given by professionals to its identification, the lack of pre-operative orientation, and late, postponed, and cancelled surgeries not communicated in time weaken this relationship. It is up to nursing and health care professionals to critically reflect upon these results, seeking to attend to the multi-dimensionality of the being receiving pre-operative care.*

**DESCRIPTORS:** Perioperative Care; Patient Care; Nursing Team; Patient Care Team.

*Estudio cualitativo cuyo objetivo fue comprender como el cliente quirúrgico percibe el cuidado preoperatorio realizado por profesionales de enfermería y de salud. Fueron entrevistados 23 sujetos en una unidad quirúrgica, de un hospital público del Estado de Santa Catarina. Mediante análisis del contenido de los datos, emergieron cuatro categorías: Percibiendo el cuidado y la ausencia del mismo en la experiencia quirúrgica; Identificando los profesionales del centro quirúrgico; Percatando el atraso/aplazamiento/cancelación de la cirugía; y Avistando las orientaciones preoperatorias. La comunicación, el diálogo, las informaciones, el respeto y la orientación preoperatoria asientan la relación de cuidado entre ser cuidado y el ser cuidador. La poca importancia dada por los profesionales a su identificación, a la falta de orientación preoperatoria, los retrasos, postergaciones y cancelaciones de cirugías no comunicados a tiempo fragilizan esa relación. Incumbe a los profesionales de enfermería y de salud una reflexión crítica sobre lo expuesto, con miras a la atención de índole multidimensional del ser cuidado en el preoperatorio.*

**DESCRIPTORES:** Atención Perioperativa; Atención al Paciente; Grupo de Enfermería; Grupo de Atención al Paciente.

<sup>1</sup> Enfermeira. Docente da Escola Técnica Pró-Saúde. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES), na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Endereço: Rua Deputado Antonio Edu Vieira, 1760, Florianópolis, SC. CEP: 88040-001. Brasil. E-mail: gikac@bol.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Bolsista do CNPq. Membro do GEPADES, na UFSC. Brasil. E-mail: mariabaggio@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo PEN da UFSC. Membro do GEPADES, na UFSC. Brasil. E-mail: keyla\_nascimento@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia de Enfermagem. Professora Titular do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Coordenadora do GEPADES. PQ 1A do CNPq. Coordenadora da Área de Enfermagem na Capes. Brasil. E-mail: alacoque@newsite.com.br

## INTRODUÇÃO

O hospital tem a finalidade social de promover a saúde da população por meio de serviços especializados, destinados a assegurar uma assistência completa, curativa e preventiva. Nesse contexto se destaca o centro cirúrgico (CC), setor que dispõe de um conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, cuja prioridade é prestar assistência de qualidade ao cliente. Por sua vez, as equipes de enfermagem e de saúde são responsáveis pelo cuidado perioperatório dispensado ao cliente nesse setor, desde a recepção no período pré-operatório, até a recuperação anestésica no pós-operatório.

O período perioperatório envolve as fases de pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, cada qual com suas especificidades. Ressalta-se que todas as fases possuem significativa importância para o cuidado e à enfermagem compete estabelecer uma interação eficiente e personalizada junto ao cliente, a fim de atender às suas necessidades bio/psico/sociais/emocionais/espirituais, garantindo a aplicabilidade de ações humanas de cuidado<sup>(1)</sup>.

Para o cliente, o diagnóstico cirúrgico muitas vezes pode ser difícil e estressante. Sentimentos negativos como a insegurança, a tristeza, o medo da anestesia e o medo da morte podem emergir e se tornar latentes diante da nova situação. Visando à minimização dos estressores que acompanham o período perioperatório, as equipes de enfermagem e de saúde que atuam em unidade cirúrgica comumente buscam manter um ambiente harmonioso, tranquilo e seguro, além de orientar e informar sobre o processo cirúrgico.

A interação entre os profissionais e o ser humano cuidado deve ser processada em um ambiente humanizado, no qual atitudes e gestos promovam a dignidade, a autoestima, a privacidade e a individualidade do ser que recebe o cuidado. A dignidade e a autonomia do cliente cirúrgico são garantidas quando ele tem o direito à informação atendido<sup>(2)</sup>. E a orien-

tação pré-operatória é um dos passos da assistência que garantem um cuidado digno, respeitando a autonomia do sujeito.

Contemplar a totalidade do cuidado do cliente cirúrgico envolve o desenvolvimento de ações específicas de enfermagem em prol do atendimento das necessidades reais do ser humano, no decorrer do processo cirúrgico<sup>(3)</sup>. A complexidade que envolve o cuidado em ambiente cirúrgico requer dos profissionais da saúde, aqui se considerando em especial os da enfermagem, o conhecimento teórico e prático acerca do processo que o cliente vivenciará.

O interesse das pesquisadoras pelo tema surgiu em razão de experiências nos cenários de cuidado em CC e em unidade de internação cirúrgica (UIC), por compartilharem a ideia de que o cuidar/cuidado é uma relação que envolve tanto o ser cuidado como o ser que cuida, indo além de um simples procedimento, pois constitui um sistema complexo de cuidados. Assim, é importante a compreensão do que envolve o cuidado perioperatório do cliente cirúrgico, independentemente das particularidades inerentes ao seu quadro clínico, do risco e porte do procedimento, da gravidade da patologia, de experiências cirúrgicas anteriores ou de nenhuma cirurgia prévia.

Considera-se que a finalidade do cuidar/cuidado na enfermagem, prioritariamente, é aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e dispor de condições propícias para promover o crescimento e o bem-estar do outro<sup>(4)</sup>.

Uma visão centrada no cuidado perioperatório aponta a necessidade de investigar como a assistência deve/pode ser realizada, pautada nas expectativas/experiências de quem a recebeu. Identificar como o cliente percebe o cuidado contribui para a interação entre ele e o cuidador, possibilitando a identificação das debilidades e das fortalezas desta relação intersubjetiva, com base nas informações percebidas e relatadas pelos sujeitos.

Vê-se a necessidade de se buscarem elementos que permitam aprofundar o conhecimento sobre o

cuidar/cuidado no ambiente de cuidados cirúrgicos através do ser que o vivencia, perpassando as fases que envolvem o período perioperatório. Assim, com o intuito de qualificar as ações do cuidar/cuidado das equipes de enfermagem e de saúde que atuam em ambiente cirúrgico, é importante questionar: Qual a percepção do cliente cirúrgico em relação ao cuidado realizado pelos profissionais de enfermagem e de saúde no período perioperatório?

Com base no exposto, o estudo tem como objetivo compreender como o cliente cirúrgico percebe o cuidado perioperatório realizado pelos profissionais de enfermagem e de saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, desenvolvido em 2007. A amostra qualitativa foi aleatória, compreendida por 23 participantes com idades entre 32 e 67 anos, internados em unidade cirúrgica de um hospital universitário do Estado de Santa Catarina, orientados e capazes de verbalizar sua vivência no perioperatório, os quais consentiram em participar do estudo e em ter seus relatos gravados, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O primeiro contato com os clientes, no período pré-operatório, foi realizado conforme a agenda cirúrgica da unidade, para informá-los sobre o estudo e efetuar o convite para participação, consolidada no período pós-operatório, sem riscos ou prejuízos para eles. No momento da coleta dos dados, inicialmente foi solicitado aos participantes que avaliassem o cuidado recebido no ambiente cirúrgico, classificando-o segundo uma escala de zero (0) a dez (10), prosseguindo-se, com uma entrevista semiestruturada, para compreender a experiência subjetiva do cuidado perioperatório, guiada pelas questões: Qual a sua percepção em relação ao cuidado recebido dos profissionais de enfermagem e de saúde, antes, durante e após a cirurgia (período perioperatório)?

O que fez você se sentir bem cuidado? O que fez você sentir que não foi bem cuidado? Você se lembra quais foram os profissionais que cuidaram de você nesse período?

Os dados deste estudo se constituíram a partir do registro da entrevista semiestruturada, realizada individualmente com cada participante, e pelo registro de campo efetuado pelas pesquisadoras. Os depoimentos foram analisados e interpretados conforme orienta a análise temática de conteúdo, a qual se caracteriza por desvendar os significados que compõem uma comunicação, em que a presença ou frequência representem valor para o objetivo analítico<sup>(5)</sup>. O processo analítico consistiu nas etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, permitindo a apreensão dos significados comunicados e a constituição das categorias temáticas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o n. 149/07, sendo respeitados os aspectos éticos em todas as etapas da pesquisa, como prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para preservar o anonimato dos entrevistados, estes foram identificados com a letra E, referente à Entrevista, seguida pelo número que representa a sequência em que foi realizada.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As avaliações emitidas pelos participantes referentes ao cuidado recebido no ambiente cirúrgico originaram notas que variaram entre 6 (seis) e 10 (dez). E, pela investigação exploratória por meio de entrevistas sobre a experiência subjetiva do cuidado no período perioperatório, foram identificadas quatro categorias: Vivenciado o cuidado e o não cuidado na experiência cirúrgica; Identificando os profissionais do centro cirúrgico; Experienciando o cancelamento/atraso/adiamento do procedimento cirúrgico; e Percebendo as orientações perioperatórias.

## **Categoria: Vivenciado o cuidado e o não cuidado na experiência cirúrgica**

O cuidado de enfermagem, no período pré-operatório em UIC, comumente é permeado por ações como remoção da roupa íntima, colocação da vestimenta específica de ambiente cirúrgico, verificação de sinais vitais, retirada do esmalte das unhas e da prótese dentária, e transporte ao CC<sup>(6)</sup>. Na sala cirúrgica, antes da indução anestésica, o cuidado profissional baseia-se principalmente em segurar a mão do cliente, ouvi-lo, confortá-lo e posicioná-lo na mesa cirúrgica<sup>(7)</sup>.

Neste estudo, no período pré-operatório, além das condutas de cuidado expostas, os participantes puderam vivenciar o cuidado por meio de explicações acerca dos procedimentos a serem realizados, as quais anteciparam possíveis reações. Eles também puderam vivenciar o cuidado por meio da escuta, da conversa e do diálogo estabelecidos, da presença, atenção e preocupação do profissional com o bem-estar do cliente, incluindo o preparo e cuidado com o material cirúrgico, condições essas que acalmam, oferecem tranquilidade e segurança ao ser em processo cirúrgico, como asseveram as falas: *Todo procedimento que iam [profissionais de enfermagem e de saúde] fazer, me explicavam... Em todos os procedimentos foram bem carinhosos, bem tranquilos. Conversavam comigo, viam como é que eu estava, se eu estava me sentindo bem, se não estava. Explicavam se ia doer ou se não ia doer (E6); Uma enfermeira me distraiu bastante... me tratou muito bem, fez o papel de me acalmar, distraindo assim... Ela disse que ia ocorrer uma série de procedimentos, que ia sentir uma leve dor ao introduzir o negócio [abocath para acesso venoso], que está aqui ainda [apontou o abocath] (E3); Eu fui muito bem cuidado. Me deram atenção, conversaram para me deixar mais calmo, explicaram como é que ia ser a cirurgia... Tudo que eles iam fazendo, eles iam avisando... O que me chamou a atenção foi o material esterilizado. Tudo bem certinho, bem fechadinho. A moça com luvas, jaleco, touca... Tudo para não contaminar. Muito bom isso, muito bom! (E13).*

As condutas dos profissionais de enfermagem e de saúde relatadas pelos clientes contribuem para a valorização do ser humano na sua multidimensionalidade e favorecem a interação entre o profissional e o cliente cirúrgico, cuja relação considera as peculiaridades e as especificidades de cada ser. Isso possibilita a minimização do estresse, da ansiedade e do desgaste bio/psico/emocional/espiritual que a pessoa vivencia no processo cirúrgico, além de proporcionar segurança, calma e tranquilidade.

Com base no exposto, identifica-se a visão ampliada de cuidado pelos profissionais, sendo multidimensional e plural, mas também singular à necessidade de cada indivíduo<sup>(8)</sup>, peculiar a cada momento cirúrgico. Além da doença que fragiliza a pessoa que precisa se submeter a uma cirurgia para tratamento, importa ao cuidador em ambiente cirúrgico considerar igualmente os desgastes físico e psicológico que afloram sensivelmente no ser humano que enfrenta um processo cirúrgico<sup>(2)</sup>, independentemente da fase perioperatória vivida.

O período pós-operatório, segundo relato dos sujeitos, também foi permeado de cuidados, balizados por atitudes de atenção, preocupação, solidariedade, presença, empatia, carinho, segurança e conforto, proporcionadas pelos profissionais de enfermagem e de saúde de diversas formas, como se vê: *Ela sempre teve cuidado [profissional de enfermagem], perguntava se tava tudo bem, como é que eu estava me sentindo, se eu estava com dor, se eu estava respirando bem... Nossa! Ali, o pessoal [profissionais de enfermagem e de saúde] foi muito bom. Ela foi muito gente boa, muito carinhosa, muito cuidadosa. Ela fazia para mim e para os outros pacientes que estavam lá também. Ela cuidava, reclinava a cama, levantava a cabeça; seguidamente olhava se tava tudo certo nos aparelhos, tudo conectado certinho... Via batimento cardíaco, pressão... botava lençol térmico para aquecer e cuidava para ver se estava muito quente (E14); Teve a situação em que a enfermeira disse: Tu tens frio? Passa muito frio? E eu respondi: Passo! — A tua pressão está baixinha, então vou te aqueitar. Aí, a enfermeira me organizou, me deixou bem*

*tranquila. Foi o maior cuidado que eu senti. ...Ela enrolou meus pés, me deixou bem tranquila. Muito educada... (E16); Ficava uma guria [profissional de enfermagem] junto comigo, muito querida, que ficou do meu lado, me ajudando. Não saía de perto de mim... é o carinho... aquela pessoa que conversava, que perguntava as coisas, se faltava alguma coisa... (E1); Me deram bastante atenção na sala de recuperação. ... de vez em quando ela [profissional de enfermagem] vinha, conversava comigo. Perguntava como é que eu estava, se eu estava se sentindo bem, se não estava com tonturas (E8).*

Os cuidados profissionais no período pós-operatório variam de acordo com a especificidade cirúrgica, com vistas ao atendimento das necessidades oriundas em cada fase do processo, de forma singular. Para tanto, o profissional deve estar atento às necessidades manifestadas pelo cliente. No pós-operatório imediato, a monitoração do estado clínico e a correlação dos sinais e sintomas à patologia de base e à cirurgia visam evitar ou minimizar complicações. Todavia, além dos cuidados clínicos, emoções fortes devem ser evitadas, pois fazem alterar os sinais vitais e precipitar complicações que podem ser fatais<sup>(9)</sup>.

A práxis da enfermagem visa assegurar uma assistência segura e de qualidade para o cliente cirúrgico, a qual inclui cuidados como a orientação acerca do evento, o preparo físico e emocional, o monitoramento das respostas fisiológicas e atenção ao risco de possíveis complicações inerentes à cirurgia realizada<sup>(10)</sup>.

Com base nos relatos dos entrevistados foi possível compreender que os profissionais, por meio de suas ações, puderam proporcionar aos clientes um cuidado profissional e humano, contemplando as necessidades e expectativas de cada indivíduo, no contexto em que estava inserido. Assim, foi possível constatar que o cuidado de enfermagem, que valoriza a vida humana, é embasado por elementos como a empatia, o respeito, amor, atenção, carinho, lealdade, dedicação, dentre outros<sup>(11)</sup>.

As condutas dos profissionais de enfermagem e de saúde, ao vislumbrarem a totalidade do sujeito,

possibilitam a relação de vínculo entre os envolvidos. Entretanto, em alguns depoimentos foi possível apreender o cuidado profissional e humano, em algumas situações, obliterado. Desse modo, contradizendo o que se espera das ações de cuidado, alguns participantes revelam ter vivenciado situações de “não cuidado”: *...eles precisavam de uma peça preta que se chama “griff”, que é para trocar o gás de um aparelho de TV lá, que não tinha... Me chamou atenção essa fala lá, a peça que faltava. Será que esse negócio que eles estão procurando não vai atrapalhar na minha cirurgia? Não vai fazer falta? Como eu não sabia que esse gás era para o tubo de imagem, do vídeo, eu não conseguia saber a que ponto isso podia me prejudicar ou não, assim, entendeu? Fiquei assim, nessa dúvida... Preocupado! (E3). Gostaria que cuidassem de mim, me sinto tão enrolada com esse dreno! Se pudesse ser mais pequenininho, mais coladinho... porque vai puxando devagarinho e dói... (E11).*

Os entrevistados assinalam inquietação, preocupação e insegurança diante de situações de “não cuidado” relacionadas à falta de equipamento em cirurgia guiada por vídeo e à colocação de um dreno de um modo que estava causando desconforto. Tais condições poderiam ser evitadas pelos profissionais de saúde. Assim, compete aos profissionais, conforme as situações expostas, o exercício da reflexão sobre a assistência dispensada ao cliente cirúrgico, identificando/avaliando/observando as especificidades do cuidado com vistas a garantir ao cliente segurança e tranquilidade durante o procedimento cirúrgico<sup>(6)</sup>, bem como o conforto indispensável em qualquer fase do período perioperatório. Assim, se evita manifestação de desconforto, como aponta o sujeito: *até onde eu me lembro, não estava confortável por causa das amarrações. Amarraram dos lados, puxaram... (E21).*

O profissional de enfermagem atuante em ambiente cirúrgico pode oferecer conforto físico<sup>(12)</sup> na realização de curativos, administração de medicamentos, posição e acomodação no leito, além do conforto emocional por meio da orientação, informação



e educação ao cliente, reduzindo a ansiedade, a insegurança e o estresse, condições que podem interferir e até mesmo prejudicar o estado clínico do cliente no período perioperatório.

Os profissionais de enfermagem e de saúde devem cuidar com sensibilidade, perceber as necessidades do cliente, no caso o cliente cirúrgico, e atender a elas; oferecer atenção, afeto, acolhimento, empatia e respeito, bem como garantir a aplicabilidade das ações e serviços de forma humanizada. Ações humanizadas vivificam e qualificam o cuidar/cuidado profissional; por isso, torna-se importante manifestá-las no espaço de cuidado, contemplando o ser cuidado na sua totalidade humana, compreendendo-o em todos os aspectos na busca da satisfação do cuidado recebido<sup>(7)</sup>.

### **Categoria: Identificando os profissionais do centro cirúrgico**

Alguns participantes referem, na sua experiência cirúrgica, terem conhecido o(s) profissional(is) responsável(is) pelo seu cuidado e ou ato cirúrgico, identificando-os quanto ao nome e à atuação, ao passo que outros apontam desconhecê-lo(s) profissional(is) envolvido(s) no processo cirúrgico, em especial o(s) responsável(is) pela cirurgia, como assinala o depoimento: *... eu nem sei quem fez a minha cirurgia. Eu não sei quem operou, quem fez ou quem deixou de fazer* (E15).

Uma participante, diante da não identificação dos profissionais, teve a iniciativa de questionar quem eram os profissionais que iriam lhe prestar o cuidado e quais as suas funções, visando satisfazer a sua necessidade de conhecimento e, ainda, desconstruir o ambiente, como aponta: *Eu perguntei e eles riram de mim! ... Eles foram chegando, daí eu disse: Olha, vocês vão dizendo quem vocês são, porque vocês são tudo zorro!* [mascarado — em razão das vestimentas específicas do centro cirúrgico] *Então, cada um vai dizendo seu nome e dizendo que não são tudo zorro, que são*

*diferentes... Que eu lembro que só disseram quando eu perguntei* (E21).

Percebe-se nos depoimentos o descontentamento dos entrevistados em relação à falta de apresentação e identificação dos profissionais no período perioperatório. Conforme relatos dos participantes, os profissionais que se identificaram pelo nome e função no CC foram principalmente os anestesistas. Para tanto, salienta-se serem de fundamental importância a apresentação e identificação dos profissionais ao cliente e à sua família anteriormente ao evento cirúrgico, na visita e orientação pré-operatória. Isso garante o respeito entre as partes, maximiza o elo entre profissional, cliente e família, proporciona confiança e reduz medos e inseguranças inerentes ao processo, como se vê: *Você já pega um pouquinho mais de confiança, conhece quem vai fazer a cirurgia e tudo... Eu gostaria* (E9).

Não obstante, alguns depoentes assinalaram não haver a necessidade de conhecer o profissional e, sim, que o procedimento cirúrgico seja realizado com sucesso. Porém, ressaltaram que importa identificar o profissional na ocasião de uma complicação cirúrgica, por exemplo.

No que tange às múltiplas relações entre profissionais e clientes, a comunicação necessita ser eficiente a fim de garantir a aplicabilidade da terapêutica e, ao mesmo tempo, contemplar as necessidades extrínsecas e intrínsecas do cliente cirúrgico<sup>(13)</sup>. Destaca-se, assim, a importância da clareza na comunicação entre profissionais e clientes no ambiente cirúrgico, cujo processo ocorre na interação humana por meio da troca e compreensão entre os seres envolvidos, entendido como um recurso valioso, que favorece o cuidado<sup>(2)</sup>.

A identificação do profissional, parte do processo de comunicação, assume relevância como parte integrante do plano de cuidados desenvolvido pelos profissionais da enfermagem e da saúde, assegura a atitude ética do profissional e o respeito mútuo, conforme preconiza o código de ética dos profissionais da enfermagem e da medicina<sup>(14-15)</sup>.

### **Categoria: Experienciando o atraso/adiamento/cancelamento da cirurgia**

Alguns participantes manifestaram, em suas experiências, o atraso, o adiamento ou o cancelamento do seu procedimento cirúrgico. Reportaram terem sido orientados quanto ao preparo para o evento cirúrgico, mas não terem sido informados em tempo hábil sobre os imprevistos ou mudanças ocorridos, como o atraso, o adiamento ou cancelamento da cirurgia. Ocorrendo a comunicação dos profissionais sobre as mudanças após várias horas de expectativa e espera, provocam-se nervosismo e sofrimento, como elucidam as falas: *Mandaram eu ficar pronto às cinco horas da manhã... vieram me pegar quase meio-dia! Me deixaram sem comunicação, sem nada. Não sabia se vinham de manhã, de tarde, ou se haviam cancelado... Aí, quando cheguei lá para fazer a cirurgia, fiquei mais uma hora e meia esperando até entrar na sala de cirurgia... Tu começa a ficar nervoso, começa a sofrer... Não precisava essa expectativa toda. Não precisava ter ficado pronto desde as cinco da manhã.* (E14). *Eu pensei em desistir, que não era para mim fazer. Porque, quando começa assim, tu tens a impressão de que não é para fazer. A primeira coisa que eu pensei comigo foi: Eu não vou mais fazer a cirurgia! Cancela uma vez, depois cancela outra vez, não deu certo de novo...* (E12).

Os clientes vivenciam a expectativa cirúrgica e também a frustração com o atraso, adiamento ou cancelamento da aguardada cirurgia. Os entrevistados acentuaram a insatisfação com a falta de comunicação ou de esclarecimentos pelos profissionais acerca das mudanças de planos cirúrgicos, o que comprometeu a sua estabilidade física, emocional e espiritual. Isso muitas vezes pode dificultar o desenvolvimento de um cuidado eficiente e eficaz pelos profissionais de enfermagem e de saúde.

Tendo experienciado o adiamento da sua cirurgia mais de uma vez, uma participante declarou compreensão acerca da situação, já que outra pessoa podia estar precisando mais da cirurgia naquele mo-

mento do que ela, demonstrando humildade e solidariedade. Contudo, no depoimento anterior, revelou ter pensado em desistir, em decorrência da falta de conhecimento do que cerceava seu processo cirúrgico, em razão dos inúmeros cancelamentos, como revela: *Eu acho que tem outra vida precisando de socorro naquela hora, e eu não tava morrendo, né? Eu podia esperar mais do que aquela pessoa que tava precisando de ajuda... Eu superei, porque eu não tava ali numa situação: não me deixe morrer! Compreendi. Na hora eu fiquei triste, mas eu compreendi e aceitei muito bem. Eu acho que é assim mesmo, porque eu não posso ser egoísta, pensar só em mim. E os outros?* (E12).

O cuidado de enfermagem necessita ser planejado, organizado e articulado com a equipe multiprofissional atuante no centro cirúrgico, com o reforço e apoio da equipe administrativa da instituição hospitalar, no intuito de reduzir, ou até mesmo evitar, a suspensão de procedimentos cirúrgicos<sup>(16)</sup>. Isso minimizaria o sofrimento dos que aguardam a realização de um procedimento cirúrgico e maximizaria a qualidade do cuidado prestado, visto que fatores emocionais interferem positiva ou negativamente na recuperação pós-operatória.

Assevera-se que uma adequada comunicação entre os profissionais e destes com os clientes evitaria transtornos desencadeados pela falta de informação, facilitando a aproximação e compreensão entre os envolvidos, favorecendo o estabelecimento de vínculos e promovendo o enfrentamento do procedimento cirúrgico de forma mais tranquila e segura<sup>(17)</sup>. A desinformação pode provocar sentimentos e emoções desagradáveis, as quais venham a gerar alterações fisiológicas, como quadro clínico hipertensivo e hiperglicêmico<sup>(18)</sup>, entendidos como fatores complicadores e indesejáveis no período perioperatório do cliente cirúrgico. Essa condição é confirmada na fala do participante, quando se percebe ansioso pelo atraso da cirurgia: *... a gente vai ficando meio estressado. Ansioso, passa a ficar nervoso, minha pressão subiu! Cheguei a 19 por 8!* (E14).

No cotidiano de trabalho cabe às equipes de enfermagem e de saúde, em uma condição de alteração da agenda cirúrgica, perceber tal ocorrência não como uma situação simplória, mas como um evento que pode alterar o quadro clínico do cliente, impossibilitando-o de manter o seu equilíbrio vital<sup>(18)</sup>. O atraso, adiamento ou cancelamento de uma cirurgia gera preocupação e insegurança para o cliente e para a sua família, sendo importante por parte da enfermagem a orientação e a informação adequadas sobre as condutas terapêuticas adotadas, alteradas ou anuladas, justificando-as. Configura-se, desse modo, uma atitude de respeito e valorização do ser cuidado.

Nesse contexto, compete aos profissionais de enfermagem e de saúde qualificar suas ações e serviços, visando à saúde mental dos clientes internados para intervenção cirúrgica, pela elaboração e implementação de um plano de cuidados de enfermagem que possam minimizar riscos desnecessários relacionados às cirurgias e seus processos<sup>(18)</sup>.

### **Categoria: Percebendo as orientações perioperatórias**

O cliente cirúrgico apresenta elevado nível de estresse no período pré-operatório, independentemente do grau de complexidade cirúrgica, o qual é elevado, ainda mais quando não há informação acerca dos acontecimentos referentes a cada uma das fases do período perioperatório, bem como das demais situações que a internação hospitalar proporciona<sup>(19)</sup>.

Estudo sobre clientes cirúrgicos identifica que, em sua maioria, não foram orientados corretamente a respeito do procedimento a que seriam submetidos. Nesse sentido, ressalta-se a importância da realização de uma efetiva comunicação entre profissionais e clientes cirúrgicos no período pré-operatório, objetivando preparar e condicionar o cliente a enfrentar o processo perioperatório de maneira mais segura e tranquila, reduzindo a dor e o sofrimento em rela-

ção ao desconhecido<sup>(20)</sup>. As informações oferecidas são oportunas quando privilegiam a qualidade, não a quantidade, sendo fundamental o esclarecimento das dúvidas que surjam e a comunicação das possíveis situações que serão vivenciadas durante o processo cirúrgico.

De acordo com os entrevistados do estudo em questão, a orientação pré-operatória, em especial a pré-anestésica, também não foi evidenciada na maioria dos relatos. Havia pouco conhecimento prévio por parte dos clientes sobre o tipo de anestesia que seria administrada para o ato cirúrgico, o que criou expectativas, medos, ansiedades, dúvidas e preocupações, por vezes desnecessárias.

Sobre o tipo de anestesia, de competência específica do profissional que a realizará — o anestesista, o cliente relatou como gostaria que a abordagem tivesse sido realizada no período pré-operatório: *Ab... Se aqui no quarto fosse assim, olha [que o anestesista falasse...]: Eu vou dar uma anestesia quando tu chegares lá. Vai ser a geral e tu vais tomar pelo soro* (E19).

O processo cirúrgico é algo ainda pouco conhecido pelo cliente, em especial a temida anestesia, podendo causar medo e insegurança. A possibilidade de receber anestesia medular (raquianestesia ou peridural) atemoriza muitos clientes, por ser repleta de mitos. Destarte, os demais tipos de anestesia também geram muitas dúvidas, por ainda serem cercados de entendimentos errôneos. Desse modo, “a orientação pré-operatória pode ser um meio de esclarecimento para as dúvidas e mitos que a intervenção provoca”<sup>(19:217)</sup>, como assevera o entrevistado quando se refere ao tipo de anestesia: *Achei que eu ia levar anestesia na espinha. Fiquei com medo da anestesia... Fiquei com medo da dor na espinha... Quando eu cheguei lá [no CC], eu fiquei com medo de ser na espinha, mas depois eu vi a anestesista falando: Nós vamos fazer local. Local? Não! Anestesia geral! Só que geral eu não sabia como é que era, né? Daí, essa enfermeira, essa morena, eu cheguei para ela e disse: Geral? Como é que é? E ela disse: Vão aplicar no teu próprio soro* (E10).

Com base nesses relatos entende-se que a orientação pré-operatória teria, junto a esses clientes, o intuito de desmistificar o procedimento da anestesia que envolve a punção medular (raquianestesia ou peridural). Contudo, nos depoimentos, os clientes se dividiram quanto ao interesse em receber ou não orientações acerca do tipo de anestesia e também sobre a importância da informação. O não interesse nas orientações, relatado após o evento cirúrgico ter acontecido, pode justificar-se por tudo ter transcorrido bem e o cliente sentir-se satisfeito com a experiência anestésica, como se observa no depoimento: *Não... Acho que não vem ao caso, porque eu fiquei tão feliz, sabe? Eu imaginava que eu ia tomar alguma agulhadinha na veia e não vi nada* (E11).

No período perioperatório, as equipes de enfermagem e de saúde devem desenvolver suas condutas junto ao cliente cirúrgico de modo a transmitir-lhe segurança e tranquilidade. Para isso, utilizando-se da comunicação para orientar e informar, visando ao atendimento das particularidades inerentes a cada ser humano, o que conduzirá a um cuidado específico, de acordo com as necessidades e expectativas da pessoa a ser submetida a uma cirurgia. Qualifica-se, assim, a assistência de enfermagem, como se percebe na fala: *No antes [pré-operatório], todas as enfermeiras... o anestesista que teve aqui explicou tudo direitinho, conversaram muito bem. Tudo explicado, o passo a passo. Foram atenciosos na hora da dor, tudo bem* (E17).

Na orientação pré-operatória, as informações e as explicações oferecidas pelos profissionais de saúde sustentam a aplicabilidade da terapêutica, conquistam a confiança do cliente e de sua família e asseguram a satisfação com os serviços prestados em saúde. Por meio dessas práticas, a enfermagem atuante em ambiente cirúrgico pode valorizar cotidianamente suas ações e condutas em relação ao cuidado proporcionado ao cliente e à família que o acompanha, minimizando o medo e a fragilidade que emergem com relação ao processo cirúrgico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo foi possível atingir a compreensão sobre como o cliente cirúrgico percebe o cuidado perioperatório realizado pelos profissionais da enfermagem e saúde. É um cuidado que revela fortalezas, mas também algumas fragilidades, que devem ser objeto de reflexão e atenção pelas equipes de enfermagem e de saúde.

*A priori*, identifica-se no cuidado prestado ao cliente cirúrgico a presença humana dos profissionais de enfermagem, um cuidado revelado por atitudes de atenção, escuta e preocupação com o bem-estar do ser humano cuidado; um cuidado encontrado e revelado por condutas de respeito, que atribuem valor ao outro, como quando o profissional se identifica para o cliente, orienta-o, informa e explica-lhe o processo cirúrgico pelo qual passará, deixando-o a par dos eventos que permeiam o período perioperatório.

Em contrapartida, foram identificadas situações que fragilizam o cuidado humano, denominadas de “não cuidado”. Essas situações se referem à pouca importância dada pelos profissionais à sua identificação, manifestada por alguns clientes; quanto à orientação pré-operatória, em especial a pré-anestésica, de competência de profissional especializado; e quanto a situações/procedimentos que provocam medo (falta de material específico para cirurgia) e desconforto (amarracões). Somam-se às situações de “não cuidado” os atrasos, adiamentos e cancelamentos de cirurgias, o que não seria um não cuidado se fosse informada em tempo ao cliente a ocorrência de tais imprevistos.

Posto isso, faz-se necessário que as equipes de enfermagem e de saúde intensifiquem no cotidiano da assistência perioperatória os cuidados percebidos e revejam de forma crítica e reflexiva as situações de “não cuidado” reveladas pelos participantes.

Por fim, conclui-se que, na relação de cuidado estabelecida entre o cliente e os profissionais de

enfermagem e de saúde, a comunicação, o diálogo, as informações, o respeito e a orientação pré-operatória assumem grande relevância, facilitando a aproximação entre o ser cuidado e o ser cuidador, proporcionando o atendimento de necessidades extrínsecas e intrínsecas daquele que vivencia o processo cirúrgico. Na prestação do cuidado, compete à enfermagem aliar o saber ao fazer, a sensibilidade à razão e a subjetividade ao objetivo, com vistas ao atendimento da multidimensionalidade do ser no cuidado perioperatório.

## REFERÊNCIAS

- Christóforo BEB, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizados ao cliente cirúrgico no período pré-operatório. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1):14-22.
- Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Pivaro ABR, Borghi ACS. Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. *Texto & Contexto Enferm*. 2007; 16(4):737-45.
- Stumm EMF, Maçalai R, Kirchner RM. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros de um Centro Cirúrgico. *Texto & Contexto Enferm*. 2006; 15(3):464-71.
- Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2006.
- Cristóforo BEB, Carvalho DS, Zagonel IPS. Relacionamento enfermeiro-cliente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. *Cogitare Enferm*. 2006; 11(1):55-60.
- Bedin E, Ribeiro LBM, Barreto RASS. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. *Rev Eletr Enf*. [periódico na Internet]. 2004 [citado 2009 nov 24]; 6(3): [cerca de 9 p]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_3/13\\_Revisao3.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/13_Revisao3.html)
- Morin E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1996.
- Gotardo JM, Galvão CM. Avaliação da hipotermia no pós-operatório imediato. *Rev Rene*. 2009; 10(2):113-21.
- Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(3):381-86.
- Mussi FC. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(1):72-81.
- Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. A Comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Rev Eletr Enf*. [periódico na Internet]. 2004 [citado 2009 Out 20]; 6(2): [cerca de 5 p]. Disponível: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_2/comunica.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/comunica.html).
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [citado 2009 ago 20]. Disponível em: <http://www.coren-sc.org.br/documentacao2/Res31107.pdf>.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.246, de 8 de janeiro de 1988. Código de Ética Médica. [citado 2009 ago 20]. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/mate-pdf/10358.pdf>.
- Cavalcante JB, Pagliuca LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital escola: um estudo exploratório. *Rev Latino-am Enferm*. 2000; 8(4):59-65.
- Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina; 2006.
- Antonio PS, Munari DB, Costa HK. Fatores geradores de sentimentos do cliente internado frente ao cancelamento de cirurgias. *Rev Eletr Enf*. [pe-

- riódico na Internet]. 2002 [citado 2010 Jan 10]; 4(1): [cerca de 6p]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista4\\_1/Pdf/Fatores.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_1/Pdf/Fatores.pdf).
19. Souza AA, Souza ZC, Fenili RM. Orientação pré-operatória ao cliente: uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. Rev Eletr Enf. [periódico na Internet]. 2005 [citado 2009 Dez 18]; 7(2): [cerca de 5p]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_2/pdf/RELATO\\_01.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/pdf/RELATO_01.pdf).
20. Silva WV, Nakata S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de clientes cirúrgicos. Rev Bras Enferm. 2005; 58(6):673-6.

**RECEBIDO:** 19/04/2010

**ACEITO:** 16/08/2010

## TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CORONARIANA\*

### PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF THE ARTERIAL HYPERTENSION IN CORONARY INTENSIVE CARE UNIT

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS

GILMARA HOLANDA DA CUNHA<sup>1</sup>  
MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA LOPES<sup>2</sup>  
ISMENIA OSÓRIO LEITE<sup>3</sup>

A administração de fármacos é uma das atividades realizadas pela equipe de enfermagem. Diante disso, o objetivo foi descrever o tratamento farmacológico da hipertensão arterial em uma unidade de terapia intensiva coronariana. Estudo transversal realizado em hospital de referência em Fortaleza-CE, entre maio e novembro de 2008. Analisou-se 62 prontuários, constatando-se que 54,8% dos pacientes eram do sexo masculino com faixa etária entre 50 e 79 anos. Foram indicados 12 fármacos anti-hipertensivos, destacando-se o captopril. A terapia com três medicamentos foi a mais encontrada, havendo correlação significativa ( $p < 0,001$ ) entre as variáveis faixa etária e tipo de terapia. Em todos os casos estudados as doses dos fármacos estavam adequadas. A principal via de administração foi a oral. Concluiu-se que para realizar a administração de anti-hipertensivos é necessário conhecimento do mecanismo de ação, interações medicamentosas e reações adversas, assunto a ser constantemente atualizado pelos enfermeiros.

**DESCRIPTORIOS:** Hipertensão; Anti-hipertensivos; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados de Enfermagem.

The administration of medication is one of the activities performed by nursing staff. Thus, the objective of this research was to describe the pharmacological treatment of arterial hypertension in coronary intensive care unit. It is a cross-sectional study performed in a reference hospital in Fortaleza-CE, between May and November 2008. 62 medical records were analyzed, and it was observed that 54.8% of patients were males between 50 and 79 years of age. There was indication of 12 antihypertensive drugs, mainly the captopril. The therapy with 3 drugs was the most frequent, with significant correlation ( $p < 0.001$ ) between the variables age and type of therapy. In all cases studied the doses of drugs were suitable. The main route of administration was oral. It was concluded that to perform the administration of antihypertensive drugs knowledge is needed about the mechanism of action, drug interactions and adverse reactions of the drug. Such subject must be constantly updated by nurses.

**DESCRIPTORS:** Hypertension; Antihypertensive Agents; Intensive Care Units; Nursing Care.

La administración de fármacos es una de las actividades realizadas por el equipo de enfermería. Teniendo esto en cuenta, el objetivo fue describir el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en una unidad de cuidados intensivos coronarios. Estudio transversal realizado en un hospital de referencia en Fortaleza-CE, entre mayo y noviembre de 2008. Se analizaron 62 historiales médicos, verificándose que un 54,8% de los pacientes era del sexo masculino con edad entre 50 y 79 años. Fueron indicados 12 fármacos antihipertensivos, destacándose el captopril. La terapia con tres (3) medicamentos fue la más frecuente, con una correlación significativa ( $p < 0,001$ ) entre las variables rango de edad y tipo de terapia. En todos los casos estudiados, las dosis de los fármacos eran adecuadas. La principal vía de administración fue oral. Se concluyó que para llevar a cabo la administración de antihipertensivos es necesario conocer el mecanismo de acción, las interacciones medicamentosas y reacciones adversas, tema a ser constantemente actualizado por los enfermeros.

**DESCRIPTORIOS:** Hipertensión; Agentes Antihipertensivos; Unidades de Terapia Intensiva; Atención de Enfermería.

\* Extraído da monografia "Terapia Anti-hipertensiva em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana" submetida à coordenação do curso de Especialização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), da Universidade Estadual do Ceará, 2008.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre em Farmacologia. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Brasil. E-mail: gilmaraholandaufc@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFC. Brasil. E-mail: marcos@ufc.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Farmacologia. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia da UFC. Brasil. E-mail: ismeniaosorio@yahoo.com

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um distúrbio caracterizado por níveis pressóricos iguais ou superiores a 140/90 mmHg. Esta afecção ocasiona custos médicos e socioeconômicos elevados que decorrem, principalmente, de suas complicações, tais como: doença cérebro-vascular, doença arterial coronariana, insuficiência renal crônica, entre outras<sup>(1)</sup>.

O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como a inatividade física, dieta inadequada, obesidade e tabagismo são os responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão. No Brasil, a porcentagem de hipertensão arterial aumenta a cada ano: 21,6% em 2006, 22,9% em 2007 e 23,1% em 2008, estimando-se que exista hoje cerca de 30 milhões de pessoas com a doença<sup>(2)</sup>.

O abandono do tabagismo, restrição salina, redução de peso e realização de atividade física regular são medidas não-farmacológicas indicadas para prevenção e controle da hipertensão arterial. Já o tratamento farmacológico é indicado para hipertensos moderados e graves, e para aqueles com fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e lesões importantes de órgãos-alvo<sup>(3-4)</sup>. Os medicamentos anti-hipertensivos são classificados como diuréticos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores  $\alpha$ -adrenérgicos, bloqueadores dos receptores  $\beta$ -adrenérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio e antagonistas dos receptores de angiotensina<sup>(5)</sup>.

Nesse contexto, a recuperação e manutenção da saúde de pacientes com alterações agudas ou crônicas, realizam-se com a utilização de diversas estratégias. Dentre elas, os medicamentos constituem o principal tratamento a que os pacientes associam à recuperação da saúde. Seja o cuidado à saúde realizado no âmbito hospitalar, clínico ou domiciliar, o

enfermeiro tem função importante na terapia medicamentosa, pois é o profissional da equipe de saúde que demanda maior parte do tempo à execução de cuidados diretos ao paciente.

Administrar medicamentos é um processo multi e interdisciplinar que exige conhecimento variado, consistente e profundo. O enfermeiro avalia a capacidade do paciente em auto-administrar medicamentos, determina por meio do aprazamento o horário adequado para administração dos fármacos, bem como realiza seu preparo e reconstituição, monitoriza os efeitos, interações medicamentosas e eventos adversos. Assim, os cuidados de enfermagem se integram à terapia medicamentosa, sendo o processo de enfermagem o arcabouço para a organização de idéias e ações e o fundamento para administração segura de fármacos.

O desenvolvimento contínuo de novos medicamentos determinou a ocorrência de prescrições com combinações cada vez mais complexas, o que tornou mais difícil o reconhecimento de potenciais interações medicamentosas<sup>(6)</sup>. Em estudo realizado numa instituição hospitalar universitária, localizada em São Paulo (SP), analisou-se o conhecimento e habilidades de enfermeiros na administração de medicamentos, sendo constatado que há grandes dificuldades acerca do conhecimento dos mecanismos de ação, preparo, administração e interações entre fármacos<sup>(7)</sup>.

O risco e a gravidade das interações entre medicamentos dependem do número de fármacos prescritos, duração do tratamento, idade e estado de saúde do paciente. Geralmente, os indivíduos internados em unidades de terapia intensiva requerem grande número de fármacos, longo tempo de tratamento, têm alterações fisiológicas da idade ou doenças concomitantes, sendo considerados de alto risco para interações medicamentosas indesejadas e severas<sup>(8)</sup>.

Diante do exposto, visto que a administração de medicamentos é uma responsabilidade legal da



equipe de enfermagem e que a hipertensão arterial no Brasil aumenta a cada ano<sup>(2)</sup>, o presente estudo teve por objetivo descrever o tratamento farmacológico da hipertensão arterial em uma unidade de terapia intensiva coronariana (UTIC), o que proporcionará conhecimento acerca dos anti-hipertensivos e contribuirá na tomada de decisões do profissional enfermeiro para a administração segura desses fármacos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizado através da coleta de dados secundários contidos nos prontuários de pacientes internados em uma UTIC por meio de um formulário previamente elaborado.

A pesquisa foi desenvolvida num hospital de nível terciário da rede pública estadual localizado em Fortaleza, no Ceará, o qual é centro de referência para tratamento de doenças cardíacas e pulmonares. A unidade de terapia intensiva onde foi realizado o estudo é de especialidade coronariana, sendo composta por 7 leitos para pacientes adultos em situações clínicas ou cirúrgicas. A equipe de profissionais é composta por 10 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem e 6 médicos que se distribuem em plantões de 12 horas, permanecendo em cada plantão, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e um médico.

A coleta de dados ocorreu num período de seis meses, compreendidos entre maio e novembro de 2008. Os prontuários foram solicitados na própria UTIC após a alta do paciente, sendo escolhidos de forma não probabilística e consecutiva. Foi critério de inclusão que o paciente tenha permanecido na UTIC por período igual ou superior a 24 horas, visto ser mais provável a ocorrência de avaliação clínica e definição da prescrição médica, bem como a distribuição dos horários de administração de medicamentos, também denominado de aprazamento, que é realizado pelo profissional enfermeiro.

O formulário utilizado na coleta de dados exigia informações do paciente, tais como: iniciais do nome,

sexo, data de nascimento, idade, diagnósticos, doenças associadas e informações acerca dos fármacos utilizados no tratamento da hipertensão arterial, o que incluía: nomes dos fármacos, associações entre medicamentos, dosagens e vias de administração.

Os dados obtidos foram tabulados através do programa de computador Excel e os resultados expressos na forma de frequência absoluta e relativa. O software estatístico SPSS 16.0 foi utilizado para verificar a existência de correlação entre as variáveis: faixa etária e tipo de terapia anti-hipertensiva, considerando-se estatisticamente significativo o valor de  $p < 0,05$ . Os resultados foram analisados e discutidos sob a ótica da literatura disponível referente ao assunto, de acordo com as instruções de uso dos fármacos advindas do próprio laboratório produtor (bulas) e guias utilizados como referência para a verificação das propriedades farmacológicas de medicamentos<sup>(9-11)</sup>.

Todos os passos da investigação obedeceram às instruções da Resolução nº 196 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa<sup>(12)</sup>, a qual trata de estudos que envolvem seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa do hospital onde foi realizado o estudo, sendo solicitada através do termo do fiel depositário, a pesquisa nos prontuários. Também foi obtida a autorização da chefia médica e de enfermagem da UTIC. O projeto foi aprovado em 30 de abril de 2008, sob protocolo de nº 513/2008. As informações obtidas no estudo foram utilizadas apenas com fins científicos, mantendo-se o anonimato dos pacientes.

## RESULTADOS

Ao todo foram analisados 62 prontuários, dentre estes, 54,8% pertenciam a pacientes do sexo masculino. A faixa etária mais prevalente foi entre 70 e 79 anos (33,9%), com menor frequência de faixas etárias entre 40 e 49 anos (4,8%) e entre 80 e 89 anos (6,5%), como mostra a Tabela 1.

**Tabela 1** — Caracterização dos 62 pacientes da UTIC quanto ao sexo, faixa etária e diagnósticos/doenças associadas. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

Variáveis	(N = 62)	%
Sexo		
Masculino	34	54,8
Feminino	28	45,2
Faixa etária		
40 — 49	03	4,8
50 — 59	16	25,8
60 — 69	18	29,0
70 — 79	21	33,9
80 — 89	04	6,5
Diagnósticos/doenças associadas		
Hipertensão arterial sistêmica	49	79,0
Infarto agudo do miocárdio	48	77,4
Diabetes tipo 2	22	35,4
Choque cardiogênico	09	14,5
Cardiopatía dilatada	09	14,5
Insuficiência cardíaca congestiva	08	12,9
Disfunção ventricular esquerda	07	11,2
Miocardíopatía isquêmica	06	9,6
Taquiarritmia	05	8,0
Valvulopatía mitral	04	6,4

Observou-se nos prontuários que a hipertensão arterial sistêmica foi a doença associada mais apresentada pelos pacientes, seguida pelo infarto agudo do miocárdio. Houve frequência elevada de diabetes mellitus tipo 2, também denominada de diabetes não insulino-dependente. Miocardíopatía isquêmica, taquiarritmia e valvulopatía mitral foram afecções que tiveram menor frequência, como apresentado na Tabela 1.

Constatou-se através dos prontuários que foram indicados 12 fármacos anti-hipertensivos distintos, com maior frequência do captopril, o qual foi utilizado por 44 pacientes. Houve também uso elevado de furosemida, carvedilol e propranolol, os quais foram indicados a 38, 21 e 19 pacientes, respectivamente. Os demais fármacos foram menos indicados, o que está exposto na Tabela 2.

**Tabela 2** — Classificação dos anti-hipertensivos utilizados na UTIC quanto ao nome do fármaco, classe farmacológica e tipo de terapia. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

Anti-hipertensivos	(N = 62)	%
Nome do fármaco		
Captopril	44	70,9
Furosemida	38	61,2
Carvedilol	21	33,8
Propranolol	19	30,6
Espironolactona	17	27,4
Valsartan	16	25,8
Hidroclorotiazida	12	19,3
Mononitrato de isossorbida	02	3,2
Anlodipino	01	1,6
Nifedipino	01	1,6
Clonidina	01	1,6
Hidralazina	01	1,6
Classe farmacológica		
Diuréticos	67	108,0
IECA*	44	70,9
Bloqueador do receptor -adrenérgico	40	64,5
Antagonistas dos receptores da angiotensina II	16	25,8
Antagonistas dos canais de cálcio	02	3,2
Nitratos orgânicos	02	3,2
Inibidor adrenérgico de ação central	01	1,6
Hidralazina	01	1,6
Tipo de terapia		
2 medicamentos	21	33,9
3 medicamentos	34	54,9
4 medicamentos	06	9,6
5 medicamentos	01	1,6

\*IECA: Inibidores da enzima conversora de angiotensina.

Ao classificar os anti-hipertensivos de acordo com a classe farmacológica a quais pertencem, foi visto que a classe dos diuréticos foi a mais prescrita, estando inclusos os fármacos: furosemida, espironolactona e hidroclorotiazida. Ademais, destacaram-se os IECA e bloqueadores dos receptores -adrenérgicos, como mostra a Tabela 2.

Quanto ao tipo de terapia anti-hipertensiva, que se refere ao número de fármacos utilizados pelo mesmo paciente para o tratamento da hipertensão arterial, observou-se a inexistência de monoterapia, utilizando-se dois ou mais medicamentos. A terapia

com dois medicamentos ocorreu em 21 pacientes (33,9%). Porém, a maioria dos pacientes (54,9%) utilizava a terapia com três fármacos, como apresentado na Tabela 2.

Na análise estatística houve correlação significativa entre as variáveis: faixa etária e tipo de terapia medicamentosa. O valor do coeficiente de Spearman obtido no cruzamento dessas variáveis foi de 0,758 com  $p < 0,001$ , constatando-se que com a elevação da faixa etária também ocorre o aumento do número de fármacos anti-hipertensivos utilizados.

Observou-se que as doses dos medicamentos variaram de acordo com o estado geral do paciente, necessitando, algumas vezes, de complementações da prescrição. Porém, mesmo com as variações, todas as doses de fármacos estavam adequadas, pois em nenhum momento houve superdosagem ou subdose. A Tabela 3 indica a dose ideal dos fármacos e a dose indicada aos pacientes da UTIC.

**Tabela 3** — Dosagens dos fármacos anti-hipertensivos indicadas aos pacientes da UTIC. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

Anti-hipertensivo	Dose ideal (mg/dia)*	Dose Prescrita (mg/dia)
Anlodipino	2,5-10	10
Captopril	6,25-150	18,75-150
Carvedilol	6,25-50	6,25-50
Clonidina	0,1-2,4	0,3
Espironolactona	25-100	25
Furosemida	20-320	20-80
Hidralazina	40-300	75
Propranolol	40-320	60-120
Valsartan	80-320	80
Nifedipino	10-180	40
Hidroclorotiazida	25-100	10-25
Mononitrato de isossorbida	20-80	40

\*Dose ideal indicada por manuais de referência<sup>(9-11)</sup>.

Quanto às vias de administração dos fármacos, foi utilizada com maior frequência a oral, consideran-

do-se também por esta via as medicações administradas por sonda nasogástrica ou nasoentérica. Apenas o diurético furosemida foi administrado por via endovenosa, o que ocorreu em 38 pacientes.

Considerando que todos os indivíduos recebiam terapia anti-hipertensiva com dois ou mais fármacos, constatou-se que algumas associações eram indicadas com maior frequência, principalmente, o captopril e a furosemida, representando 24,2% das associações e o captopril, propranolol e hidroclorotiazida, apresentada nos prontuários de 19,4% dos pacientes. Todas as associações de anti-hipertensivos são descritas na Tabela 4.

**Tabela 4** — Associações entre anti-hipertensivos indicadas aos pacientes da UTIC. Fortaleza, CE, Brasil, 2008

Associações de fármacos	Número de pacientes	%
Captopril/Furosemida	15	24,2
Captopril/Propranolol/Hidroclorotiazida	12	19,4
Carvedilol/Espironolactona/Furosemida	06	9,7
Valsartan/Carvedilol/Espironolactona/Furosemida	06	9,7
Captopril/Furosemida/Valsartan	05	8,2
Captopril/Propranolol/Carvedilol	03	4,8
Valsartan/Carvedilol/Espironolactona	03	4,8
Captopril/Propranolol	02	3,2
Captopril/Carvedilol	02	3,2
Valsartan/Furosemida	02	3,2
Captopril/Furosemida/Espironolactona	02	3,2
Mononitrato de isossorbida/Captopril/Propranolol	02	3,2
Carvedilol/Anlodipino/Furosemida/Hidralazina/Clonidina	01	1,6
Captopril/Nifedipina/Furosemida	01	1,6
Total	62	100

## DISCUSSÃO

Os 62 prontuários da UTIC justificam-se pela baixa rotatividade de pacientes no local, uma vez que estes apresentavam estado grave e ficavam internados por longos períodos. Houve maior percentual de pacientes do sexo masculino e prevalência de faixas etárias compreendidas entre 50 e 79 anos. Dentre os diagnósticos e doenças associadas, a hipertensão arte-

rial sistêmica e o infarto agudo do miocárdio tiveram maior destaque, o que ocorreu porque a unidade onde o estudo foi realizado é de especialidade coronariana.

Resultados semelhantes quanto ao sexo e a faixa etária também foram verificados num estudo realizado em unidades de terapia intensiva de três hospitais em Joinville (SC)<sup>(6)</sup>. Diante disso, a literatura afirma que a prevalência global de hipertensão entre homens (26,6%; IC 95% 26,0-27,2%) e mulheres (26,1%; IC 95% 25,5-26,6%) insinua que o sexo não é um fator de risco para hipertensão, mas que a pressão arterial aumenta linearmente com a idade<sup>(1)</sup>.

O aumento da longevidade associado a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade<sup>(13)</sup>. Ressalta-se que há associação entre elevação da pressão arterial e o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, o que já foi demonstrado em estudos de coorte envolvendo centenas de pacientes, afirmando que os riscos são diretamente proporcionais aos valores pressóricos usuais dos indivíduos, sendo a hipertensão arterial considerada responsável por, aproximadamente, 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica<sup>(3)</sup>.

No total, houve prescrição de 12 fármacos anti-hipertensivos distintos, destacando-se o captopril, a furosemida e o carvedilol. Estes fármacos são os mais utilizados na prática clínica porque as evidências provenientes de estudos com desfechos clinicamente relevantes, demonstram redução da morbidade e mortalidade em maior número de estudos com os IECA, diuréticos e bloqueadores dos receptores  $\beta$ -adrenérgicos, embora a maioria dos estudos utilize no final a associação entre esses anti-hipertensivos. Vale ressaltar que os demais anti-hipertensivos têm ação comprovada no tratamento da hipertensão arterial, mas de forma geral, a escolha do fármaco ocorre de acordo com a necessidade do paciente e a presença de doenças concomitantes<sup>(1,3,5)</sup>.

Considerando que a hipertensão arterial sistêmica e o infarto agudo do miocárdio foram as duas

afecções mais prevalentes neste estudo, a literatura afirma que o captopril reduz a morbidade e mortalidade cardiovascular em hipertensos; a furosemida tem ação natriurética, diminuindo de forma efetiva e persistente o volume extracelular e a resistência vascular periférica, enquanto o carvedilol e o propranolol, ambos bloqueadores dos receptores  $\beta$ -adrenérgicos, proporcionam redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares, o que é bem documentado em pacientes com idade inferior a 60 anos<sup>(1,3,5,9,14)</sup>.

A classe farmacológica mais utilizada foi a dos diuréticos, que segundo a literatura, se administrados em baixa dose, destacam-se como a medida terapêutica mais eficaz para a prevenção de eventos coronarianos e cerebrovasculares<sup>(3)</sup>. Os IECA e bloqueadores dos receptores  $\beta$ -adrenérgicos também foram bastante utilizados. Resultados semelhantes foram observados numa pesquisa desenvolvida em Porto Alegre, a qual analisou a terapia anti-hipertensiva em pacientes idosos, concluindo que as classes farmacológicas mais utilizadas também eram a dos diuréticos, IECA e bloqueadores dos receptores  $\beta$ -adrenérgicos<sup>(15)</sup>.

Quanto ao tipo de terapia anti-hipertensiva utilizada, destacou-se a terapia com três medicamentos que foi utilizada por 54,9% dos pacientes. O uso de dois ou mais anti-hipertensivos com diferentes mecanismos de ação é considerado quando o paciente não responde à monoterapia, representando uma tentativa de otimizar os níveis de pressão arterial e obter efeitos sinérgicos, pois se controla melhor o aumento da pressão sanguínea e suas complicações, além de que ambos os fármacos podem ser administrados em doses baixas, causando menos efeitos adversos<sup>(1,5,14)</sup>.

Não foi encontrado registro de monoterapia nos prontuários, ou seja, da utilização de apenas um fármaco anti-hipertensivo. A terapia para hipertensão variou com o uso de dois a cinco medicamentos. Isso revela a existência de pacientes que não conseguem obter controle adequado dos níveis de pressão arterial com um único anti-hipertensivo, fato que evidencia atenção, pois estes indivíduos apresentam estado

grave, estão sob cuidados intensivos e recebem, geralmente, infusão contínua de vários fármacos, o que aumenta a probabilidade para interações medicamentosas e reações adversas. O problema se torna ainda maior considerando que 69,4% dos pacientes eram idosos, pois na maioria das vezes, eles consomem maior número de medicamentos devido à presença de doenças crônicas e degenerativas<sup>(16)</sup>, o que exige cuidados em relação à compatibilidade entre fármacos e intervalos de administração entre eles.

Os fármacos normalmente produzem efeitos acentuados e prolongados nos extremos de idade. A atividade das enzimas microsossomais hepáticas, as principais responsáveis pelo metabolismo dos fármacos, declina com a idade. O volume de distribuição dos medicamentos lipossolúveis aumenta, pois o percentual de gordura corpórea aumenta proporcionalmente com o envelhecimento. A taxa de filtração glomerular declina cerca de 25% aos 50 anos e 50% aos 75 anos, fazendo com que o fármaco tenha a meia-vida prolongada no organismo. Dessa forma, o metabolismo hepático diminuído, o aumento do tecido adiposo e a diminuição da excreção de fármacos são causas comuns de toxicidade em indivíduos idosos<sup>(16)</sup>.

As doses dos fármacos em mg/dia estavam todas adequadas e de acordo com parâmetros indicados por manuais de referência<sup>(9-11)</sup>. A maioria dos medicamentos teve administração por via oral, considerando-se também por esta via, as medicações administradas por sonda nasogástrica e nasoentérica, as quais tem o objetivo de fornecer aporte nutricional, suporte às defesas do hospedeiro contra a infecção invasiva e administração de medicamentos<sup>(15)</sup>. Em outro estudo também realizado em uma unidade de terapia intensiva de um hospital em Fortaleza-CE, a via oral também foi a mais utilizada para administração de fármacos<sup>(17)</sup>.

Porém, a administração de medicamentos por sonda nasogástrica ou nasoentérica deve ser vista com cautela, pois apesar de ser uma prática comum que visa à adequação das doses prescritas e a redução de

custos, foi comprovado que a partição e trituração de comprimidos podem prejudicar a eficácia do tratamento, especialmente, se o produto for de liberação sustentada, ou seja, o produto é liberado durante todo o dia no organismo, ou se o fármaco tem como objetivo atingir uma área específica do organismo, antes de se dissolver por completo<sup>(18)</sup>.

Ao serem observadas as associações entre fármacos, constatou-se 14 associações distintas entre anti-hipertensivos. A associação mais utilizada foi entre o captopril e a furosemida, a qual foi indicada a 15 pacientes (24,2%). O captopril é um inibidor da enzima conversora de angiotensina que interfere no sistema renina-angiotensina-aldosterona, acarretando diminuição da produção de angiotensina II e aldosterona, o que diminui a retenção de sódio e água pelo rim<sup>(16)</sup>. Já a furosemida é um diurético que atua na alça de Henle, sendo conhecida como o mais potente dos diuréticos, pois é capaz de provocar a eliminação de 15%-20% de Na<sup>+</sup> existente no filtrado glomerular<sup>(14)</sup>.

A segunda associação de fármacos mais utilizada foi entre o captopril, a hidroclorotiazida, que é um diurético de ação moderada, e o propranolol, um bloqueador dos receptores  $\beta$ -adrenérgicos, o qual reduz a pressão arterial por causar redução do débito cardíaco e da liberação de renina pelas células justaglomerulares renais, além de uma ação central reduzindo a atividade simpática<sup>(14,16)</sup>.

A literatura afirma que essas associações entre anti-hipertensivos são as mais indicadas por terem sido muito utilizadas em ensaios clínicos e proporcionarem melhor controle da pressão arterial dos pacientes, sendo indicadas pelos *guidelines* nacionais e internacionais. Ao que se refere ao uso de associações, no Brasil e em outros países já estão disponíveis associações fixas entre esses e outros anti-hipertensivos com mecanismos de ação distintos, com o intuito de melhorar a adesão medicamentosa pelo paciente<sup>(1,3,5)</sup>.

As demais associações de fármacos ocorreram com menor frequência, mas várias intervenções

de enfermagem podem ser realizadas no contexto da administração de medicamentos para as diferentes associações entre anti-hipertensivos. A monitorização da pressão arterial e da frequência cardíaca deve ser realizada quando se utilizam medicamentos com ação no sistema cardiovascular, principalmente, se administrados dois ou mais anti-hipertensivos, pois mesmo com mecanismos de ação distintos, podem ocasionar efeitos sinérgicos e gerar hipotensão severa, sobretudo, em pacientes com insuficiência cardíaca.

Como em unidades de terapia intensiva é comum a realização de exames de sangue diariamente, o enfermeiro pode verificar os resultados com o intuito de monitorizar os níveis plasmáticos de eletrólitos, além da realização do balanço hídrico. As informações obtidas a partir dessas atividades contribuem para o uso adequado dos fármacos diuréticos e na prevenção de desequilíbrios hidroeletrólíticos, podendo-se questionar com o profissional que estabelece a prescrição, o aumento ou diminuição das dosagens de fármacos.

Outra atividade de grande importância do profissional enfermeiro é o aprazamento ou distribuição dos horários de medicação que, muitas vezes, segue rotinas já institucionalizadas da unidade onde este cuidado é executado, ocorrendo de forma conveniente para a equipe de saúde, mas não para o indivíduo que está recebendo os fármacos. No exercício diário da enfermagem, apesar da existência de rotinas institucionalizadas em relação às medicações, pode-se e deve-se interferir na forma como a assistência é realizada, para que além da prevenção de interações medicamentosas adversas, possa-se assegurar uma prática contextualizada na ciência. No cotidiano dos enfermeiros, faz-se necessário um aprofundamento acerca das medicações utilizadas no serviço, pois se observa que alguns profissionais não dão a devida importância aos prejuízos causados pelos aprazamentos<sup>(19)</sup>.

Medidas de ordem prática podem ser utilizadas pela enfermagem para proporcionar uma adequada administração de medicamentos, como: evitar administrar vários medicamentos intravenosos no mes-

mo horário, não misturar medicamentos na mesma solução, lavar dispositivos de infusão com soluções neutras se for ocorrer administração de vários medicamentos pela mesma via de acesso vascular, não administrar simultaneamente vários comprimidos por via oral ou sonda enteral, entre outros<sup>(20)</sup>.

Em relação aos agentes anti-hipertensivos, deve-se ter o cuidado de não aprazar sem necessidade vários fármacos no mesmo horário, pois assim evita-se a ocorrência de hipotensão severa, a não ser que seja uma necessidade do paciente. A administração de medicamentos deve ser uma atividade que esteja de acordo com cada paciente, por exemplo, se um diurético for prescrito para ser administrado em qualquer período do dia, é preferível que não seja administrado no período da noite, uma vez que pode interferir no padrão de sono do paciente, principalmente, se este tem controle consciente da eliminação urinária e precisa deambular até ao banheiro. Dessa forma, o enfermeiro pode desempenhar diversos cuidados com um intuito de administrar medicamentos de forma segura e confortável para o paciente.

## CONCLUSÃO

Ao todo foram analisados 62 prontuários, com maior porcentagem de pacientes do sexo masculino e faixas etárias compreendidas entre 50 e 79 anos, sendo a hipertensão arterial sistêmica o diagnóstico ou doença associada de maior frequência.

Houve prescrição de 12 fármacos anti-hipertensivos distintos, destacando-se o captopril, a furosemida e o carvedilol. As classes farmacológicas mais utilizadas foram a dos diuréticos, IECA e bloqueadores dos receptores  $\beta$ -adrenérgicos. Das 14 associações distintas entre anti-hipertensivos, destacou-se as combinações entre captopril e furosemida e entre captopril, hidroclorotiazida e propranolol. Destacou-se a terapia anti-hipertensiva com três medicamentos, a qual foi utilizada por 54,9% dos pacientes. Este fato merece atenção, pois em pacientes idosos com

estado grave, que fazem uso de inúmeras medicações, há aumento do risco de interações medicamentosas e eventos adversos.

Quando analisadas as doses dos fármacos em mg/dia constatou-se que todas estavam dentro dos parâmetros indicados por manuais de referência e a maioria dos medicamentos teve administração por via oral, considerando também por esta via, as medicações administradas por sonda nasogástrica e nasoentérica, o que requer prudência, visto que nem todos os medicamentos podem ser partidos ou triturados.

Nesse contexto, ressaltamos a importância da equipe de enfermagem na administração de fármacos, pois depois de definida a prescrição pelo médico, os demais cuidados da administração de medicamentos são, principalmente, realizados pelo enfermeiro. Portanto, este necessita de conhecimentos de farmacologia, quanto ao mecanismo de ação, interações entre fármacos, aprazamento, vias de administração e dosagens.

Uma limitação encontrada nesse estudo foi decorrente dos dados serem obtidos diretamente dos prontuários após a alta do paciente. Muitas vezes, não estavam registrados os motivos dos acréscimos de fármacos na prescrição e das alterações nos esquemas posológicos e aprazamentos. Provavelmente, essa questão esteja relacionada ao estado grave dos pacientes da UTIC que, talvez, necessitavam de constantes alterações na prescrição para se manterem estáveis.

A administração de medicamentos ainda representa um desafio para os enfermeiros. Considera-se que este estudo oferece subsídios, no que se refere aos conhecimentos de farmacologia sobre anti-hipertensivos, visto que são fármacos amplamente utilizados por pacientes de unidades de terapia intensiva, ambulatoriais, postos de saúde e domicílios. Ademais, enfatizamos a importância de mais estudos acerca da terapêutica farmacológica no contexto de atuação da enfermagem, pois este é um assunto a ser constantemente atualizado com o intuito de proporcionar uma assistência adequada e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2006; 1-55.
2. Ministério da Saúde (BR). Hipertensão arterial: viver com qualidade e prevenir a doença é possível. Informe da Atenção Básica nº 51. 2009; p. 1-2.
3. Fuchs FD. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.641-56.
4. Zaitune MPA, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(2):285-94.
5. European Society of Hypertension. European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertension. 2003; 21(6):1011-53.
6. Hammes JA, Pfuetzenreiter F, Silveira F, Koenig A, Westphal GA. Prevalência de potenciais interações medicamentosas droga-droga em unidades de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2008; 20(4):349-54.
7. Telles Filho PCP, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. Rev Latino-am Enferm. 2004; 12(3):533-40.
8. Marino PL. Compêndio de UTI. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF). 35ª ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas; 2006.
10. Guia de remédios. 8ª ed. São Paulo: Escala; 2008.
11. Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem (AME). 5ª ed. São Paulo: Publicações Biomédicas; 2007.

12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996; 4(2 supl.):15-25. .
13. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(1):35-45.
14. Hoffman BB. Terapia da hipertensão. In: Bruton LL, Lazo JS, Parker KL. Goodman & Gilman. As bases farmacológicas da terapêutica. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 757-78.
15. Schroeter G, Trombetta T, Faggiane FT, Goulart PV, Creutzberg M, Viegas K, et al. Terapia anti-hipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre/ RS, Brasil. *Sci Med*. 2007; 17(1):14-9.
16. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Moore PK. *Farmacologia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
17. Fontenele RA, Araújo TL. Análise do planejamento dos horários de administração de medicamentos em unidade de terapia intensiva cardiológica. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 13(3):342-9.
18. Vieira CA, Barbieri RS, Alves RS, Fontes AGM, Pereira JVE, Andrade MV, et al. Avaliação do processo de partição em comprimidos de captopril 50 mg. In: *Anais do 48º Congresso Brasileiro de Química*; 2008 Set.; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Química; 2008.
19. Chaves EMC, Queiroz MVO, Almeida PC, Moreira TMM, Vasconcelos SMM. Problemática da administração de antimicrobiano em recém-nascidos. *Rev Rene*. 2008; 9(3):62-7.
20. Secoli, SR. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(1):28-34.

**RECEBIDO:** 15/09/2009

**ACEITO:** 25/05/2010



## CONHECIMENTO DA FAMÍLIA SOBRE OS FATORES PRECIPITANTES DA CRISE ASMÁTICA NA CRIANÇA

*FAMILY KNOWLEDGE ABOUT PRECIPITATING FACTORS OF ASTHMATIC CRISIS IN CHILDREN*

*CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA SOBRE LOS FACTORES DESENGADENANTES DE LA CRISIS  
ASMÁTICA EN EL NIÑO*

JOSELANY ÁFIO CAETANO<sup>1</sup>

MARIA ALZETE DE LIMA<sup>2</sup>

ENEDINA SOARES<sup>3</sup>

MAIRA DI CIERO MIRANDA<sup>4</sup>

*Objetivou-se investigar o conhecimento da família quanto aos fatores precipitantes da crise asmática na criança; identificar as ações da família ante uma crise asmática e os recursos utilizados para controlá-la. Pesquisa transversal, descritiva, com 50 familiares de crianças asmáticas, mediante entrevista estruturada. Os resultados apontaram que a prevalência de asma foi maior entre as crianças de 1 a 7 anos e os conhecimentos dos seus familiares ainda são superficiais acerca dessa doença. Como medidas preventivas mais adotadas mencionaram evitar: ambiente empoeirado, andar descalço, beber água gelada, exposição a fumaças, contato com brinquedos ou animais de pelúcia. Tosse frequente, “peito cerrado” e dificuldade de respirar foram os sintomas mais citados. Concluiu-se ser necessário criar programas destinados a desenvolver ações educativas de saúde com as famílias, no concernente ao estilo de vida, prevenção da exacerbação das crises e aderência ao tratamento.*

**DESCRIPTORES:** Estado Asmático; Prevenção & Controle; Família; Enfermagem.

*This study aimed to investigate how much families know about precipitating factors for asthmatic crisis in children; to identify their actions when a crisis occurs and the resources used to control it. It is a Cross-sectional and descriptive research, involving 50 relatives of children with asthma, using structured interviews. The results of the study show higher prevalence of asthma in children from 1 to 7 years old and that their relatives' knowledge on this disease remains superficial. The most mentioned prevention measures were to avoid: dusty environments, barefoot walking, drinking cold water, exposure to smoke, contact with plush toys or animals. Frequent cough, “tight chest” and breathing difficulties were the most cited symptoms. Programs need to be created to develop health education actions with these families, addressing lifestyle, prevention of crisis exacerbation and treatment adherence.*

**DESCRIPTORS:** Status Asthmaticus; Prevention & Control; Family; Nursing.

*La finalidad de este estudio fue investigar el conocimiento de la familia respecto a los factores precipitantes de la crisis asmática en niños; identificar las acciones de la familia ante una crisis asmática y los recursos utilizados para controlarla. Investigación transversal, descriptiva, con 50 familiares de niños asmáticos, mediante entrevista estructurada. Los resultados indicaron que la prevalencia de asma fue mayor entre los niños de 1 a 7 años y que los conocimientos de sus familiares acerca de esa enfermedad siguen siendo superficiales. Como medidas preventivas más adoptadas mencionaron evitar: ambiente con polvo, andar descalzo, beber agua helada, exposición a fumaradas, contacto con juguetes o animales de peluche. Tos frecuente, “pecho cerrado” y dificultad de respirar fueron los síntomas más citados. En conclusión, es necesario crear programas destinados a desarrollar acciones educativas de salud con las familias, respecto al estilo de vida, prevención de la exacerbación de las crisis y adhesión al tratamiento.*

**DESCRIPTORES:** Estado Asmático; Prevención & Control; Familia; Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Brasil (UFC). Endereço: Rua Aécio Cabral nº 300, casa 400, Cocó. CEP: 60135-480; Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: joselany@ufc.br.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Brasil. Bolsista FUNCAP/Brasil. E-mail: alzetelima@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira Livre-Docente. Professora do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Brasil. E-mail: soaresene@ig.com.br

<sup>4</sup> Doutora. Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFC. Brasil. E-mail: mairadi@bol.com.br

## INTRODUÇÃO

A asma pode aparecer inicialmente em qualquer idade, desde os primeiros dias de vida até a velhice. Concomitantemente ou não com as alergias das vias aéreas superiores<sup>(1)</sup>, representa uma das doenças crônicas mais comuns da infância<sup>(2)</sup>. É considerada um problema mundial com um aumento da carga socioeconômica sobre os indivíduos e a sociedade<sup>(3-4)</sup>.

A frequência de asma tem se elevado mundialmente e vem aumentando de acordo com o grau de urbanização das populações. A Organização Mundial da Saúde projeta um aumento da proporção da população mundial urbana em até 59% em 2025, o que poderá concorrer para um aumento do número de asma no mundo<sup>(5)</sup>. No país, ocorreram cerca de 273 mil internações por asma em 2007, gerando um custo aproximado, por internação, de 361 reais. Em média 2 mil portadores de asma evoluíram para a morte. As taxas de hospitalização são variadas, a depender do local de estudo e características regionais e ambientais<sup>(5)</sup>.

Entre as doenças crônicas dominantes na comunidade em geral, há evidências segundo as quais a asma torna-se cada dia mais grave, desencadeando atendimentos em unidades de emergência e limitação na qualidade de vida. Embora possa começar em qualquer idade, aproximadamente metade dos casos surge na infância, e, ainda que possa ser fatal, afeta mais frequentemente a faixa escolar<sup>(1)</sup>.

Em virtude da cronicidade da doença, o tratamento em crianças é geralmente feito no domicílio, sob a responsabilidade da família. Como observado em outros estudos, os conhecimentos dos familiares sobre a asma podem influenciar na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, no controle dos sintomas na criança e pouco conhecimento sobre a doença por parte dos familiares da criança asmática<sup>(6)</sup>. Essa desinformação foi apontada como um dos principais fatores responsáveis pela maior demanda de atendimento em pronto-socorro e maior taxa de hospitalização por crises asmáticas.

Diante desta realidade, surgiu o interesse em desenvolver esse trabalho, motivado ainda mais pela grande incidência de asma em crianças, o que pode prejudicar seu crescimento e o desenvolvimento por serem dependentes do cuidado da família. Portanto, é essencial conhecer a atitude dos familiares em face de uma crise asmática na criança. Enfim, apesar de todos os conhecimentos adquiridos sobre a doença e a produção de novos medicamentos, verifica-se a cada dia o aumento da morbimortalidade por asma. Autores referem que estresse, poluição do ar, alterações climáticas, entre outras causas, poderiam ser algumas das hipóteses para explicar, em parte, esse fato. Nesse tocante, vários autores ainda agregam, como relevantes para caracterização do perfil da morbimortalidade por asma, as mudanças no estilo de vida determinadas por diminuição do número de filhos, condições de habitação, urbanização, controle de algumas doenças infecciosas, maior cobertura das vacinações e diferenças na exposição aos alérgenos domiciliares.

Conforme se verifica na literatura, um dos fatores a contribuir para esse acontecimento é a falta de orientação e educação dos pacientes ou dos seus familiares acerca da doença e das suas conseqüências.

Portanto, a conscientização dos pacientes e/ou familiares sobre a doença faz parte do tratamento. Deve-se orientar tanto sobre sua intensidade e/ou gravidade, como sobre sua importância, em que consiste o tratamento contínuo e qual a forma correta de agir no momento da crise. Considera-se fundamental a realização de estudos desta natureza, pois a partir do diagnóstico dos déficits de conhecimento identificados pode-se direcionar de forma eficaz ações na educação dessas famílias. Atividades como esta tornam-se necessárias, tendo em vista a existência de vários fatores ambientais envolvidos na história natural da doença.

Ante essas considerações, foram delineados para este estudo os seguintes objetivos: investigar o conhecimento da família em relação aos fatores pre-

cipitantes da crise asmática na criança; identificar as ações da família diante de uma crise asmática e os recursos utilizados para controlá-la com vistas a evitar as repercussões da doença na vida da criança portadora de asma.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, descritivo, desenvolvido no ambulatório de asma de um hospital infantil público, localizado no município de Fortaleza-CE. A pesquisa foi realizada no período de abril a julho de 2008. Justifica-se a opção por esses meses em virtude da instabilidade sazonal. Este ambulatório, considerado referência para o Norte e Nordeste, atende crianças e adolescentes da capital e, também, do interior do estado e de estados vizinhos.

Quanto à população, foi formada por familiares de crianças portadoras de asma, cadastradas no ambulatório de asma, atendidas mais de uma vez no período do estudo maio a abril de 2009, motivadas pela crise asmática. A amostra foi selecionada de forma aleatória, durante o atendimento no ambulatório de pediatria, constituída por um total de 50 familiares — o número de familiares entrevistados foi definido mediante a saturação das respostas.

Os participantes da pesquisa aceitaram responder voluntariamente o instrumento contendo questões voltadas a esclarecer sobre as medidas adotadas para evitar a crise asmática da criança; cuidados implementados durante a crise asmática; formas de realização da limpeza do domicílio; conhecimento sobre como deve ser o quarto de uma criança asmática e opinião a respeito da asma atrapalhar ou não a vida da criança. Os critérios de inclusão seguidos para este estudo foram familiares que conviviam no mesmo domicílio da criança e estavam envolvidos diretamente nos cuidados domiciliares e serem cuidadores diretos no período de crise asmática da criança. Foram excluídos do estudo familiares com dificuldade em responder adequadamente as questões.

Para a coleta de dados adotou-se uma entrevista estruturada, com roteiro previamente elaborado, constituído de duas partes. A primeira continha os dados da criança (idade, sexo, escolaridade) e da família (grau de parentesco, idade, sexo, escolaridade), e a segunda investigava: ano do diagnóstico da asma; o número de internamento por causa da asma; a conduta implementada durante uma crise asmática e sintomas apresentados; os cuidados instituídos para minimizar as crises de asma.

O instrumento de coleta de dados foi testado e submetido à apreciação de especialistas, enfermeiros e médicos que trabalham com crianças asmáticas no ambulatório de pediatria, e contemplou as seguintes variáveis: idade na primeira crise, sexo, sintoma apresentado durante a crise, número de internações, conduta da família durante a crise, fatores desencadeantes da crise e medidas adotadas para evitar a crise. Como exigido, inicialmente foi encaminhado à instituição, lócus da pesquisa, o projeto para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número de registro 25/06, sendo aprovado em 27.03.2006. Em campo, procedeu-se em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas pela Resolução 196/96<sup>(7)</sup> do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Ressalta-se o seguinte: os familiares que aceitaram participar deste estudo foram esclarecidos sobre sua importância e foi-lhes assegurado sigilo quanto à sua identidade e liberdade de participarem ou não e, independente de sua escolha, não haveria prejuízo de qualquer natureza no atendimento no serviço. Por fim, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de serem entrevistados.

Para garantir o anonimato dos familiares, todos foram codificados com a letra F (família), seguida do numeral correspondente ao lugar de ordenação de cada um na pesquisa, variando de 1 a 50, ou seja, as entrevistas aqui apresentadas foram identificadas como F1, F2 até F50.

As respostas foram organizadas em tabelas de acordo com as questões elaboradas para atender aos

objetivos propostos, e a análise foi de natureza quantitativa de acordo com as frequências absolutas, orientada pela estatística descritiva.

## RESULTADOS

Na análise dos resultados, segundo verificou-se, os familiares participantes do estudo eram em sua maioria mães na faixa etária de 20 a 39 anos, no total de 40 participantes. Os demais, pais, tios e avós, no total de 10, encontravam-se na faixa etária de 19 a 65 anos. Como observou-se, dos 50 entrevistados, 47 eram alfabetizados, e possuíam, em média, mais de quatro anos de estudo.

Conforme identificado, a prevalência da asma foi maior no sexo masculino, entre as crianças na fase pré-escolar (3 a 6 anos), no total de 33 crianças, seguida do escolar (6 a 12 anos), com 10 e adolescentes (12 a 18 anos), sete.

De modo geral, a idade do início dos sintomas e a manifestação da primeira crise asmática são bem recordadas pelas famílias. Segundo respondeu a maioria delas, para 39 crianças, os sintomas surgiram antes de 1 ano até 3 anos de idade. Em 11 crianças, as crises se iniciaram entre 4 e 11 anos de idade. Com relação aos sintomas da asma apresentados pelas crianças, conforme a maioria dos familiares relata, 34 crianças manifestaram tosse freqüente, “peito cerrado” e dificuldade de respirar.

No referente às internações das crianças motivadas pela crise asmática, 32 foram internadas mais de duas vezes, 12 pelo menos uma vez e seis nunca haviam sido internadas, necessitando apenas de serviço de emergência ou ambulatorial.

Quanto à conduta da família diante de uma crise asmática da criança, grande parte dos familiares, cerca de 30, levava seus filhos logo que se iniciava uma nova crise de asma ao serviço de saúde. Outros familiares, no entanto, administravam medicação, com o uso de broncodilatadores e/ou medicamentos fitoterápicos.

Com relação às medidas preventivas adotadas pelas famílias participantes deste estudo destinadas a evitar a crise asmática, foram as seguintes, como demonstrado na tabela 1.

**Tabela 1** — Medidas adotadas pelos familiares para evitar a crise asmática da criança. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

Família	Relato	Total
F2, F6, F7, F8, F9, F12, F16, F18, F19, F20, F21, F22, F23, F24, F26, F30, F33, F35, F44	Evitar poeira e não comer coisa quente	19
F9, F11, F12, F13, F17, F18, F19, F22, F24, F27, F31, F43, F46, F47, F48, F50	Limpar a casa	16
F10, F29, F34, F36, F38, F45	Não ter bicho de pelúcia	6
F14, F37, F45, F49	Não deixar comer gelo, coisa gelada	4
F1, F15	Dar remédio	2
F2, F9	Não fumar	2
F3, F25	Não deixar andar descalço	2
F4, F41	Não sabe	2
F5	Dar chá que a vizinha indicou	1

É curioso destacar como as famílias conseguem identificar algumas medidas para evitar a crise asmática na criança, bem como os fatores desencadeantes da crise: evitar poeira, não comer coisa quente, 19; limpar a casa, 16; não ter bicho de pelúcia, seis; não deixar comer gelo, coisa gelada, quatro; dar medicação, dois; não fumar, dois; não deixar andar descalço, dois; dar chá que a vizinha indicou, uma. Apenas duas famílias não mencionaram as medidas para evitar a crise.

**Tabela 2** — Cuidados realizados pelos familiares durante a crise asmática da criança. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

Acompanhante	Relato	Total
F1, F3, F4, F5, F6, F7, F9, F10, F12, F14, F16, F20, F21, F22, F25, F27, F28, F31, F33, F36, F37, F39, F40, F42, F43, F45, F46, F47, F48, F50	Não pegar poeira, sol quente ou pegar sereno	31
F17, F19, F30, F34, F38	Dar medicação e aerossol	5
F2, F8, F10, F12	Ficar de repouso	4
F11, F13, F23	Não criar animais, não varrer a casa	3
F18, F26	Não ter bicho de pelúcia, lavar roupa de dormir todos os dias.	2
F49, F50	Não dar banho em água fria	2
F15	Não chegar perto de pessoa gripada	1
F41	Não deixar pegar em nada que tem pêlo	1
F44	Não deixar andar de pés descalços, sem camisa, deixar muito tempo no banho.	1

Como mostram os dados da tabela 2, os cuidados desempenhados durante a crise de asma foram: não se expor a poeira, ambiente quente ou sereno, 31 familiares; dar medicação e aerossol, cinco; ter repouso, quatro; não ter animais e não varrer a casa na presença da criança, três; não ter bicho de pelúcia, lavar as roupas de dormir, dois; evitar tomar banho em água fria, dois; e evitar infecções, como gripe, um familiar. Apenas um demonstrou medo, quando comentou segurar o filho e chorar muito.

**Tabela 3** — Medidas adotadas pelos familiares para realizar a limpeza do domicílio. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

Acompanhante	Relato	Total
F1, F3, F5, F6, F8, F10, F11, F13, F17, F21, F22, F30, F31, F32, F33, F35, F36, F46	Varre e passa o pano úmido	18
F7, F12, F18, F20, F23, F34, F37, F38, F39, F40	Varre com vassoura, normalmente	10
F9, F16, F24, F25, F27, F28, F29, F47, F49	Varre quando a criança está na escola, usa pano úmido para tirar a poeira	9
F15, F41, F42, F44, F45, F48, F50	Vassoura especial, para não fazer poeira	7
F14, F19, F26, F43	Varre com vassoura de palha, molha a casa para poder varrer	4
F2	Lava a casa	1
F4	Não sabe	1

Quanto às medidas adotadas pelos familiares para realizar a limpeza do domicílio, o item varrer o domicílio com pano úmido foi referido por 16 dos 50 entrevistados, destacando-se como principal medida, enquanto apenas um dos familiares não sabia responder. É notória a preocupação dos familiares em implementar medidas de redução da propagação de poeira e o seu contato com a criança asmática.

**Tabela 4** — Conhecimento dos familiares sobre como deve ser o quarto de uma criança asmática. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

Acompanhante	Relato	Total
F2, F3, F4, F6, F7, F8, F24, F25, F29, F30, F32, F35, F36, F37, F42, F44, F46, F50	Não ter poeira	18
F10, F13, F14, F16, F18, F21, F26, F43, F45, F47, F48	Ser limpo e ventilado	11
F1, F5, F11, F17, F19, F27, F28, F33, F34	Não ter animais ou bicho de pelúcia	9
F9, F12, F15, F23, F31	Trocar lençóis	5
F22, F38, F39, F40	Sem tapete, sem cortina	4
F20	Não sabe	1
F41, F49	Quarto de criança normal	2

Com relação ao quarto da criança asmática, os familiares ressaltaram a importância de não ter poeira, ser limpo e ventilado como forma eficaz de prevenir crises asmáticas. Contudo, alguns acreditam que deve ser tratado como quarto de criança normal e um dos familiares não soube responder.

**Tabela 5** — Opinião dos familiares a respeito da asma atrapalhar ou não a vida da criança. Fortaleza, CE, Brasil, 2006

Acompanhante	Relato	Total
F3, F9, F10, F15, F18, F21, F24, F26, F27, F28, F30, F33, F34, F36, F44, F46	Sim, porque não pode brincar	16
F2, F7, F11, F12, F13, F17, F19, F37, F38, F42, F45, F47, F48	Sim, falta muita à aula	13
F1, F31, F39, F41	Não, porque a vida dele é normal, brinca normal	4
F6, F40, F43, F50	Sim, porque fica doente	4
F5, F32, F49	Sim, prejudica comer, falar e não pode ter contato com animal	3
F14, F25, F35	Sim, porque fica muito tempo no hospital	3
F20, F22, F23	Sim, porque fica só em casa dependente de remédio	3
F8	Sim, atrapalha a vida dele como a minha, porque falta ao trabalho	1
F16	Sim, porque tenho de ir com ele para a casa da avó porque a minha é muito quente e ele passa mal	1
F29	Sim, porque a criança fica triste	1
F4	Não sabe	1

Segundo fatores relacionados a doença e estilo de vida, conforme a maioria dos 44 familiares referiu, a asma atrapalha a vida da criança, como mostra a tabela 5. Alguns relataram que não envolvia somente a criança, mas, também, havia repercussões no cotidiano da família, trabalho e convívio social.

## DISCUSSÃO

Este estudo revelou que a prevalência da asma foi maior entre as crianças do sexo masculino, na fase pré-escolar. Como mostram determinadas pesquisas, a doença começa nos primeiros anos de vida, podendo tornar-se persistente ao longo do tempo<sup>(8-9)</sup>.

Uma das razões para esta diferença entre os meninos e as meninas pode estar ligada à fisiologia dos dois sexos, pois existem diferenças geométricas entre as vias aéreas, com menor resistência ao fluxo aéreo dos brônquios nas meninas<sup>(9)</sup>.

Com relação à incidência de internações, apenas seis das 50 crianças não necessitaram de internação hospitalar. Consoante mostra o dia-a-dia, a análise das taxas de hospitalização de crianças asmáticas tem sido uma preocupação universal e o alto número de internações com diagnóstico de crise asmática, provavelmente, reflete a falta de tratamento normatizado da asma nos casos analisados, o que leva as crianças à situação de risco.

Acrescenta-se, ainda, à alta prevalência de sintomas de asma e hospitalização alguns fatores, tais como: baixa escolaridade dos pais, baixa renda, questões ambientais (aglomeração), hábitos de vida (tabagismo dos pais) e uso restrito de medicações nas crises. É possível traçar um perfil deste grupo, o qual demonstra o quanto a asma ainda é relegada pelos serviços como uma doença crônica grave, que necessita de tratamento contínuo. Tal realidade desperta para a importância do desenvolvimento de processos educacionais eficientes, cuja meta seja modificar atitudes, hábitos e percepções a respeito da doença. Nesse processo de mudança, o profissional de saúde revela-se como ator principal.

Neste sentido, as medidas para o controle de asma pela equipe de saúde são limitadas, sobretudo por serem conseqüências das condições socioeconômicas da população.

Ao se partir do enfoque familiar como uma dimensão da atenção básica, percebe-se que a família constitui parte integrante do cuidado. Inserir o sistema familiar na proposta de atenção à saúde tem sido uma das dificuldades enfrentadas, sobretudo porque os serviços ainda estão alicerçados no paradigma biologicista no qual o foco do atendimento é individual, baseado em sintomas cujas atividades estão inseridas dentro dos programas elaborados pelo Ministério da Saúde<sup>(10)</sup>.

Quanto à conduta da família diante de uma crise asmática da criança, a maioria leva seus filhos logo que se inicia uma nova crise de asma para o hospital. Alguns, no entanto, administram medicação, com o uso de broncodilatadores e produtos fitoterápicos. Apesar da existência de terapia antiasmática eficaz, a asma não é adequadamente controlada. Das famílias entrevistadas, uma pequena parcela utiliza a medicação, ou seja, apenas cinco, o que demonstra um grave desconhecimento do uso desses medicamentos. O tratamento pode ser feito em casa, na maioria dos casos. Deve-se explicar para os pais que é possível o tratamento preventivo da exacerbação aguda.

A grande maioria das mães (n=30) vai ao hospital, geralmente aos serviços de emergência, para resolver o caso do início de uma crise asmática, gerando superlotação dos serviços, e com grau de resolubilidade a curto prazo.

Pode-se deduzir que haja dificuldade na aquisição de medicamentos prescritos por motivos econômicos dos familiares ou falta da medicação no serviço de saúde para o devido atendimento do público.

Inegavelmente, o conhecimento das medidas de controle ambiental e dos fatores desencadeantes da crise asmática na criança é indispensável ao correto manejo da doença, e atua até mesmo como fonte de proteção para hospitalização. A falta desses conheci-

mentos reflete uma deficiência da assistência prestada ao grupo. Muitos fatores contribuem para isso, tais como os componentes culturais, que influenciam no processo de aquisição das medidas corretas para prevenção da doença. Assim, no intuito de melhorar a qualidade no cuidado ao outro<sup>(11)</sup>, é importante os profissionais reconhecerem e identificarem as implicações dos fatores socioculturais no processo saúde-doença, buscando ampliar o foco do cuidado para além da dimensão biológica do indivíduo.

No presente estudo, as famílias conseguiram identificar as medidas para evitar a crise asmática na criança, bem como os fatores desencadeantes da crise, entre os principais, evitar poeira; limpar a casa; não ter bicho de pelúcia, animais domésticos, cortinas e tapetes no quarto). Apenas duas famílias não mencionaram as medidas para evitar a crise. Todas as medidas estavam voltadas para redução da poeira no domicílio.

Como adverte a literatura, o controle ambiental deve fazer parte do tratamento de criança asmática. Além da poeira domiciliar, a fumaça de cigarros no domicílio constitui um fator ambiental decisivo, considerado maléfico, sobretudo no caso de crianças asmáticas, conforme comprovam determinados estudos<sup>(12-13)</sup>. Nas residências onde havia crianças menores de 5 anos de idade com sintomas de asma, a presença do pai ou mãe tabagista chegou a quase 50%, e nestas residências as crianças asmáticas eram mais suscetíveis a ter crises constantes de asma em decorrência de contaminação ambiental.

Uma vez identificados os fatores desencadeantes das crises, pergunta-se por que os familiares não conseguem interferir de maneira eficiente. Uma hipótese seria a inexistência ou ineficácia das orientações dadas, ou a carência das informações<sup>(14)</sup> por parte dos profissionais da saúde ou pela própria natureza da doença, pois esta caracteriza-se por ser crônica, com fase assintomática. Como se sabe, a educação em saúde incompleta ou ineficiente pode acarretar um manejo inadequado no tratamento da doença,

particularmente porque essa não apenas fortalece a aderência à medicação, como também proporciona mudanças comportamentais.

Evidentemente a abordagem não-farmacológica é indispensável para tratar qualquer doença, inclusive a asma, pois apesar dos seus fatores hereditários, os ambientais contribuem para os processos alérgicos e inflamatórios crônicos. Desse modo, ressaltam-se os cuidados executados pelos familiares durante a crise asmática na criança, representados na tabela 2.

Segundo mostraram os resultados, os cuidados desempenhados durante a crise de asma foram essencialmente ligados aos fatores ambientais e à administração de medicação prescrita. As atuais diretrizes recomendam que as primeiras orientações devem ser implementadas antes mesmo do início do tratamento farmacológico, assim como acompanhamento com visita domiciliar regular. Profissionais da saúde devem continuamente educar pacientes asmáticos sobre a uso adequado das medicações, prevenção e manejo de exacerbações dos sintomas<sup>(14)</sup>.

Apesar da severidade da doença, algumas medidas simples podem ser tomadas para evitar mais transtornos no dia-a-dia. Cuidar do ambiente, por exemplo, é tão decisivo quanto fazer uso correto das medicações. A casa precisa ser limpa, pois, de forma geral, alguns alérgenos são aerotransportados e estão associados com o caráter refratário da doença<sup>(13)</sup>. Por isso, é essencial o conhecimento dos familiares sobre como proceder quanto ao ambiente no qual seus filhos vivem, como relatado pelos familiares, na tabela 3.

Portanto, vários são os fatores que podem propiciar o aparecimento da crise asmática, tais como: ácaros da poeira doméstica, pêlos de animais (gato e cachorro), pólenes, fumaça de cigarros, entre outros. Por isso, devem ser tomadas algumas medidas para combatê-los, pois crianças asmáticas precisam viver em ambiente limpo e ventilado. Devem evitar umidade e condensação. Ficou evidenciado que as famílias possuem conhecimento da importância desses fatores

ao manterem o quarto dos seus filhos limpo e ventilado, sem presença de animais ou bicho de pelúcia; ao trocarem os lençóis regularmente e ao manterem o quarto sem tapete e sem cortina. Elas sabem quais os malefícios provocados caso não primem por uma limpeza adequada.

Embora o tratamento farmacológico seja importante no controle dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida, o controle dos fatores ambientais, como alérgenos, poluentes e fumo, contribui para o maior controle da doença, com redução da necessidade de medicação.

A literatura consultada sobre asma ressalta que as medidas de controle ambiental devem fazer parte do tratamento do asmático, com vistas a reduzir tanto a intensidade das crises como o espaço entre elas<sup>(13,15-17)</sup>.

Como se sabe, a limpeza do ambiente onde a criança asmática vive é extremamente crucial no processo de prevenção das doenças alérgicas. Em outros estudos<sup>(18)</sup>, as condições do quarto da criança não eram ideais em uma parcela significativa da amostra: havia cortina em 60 dos 150 domicílios (40%), carpete em 40 deles (27,3%) e mofo em 46 (30,7%).

As crises de asma geram sofrimento para as crianças, pois mudam totalmente seu estilo de vida. Durante a crise, há alterações emocionais, sobretudo por deixarem de ir à escola, fazer suas tarefas escolares e por se privarem do lazer. Diante da situação, os pais devem tranquilizar a criança e explicar-lhe o que está acontecendo. É preciso dar-lhe carinho, amor e atenção para facilitar a convivência com a mudança.

No geral, os familiares afirmaram alteração no cotidiano da criança asmática e como principais inconvenientes citaram: a criança não pode brincar, falta à aula, prejudica comer, falar, não pode ter contato com animais, têm que tomar medicação, hospitalizações freqüentes, além de mudança na rotina da família, como falta ao trabalho, e mudança ambiental.

Levantar de repente, de madrugada, freqüentar serviços de emergências e pronto-socorros de hos-

pitais, seguir várias recomendações médicas, mudar o estilo de vida no intuito de evitar que o filho entre em contato com substâncias passíveis de desencadear a asma, são procedimentos constantes numa família cuja criança sofra de asma. Tudo isso compromete a qualidade de vida dessas crianças. Diante deste agravo, a enfermeira exerce papel decisivo. Cabe-lhe, especialmente, orientar sobre as intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, auxiliando os pais e pacientes no estabelecimento de metas realistas para controle da doença<sup>(15)</sup>.

## CONCLUSÕES

No desenvolvimento deste estudo, conforme se pôde observar, os conhecimentos dos familiares acerca da doença asmática em seus filhos são restritos. Isto pode influenciar na adesão ao tratamento e, conseqüentemente, no controle dos sintomas apresentados pela doença.

Consoante a maioria dos médicos enfatiza, as crianças asmáticas devem levar uma vida normal, logicamente considerando algumas condições especiais, sobretudo para que a doença não afete tão intensamente seu estado psíquico. Para a criança asmática é importante desenvolver suas tarefas. Importa, também, buscar um tratamento psicológico, em conjunto com os familiares. Desse modo, é possível se evitar uma rotina focada em remédios, medos e traumas.

Em face da escassez de literatura, urge a realização de mais estudos dessa natureza. Como exposto, o tema ora investigado trata das ações da família e seu conhecimento em face da crise asmática. Com base nos déficits de conhecimento identificados, espera-se elaborar programas educativos voltados para a orientação no concernente ao estilo de vida, prevenção da exacerbação das crises, aderência ao tratamento, entre outros. Por serem vários os fatores ambientais favoráveis ao desencadeamento da doença e à exacerbação das crises, atividades como esta podem se revelar de larga utilidade. Consoante observado, a par-



ticipação da família na prevenção e controle da crise asmática na criança pode ser muito útil, requerendo para tanto obtenção de melhores resultados.

## REFERÊNCIAS

1. Pecher SA. Asma brônquica no idoso. *Rev Para Med.* 2007; 21(3):47-51.
2. Casagrande RRD, Pastorino AC, Souza RGL, Leone C, Solé D, Jacob CMA. Prevalência de asma e fatores de risco em escolares da cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(3):517-23.
3. Gelfand EW. Advances in therapy for adult asthma. *Clin Cornerstone.* 2008; 8(4):62-75.
4. Eisner MD. Passive smoking and adult asthma. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2008; 28(3):521-37.
5. Souza-Machado C, Souza-Machado A, Franco R, Ponte EV, Cruz AA. Impacto do PROAR (Programa para o controle da asma e da rinite alérgica na Bahia) sobre a utilização de recursos de saúde, custos e morbi-mortalidade por asma em Salvador. *Gaz Méd Bahia* 2008; 78 (suppl 2):59-63.
6. Guedes MVC, Lima LHO, Carvalho ALB, Oliveira FDM. Conhecimentos das mães sobre prevenção e controle de crise asmática dos filhos. *Rev Rene.* 2005; 6(2):32-8.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4(2 supl.):15-25.
8. McCallister JW, Mastronarde JG. Sex differences in asthma. *J Asthma.* 2008; 45(10):853-61.
9. Spahn JD, Covar R. Clinical assessment of asthma progression in children and adults. *J Allergy Clin Immunol.* 2008; 121(3):548-57.
10. Moreno V. Enfermeiras das unidades básicas de saúde: visão sobre a família. *Rev Rene* 2008; 9(1):9-18.
11. Frota MA, Martins MC, Santos RCAN. Significados culturais da asma infantil. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(3):512-6.
12. Chanez P, Wenzel S. Severe asthma. *Presse Med* 2008; 37(1 Pt 2):99-105.
13. Cleenewerck A, Raheison C, Magnan A, Tunon-de-Lara JM. Allergy and refractory asthma: new etiological and treatment pathways. *Press Med* 2008; 37(1 Pt 2):129-35.
14. Bernstein DI. ABCs of asthma. *Clin Cornerstone* 2008; 8(4):9-25.
15. Huang CY, Cheng SF. Exercise-induced bronchospasms in children. *Hu Li Za Zhi.* 2008; 55(3):21-5.
16. Yang IA, Savarimuthu S, Kim ST, Holloway JW, Bell SC, Fong KM. Gene-environmental interaction in asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2007; 7(1):75-82.
17. Vargas PA, Brenner B, Clark S, Boudreaux ED, Camargo CA. Exposure to environmental tobacco smoke among children presenting to the emergency department with acute asthma: a multicenter study. *Pediatr Pulmonol.* 2007; 42(7):646-55.
18. Melo RMB, Lima LS, Sarinho ESC. Associação entre controle ambiental domiciliar e exacerbação da asma em crianças e adolescente do município de Camaragibe, Pernambuco. *J Bras Pneumol.* 2005; 31(1):5-12.

RECEBIDO: 13/07/2009

ACEITO: 22/01/2010

## PROMOÇÃO DA SAÚDE ÀS GENITORAS DE BEBÊS PREMATUROS: AÇÃO DA ENFERMAGEM NA ALTA HOSPITALAR

### HEALTH PROMOTION TO MOTHERS OF PRETERM INFANTS: NURSING ACTION IN HOSPITAL DISCHARGE

### PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA LAS MADRES DE BEBÉS PREMATUROS: ACCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ALTA HOSPITALARIA

ANAILZA DE SOUZA DUARTE<sup>1</sup>

WILLYS DA SILVA SANTOS<sup>2</sup>

LEIDE DAYANE BARBOSA DA SILVA<sup>2</sup>

JOSEPH DIMAS DE OLIVEIRA<sup>3</sup>

KARLA JIMENA ARAÚJO DE JESUS SAMPAIO<sup>4</sup>

*A prematuridade é a principal causa de internação nas unidades neonatais configurando-se como problema de Saúde Pública. Objetivou-se conhecer a visão da equipe de enfermagem acerca da realização de ações junto às mães frente à alta hospitalar do prematuro. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em um hospital de Barbalha-CE, com doze membros da equipe de enfermagem que atuam junto às mães de prematuros na unidade referida, em 2008. Os dados coletados foram analisados por meio da categorização de falas e pelo método de análise de conteúdo. Emergiram do estudo as seguintes categorias temáticas: preparo materno para a alta do prematuro; orientações de enfermagem para o cuidado ao prematuro e dificuldades no preparo materno para a alta do prematuro. Constatou-se que, a realização de Educação em Saúde para alta do bebê prematuro é importante ao desenvolvimento da confiança materna no cuidado ao filho, influenciando na qualidade de vida no pós-alta.*

**DESCRIPTORIOS:** Enfermagem Pediátrica; Educação em Saúde; Prematuro; Alta Hospitalar.

*Prematurity is the main cause for hospitalization in neonatal units being considered a problem of Public Health. It was aimed to know the view of the nursing team on the accomplishment of actions with mothers facing hospital discharge of preterm infants. This is a qualitative study carried out at a hospital in Barbalha-CE-Brazil, with twelve members of the nursing team that act with mothers of preterm infants in neonatal unit, in 2008. The data collected were analyzed through speeches categorization and method of content analysis. The following thematic categories were identified in the study: maternal preparation for the preterm infant discharge; nursing orientations for preterm infant care; and difficulties in maternal preparation for the preterm infant discharge. It was verified that the accomplishment of Health Education in preterm infants' discharge is important to develop maternal trust in the care to the child, influencing in the post-discharge quality of life.*

**DESCRIPTORS:** Pediatric Nursing; Health Education; Infant, Premature; Patient Discharge.

*La prematuridad es la principal causa de hospitalización en las unidades neonatales configurada como problema de salud pública. Tuvo como objetivo conocer el punto de vista del equipo de enfermería sobre la ejecución de acciones con las madres ante el alta hospitalaria del prematuro. Se trata de un estudio cualitativo, llevado a cabo en un hospital de Barbalha-CE, Brasil, con doce miembros del equipo de enfermería que atienden madres de bebés prematuros en la unidad citada, en 2008. Los datos obtenidos fueron analizados mediante la categorización de las pláticas y el método de análisis de contenido. Surgieron a partir del estudio los siguientes temas: preparación materna para el alta del prematuro; orientaciones de enfermería para el cuidado con el prematuro y dificultades en la preparación de la madre para el alta del prematuro. Se comprobó que la realización de la Educación en la Salud para el alta hospitalaria del bebé prematuro es importante para el desarrollo de la confianza materna al tener que cuidar a su hijo, lo que influye en la calidad de vida después del alta hospitalaria.*

**DESCRIPTORES:** Enfermería Pediátrica; Educación en Salud; Prematuro; Alta del Paciente.

<sup>1</sup> Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Especialista em Urgência e Emergência, pela Faculdade Integrada de Patos (FIP). Enfermeira do Programa de Saúde da Família de Petrolina (PE). Brasil. E-mail: anailzaduarte@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA). Brasil. E-mail: leidedaiane.barbosa@hotmail.com; sylliwdasilva@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeiro. Aluno do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde (Enfermagem), da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Professor Auxiliar da URCA. Rua Dr. Florêncio de Alencar, 114, Centro, Barbalha-CE. Brasil. E-mail: josephdimas@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e Professora Adjunto da URCA. Brasil. E-mail: kjajs@uol.com.br

## INTRODUÇÃO

A assistência à saúde, na atualidade, vem buscando uma operacionalização por métodos mais resolutivos, humanizados e de qualidade. No âmbito neonatal, tem-se mostrada eficaz, com reflexos positivos no aumento das taxas de sobrevivência de recém-nascidos(RN) em condições de alto risco, como no caso dos prematuros.

Classifica-se como bebê prematuro ou pré-termo, todo aquele que nasce depois da 20ª semana e antes de se completarem as 37 semanas de idade gestacional e, com isso, apresentam órgãos e sistemas imaturos que terão que assumir funções para as quais ainda não se encontravam preparados<sup>(1-2)</sup>.

Reforçando a situação de fragilidade, os prematuros geralmente nascem em condição de baixo peso. O risco de morbiletalidade do prematuro também possui relação direta com os baixos índices de idade gestacional e peso ao nascer<sup>(3)</sup>. No Brasil, vem se observando uma tendência de aumento da prematuridade. Estudos de coorte de nascimentos realizados em Ribeirão Preto (São Paulo) e Pelotas (Rio Grande do Sul) demonstraram claramente essa tendência.

O percentual de nascimentos pré-termo (< 37 semanas) no Brasil variou de 5%, em 1994, a 6,6%, em 2005, sugerindo um aumento, estatisticamente significativo, na proporção de partos prematuros no país como um todo neste período. Em 1994, o grupo de idade entre 28 e 36 semanas era responsável por 85,5% dos casos de prematuridade e, em 2005, o percentual foi de 94,6%. A partir de 2001, tornaram-se disponíveis para todo o Brasil dados sobre o número de recém-nascidos prematuros para as faixas etárias de 28 a 31 semanas e 32 a 36 semanas. No grupo com maior número de observações (32 a 36 semanas), o percentual variou, no período de 2001 a 2005, de 83,2% a 83,6%<sup>(4)</sup>.

Atualmente, a região nordeste apresenta uma média similar à média nacional, estando na faixa de 5-6%<sup>(5)</sup>. Esse número denota que essa parcela da po-

pulação persiste, resultando em investimento na rede assistencial e melhoria da qualidade na prestação desses serviços.

Destaca-se a importância do conjunto de intervenções obstétricas e neonatais ampliadas nos serviços e os mesmos serviços, assim como tem sido alvo de constantes reavaliações. O atendimento ao prematuro, principalmente nas unidades de terapia intensiva, tem se reestruturado, passando a envolver a mãe de forma mais intensa no processo de cuidados do bebê, visando à minimização do impacto trazido por um parto prematuro<sup>(6)</sup>.

A interrupção da gravidez em período precoce pode acarretar nas mães sentimentos contraditórios ao passo em que esta gera uma expectativa de um filho em tempo normal. Paralelamente, o trabalho de parto prematuro conduz ao medo e ansiedade de perdê-lo ou mesmo algum problema de saúde. A institucionalização, em especial do prematuro, rompe a tradicional seqüência do esperado com o nascimento do bebê (saída da maternidade e chegada ao domicílio). Nessas circunstâncias, quando impossibilitada de estar junto ao filho, a mãe experimenta sentimentos provenientes da separação como o medo, a ansiedade, a timidez ou estados de depressão<sup>(7)</sup>.

Nesse contexto surge a importância da equipe de enfermagem, enquanto parte dos profissionais de saúde do binômio mãe-filho, assim como, dos cuidados neonatais, no sentido de oferecer uma assistência de qualidade, pautada na responsabilidade, conhecimento e, sobretudo humanização.

Quanto à humanização do cuidado neonatal, recomendam-se várias ações voltadas para o respeito da individualidade, garantia da tecnologia que permita a segurança e acolhimento do RN e sua família buscando facilitar o vínculo pais-bebê durante sua permanência no hospital e após a alta<sup>(8)</sup>.

Dentre os demais profissionais da equipe de saúde, os de enfermagem encontram-se em posição estratégica na coordenação e realização de planos de assistência direcionados aos recém-nascidos interna-

dos, uma vez que prestam sua atenção de forma contínua ao prematuro, a fim de promover a sua reabilitação, objetivando a alta hospitalar<sup>(9)</sup>.

O preparo para a alta hospitalar não pode ser visto como um evento pontual e isolado delegado a momentos prévios à saída do bebê, devendo ser visto e organizado continuamente, objetivando fornecer informações à família capacitando-a para atuar em situações críticas em ambiente hospitalar até a chegada ao hospital<sup>(10)</sup>.

Dessa forma, para que a mãe do bebê prematuro, inicie a aproximação com o seu filho, dentro da rotina de cuidados da unidade, ela terá de lidar com o impacto que o parto antecipado e a própria existência de um filho prematuro lhe causa. Todo esse processo necessita de apoio e momentos de aprendizado e educação que devem emergir da relação equipe de saúde/mãe/neonato prematuro, no intuito de preparar a mãe para que essa assuma o papel de prestadora de cuidados em âmbito domiciliar, chegando ao momento da alta hospitalar segura das suas responsabilidades.

A prematuridade e a conseqüente hospitalização do RN configuram-se como situações de crise para a mãe, mesmo que a alta hospitalar almejada, pode ser um momento de ansiedade e medo. O preparo materno pode amenizar esses sentimentos; alguns questionamentos surgem a partir dessas reflexões: qual o entendimento da equipe de enfermagem acerca do preparo materno para a alta hospitalar do RN prematuro? Quais orientações de enfermagem, referentes a este processo, são fornecidas durante a internação? Que dificuldades a equipe de enfermagem encontra para trabalhar essas orientações com as mães em âmbito hospitalar?

Nessa direção, a promoção da saúde no cuidar do RN prematuro no contexto hospitalar implica o enfoque do trabalho em equipe valorizando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais no processo de adoecimento e sofrimento, para assim, proporcionar cuidados que venham a atender as necessidades de quem se está cuidando<sup>(11)</sup>.

Além disso, a educação em saúde, por meio das orientações as mães de bebês prematuros, poderá ser uma ferramenta eficaz no sentido de instrumentalizá-las para um cuidar mais efetivo aos seus filhos.

Essas indagações nos conduzem ao objeto de discussão deste estudo, que visa conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca do preparo materno para a alta hospitalar do recém-nascido prematuro.

## MÉTODOS

Trata-se um estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa. Essa abordagem mostrou-se adequada aos objetivos propostos já que garantiu a valorização da interação entre sujeitos e pesquisador<sup>(12)</sup>.

O estudo exploratório proporciona ao investigador maior familiaridade com determinado problema, pois busca desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno ocorre.

A abordagem qualitativa responde as questões particulares, corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser investigados ou compreendidos por meio de estatísticas. Ainda encontra-se direcionada a investigação dos significados das relações humanas, captando emoções frente a situações vivenciadas no cotidiano dos sujeitos<sup>(12)</sup>.

O estudo teve como lócus um hospital/maternidade filantrópico credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado do município de Barbalha situado no sul-cearense. A instituição referida dispõe de uma unidade neonatal composta por 13 leitos, agrupados por níveis de complexidade assistencial em: intensiva (sete leitos) e cuidados intermediários (seis leitos). O hospital também possui 8 leitos destinados ao método mãe-canguru, ao alojamento conjunto e um banco de leite humano<sup>(13)</sup>.

Ressalta-se que, somente as unidades de cuidados intermediários, mãe-canguru e o banco de leite humano representaram o cenário do estudo, considerando a proximidade que os RN admitidos nesses

locais têm da alta hospitalar e o acompanhamento contínuo das mães nestes setores.

Os sujeitos do estudo foram os membros da equipe de enfermagem que prestam assistência ao RN prematuro nos cenários da pesquisa e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: encontrar-se no contexto do estudo durante o período de coleta de dados e aceitar participar do estudo.

Sendo assim, foram compostos de doze membros da equipe de enfermagem e identificados por letras e números (N1, N2... N12), de acordo com a ordem em que foram entrevistados.

O tamanho da amostra também foi definido conforme a saturação de dados das informações compartilhadas com o pesquisador<sup>(12)</sup>. Na pesquisa qualitativa, não é determinado por regras difíceis e inflexíveis, mas por outros fatores, como a profundidade e duração requeridas para cada entrevista<sup>(12)</sup>.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e quanto ao nível de estruturação, utilizou-se a forma semi-estruturada, com um roteiro preliminar embora, permita ao pesquisador acrescentar perguntas para aprofundar e esclarecer pontos relevantes ao estudo<sup>(14)</sup>.

A cada roteiro de entrevista foi atribuído um número de ordem, em respeito ao princípio de anonimato dos sujeitos. O instrumento de coleta de dados foi previamente submetido a um teste piloto. As entrevistas foram gravadas em áudio após consentimento prévio dos sujeitos, sendo coletados em junho de 2008 na unidade hospitalar que configurou o contexto de estudo.

Após transcrição, realizou-se leitura minuciosa dos textos transcritos e da categorização de falas, segundo o método de análise de conteúdo<sup>(12)</sup>, que consiste no tratamento de dados obtidos em textos ou gravações reduzidas a texto, cujo objetivo é compreender conteúdos manifestos ou ocultos e, organizadas na forma de categorias<sup>(12)</sup>.

A categoria refere-se ao agrupamento de elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si em torno de um conceito capaz de representá-los<sup>(15)</sup>. As informações obtidas

por meio da entrevista semi-estruturada foram analisadas a partir da leitura minuciosa dos textos transcritos e da categorização de falas segundo o método de análise de conteúdo.

Foram respeitados os aspectos presentes na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos e os referenciais básicos da Bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça<sup>(16)</sup>. Além disso, o presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Enfermagem (CEE) da própria instituição hospitalar e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, sendo então aprovado de acordo com o Parecer nº 28/08.

Assim, houve a garantia do anonimato dos participantes, bem como, o reconhecimento à vontade de cada indivíduo de participar ou não do estudo através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os sujeitos ainda foram instruídos acerca da natureza do estudo, dos seus objetivos e do sigilo das informações obtidas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da organização das falas da equipe de enfermagem, emergiram unidades de análise expressas nos conteúdos das entrevistas. Selecionaram-se três categorias que explicitam a percepção da equipe de enfermagem sobre o preparo das mães para o momento da alta hospitalar do prematuro, destacando-se quais orientações são repassadas e as dificuldades que surgem para o preparo materno objetivando a alta do prematuro.

- Categoria 1: Preparo materno para a alta do prematuro
- Categoria 2: Orientações de enfermagem para o cuidado ao prematuro.
- Categoria 3: Dificuldades no preparo materno para a alta do prematuro.

## Preparo materno para a alta do bebê prematuro segundo a equipe de enfermagem

Devido à equipe de enfermagem está familiarizada, tanto com as necessidades do RN prematuro quanto de suas mães, buscou-se conhecer sua percepção quanto ao preparo materno para a alta do prematuro já que esta se configura como uma assistência da enfermagem.

As falas seguintes revelaram que é inegável a importância do preparo materno para a alta do bebê prematuro, consideraram essa preparação importante, visto que, todos os sujeitos referiram o preparo materno como essencial, reforçando sua relevância: *O preparo materno para a alta é fundamental ... (N1). ... é de suma importância ... (N7). Eu acho essencial (N8).*

A prematuridade é a principal causa de internações em unidades neonatais e a alta do prematuro é o momento mais aguardado pelos pais, gerando sentimentos que permeiam a tranquilidade, alegria e ansiedade<sup>(14)</sup>.

Desta forma, ir para casa representa um obstáculo a ser enfrentado, pois não importa a experiência adquirida com o filho, os pais estarão angustiados e assustados por se tornarem, agora, os responsáveis pela segurança do bebê e não mais a equipe neonatal<sup>(15)</sup>.

Diante da importância do preparo materno, cabe aos profissionais de saúde e, principalmente, a equipe de enfermagem transformar a realidade assistencial das mães de prematuros, com vistas a um preparo eficaz, emancipatório e responsável.

A atuação da equipe de enfermagem deve lançar mão de compreensão, da sensibilidade e da empatia para repassar as informações necessárias e a avaliar seu impacto, já que, a mãe quando preparada para cuidar do filho, satisfazendo suas necessidades integrais, torna-se multiplicadora de saúde<sup>(16)</sup>. Tendo em vista que, um preparo materno eficaz para a alta hospitalar assegura a continuidade da assistência hospitalar em casa.

## Orientações de enfermagem para o cuidado ao prematuro

Para que no momento da alta os pais, em particular a mãe, estejam preparados para cuidar do filho de maneira efetiva e segura, o ensino deve ser feito antecipadamente, sendo o preparo da alta iniciado desde a admissão. Isso contribui na aquisição de habilidades necessárias aos cuidados ao filho no lar. Logo, o preparo materno para a alta deve ocorrer durante toda e internação para reduzir expectativas que possam prejudicar a adaptação familiar ao bebê prematuro<sup>(14,17)</sup>.

Para melhor compreensão do preparo para a alta do bebê prematuro realizado pela equipe de enfermagem, procurou-se identificar as orientações fornecidas às mães desses bebês, conforme comprovado nas falas a seguir: *... a importância do aleitamento materno, a frequência do aleitamento materno, a frequência tem que ser de três em três horas, que não precisa dar nem água, a higiene do bebe, prevenção de assaduras a bigiene do coto umbilical ... (N1). ... tem que saber tudo, saber a hora de trocar a fralda, a importância de trocar o bebê, isso já evita uma assadura, a importância da alimentação no caso do seio livre tem que ser de no máximo três horas (N2). ... sobre a posição do bebê, o berço do bebê que ele vai ficar dormindo, porque a posição dele em casa também deve ser aquele um pouco mais elevado o decúbito, orienta também com relação à roupinha ... (N3). ... têm os cuidados pra não ter refluxo, pra não engasgar, e assim os cuidados básicos questão de troca e tudo. Observar a respiração porque ele tem uma respiração muito irregular ... (N5).*

As falas da equipe de enfermagem apontaram para o fornecimento de informações diversas referentes ao cuidado com bebê prematuro, com ênfase em cuidados básicos e promoção do aleitamento materno. Porém, há uma falta de padronização das orientações.

Esta ausência pode gerar informações contraditórias às mães e desgaste profissional, os quais poderiam ser minimizados se a equipe trabalhasse no sentido de dar maior consistência as orientações fornecidas<sup>(16)</sup>.

As orientações oferecidas por ocasião da alta devem ser concisas, claras e simples de entender, além disso, a equipe de enfermagem deve ser sensível a fatores que podem interferir na aprendizagem materna, inclusive o tempo que é demandado para prestar essas orientações<sup>(17)</sup>.

A atenção dispensada à mãe deve ser operacionalizada durante procedimentos como troca de fralda, no incentivo ao ato de tocar e acariciar o seu filho, na ordenha do leite materno, o qual deverá ser oferecido dessa forma, quando este não tem condições de ser amamentado ao seio<sup>(14)</sup>.

São instantes que, vivenciados com presteza, compreensão e diálogo, permitirão que as mães sejam agentes multiplicadores para os membros de sua própria família, além de contribuir para a aquisição de maior segurança em situações de fragilidade emocional.

A presença e a participação dos pais nos cuidados aos bebês na UTI Neonatal (UTIN) contribuem tanto para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho como para a redução do estresse causado pela hospitalização e no preparo para o cuidado à saúde no domicílio<sup>(18)</sup>.

Apenas em um discurso, foi referido que as orientações às mães de prematuros são ministradas por ocasião da alta: *... as orientações são feitas geralmente no momento da alta* (N1).

O depoimento anterior pode ser explicado devido ao fato de, ainda, existir um número reduzido de enfermeiras nas unidades neonatais e, geralmente, essas enfermeiras realizam atividades administrativas, de controle e organização do ambiente, restando pouco tempo para atuar na assistência diária aos prematuros e às suas mães<sup>(15)</sup>. O tempo dispensado para o preparo das mães pode se tornar também um fator negativo, se esse não for bem sistematizado.

Neste sentido surge a necessidade de entender quais as dificuldades encontradas pelos membros da equipe de enfermagem em trabalhar as orientações necessárias com as mães dos neonatos prematuros para um adequado cuidado em ambiente domiciliar.

## Dificuldades no preparo materno para a alta do prematuro

No sentido de aprofundar a compreensão acerca do preparo materno para a alta do prematuro, procurou-se averiguar as dificuldades encontradas pelos sujeitos. A equipe de enfermagem apontou a existência de muitas dificuldades.

Conforme exposto pela equipe de enfermagem, a principal dificuldade na preparação das mães para a alta do filho reside na falta de instrução materna apontada por sete sujeitos, o que dificulta o processo de orientação e entendimento das mães acerca do que é ensinado, como demonstra os depoimentos a seguir: *... a principal dificuldade é com aquelas mães que não tem um nível de escolaridade muito bom, a gente explica, orienta e elas não entendem ...* (N1). *... têm algumas que não tem muita estrutura não só econômica, mas instrução, algumas não sabem ler não sabem fazer nada, aí fica mais difícil pra essas mães ...* (N3). *... só infelizmente quando tem mãe que não tem estudo, fica difícil que por mais que você explique da maneira mais simples elas não entendem ...* (N4). *... existe algumas dificuldades com as mães que não sabem ler isso tudo é dificuldade ...* (N11).

A equipe de enfermagem também expôs como dificuldade, a inexperiência das mães no cuidado ao neonato e a experiência anterior da mãe com gestação a termo, citada por um membro da equipe como comprometedor da compreensão materna sobre os cuidados especiais que se deve ter com o prematuro: *... ela não teve essa prática, essa experiência de como é. De hoje lidar com esse pequenininho... é totalmente diferente ...* (N10).

Ainda, a falta de compromisso materno na manutenção da lactação foi citada por um sujeito do estudo como fator interferente no preparo materno: *... dificuldades maiores quando o bebe é muito prematuro que a mãe tem que ir pra casa e mesmo ensinando a coleta do leite materno elas nunca mandam e quando chegam é sem leite nenhum ...* (N9).

Tendo em vista as dificuldades apresentadas anteriormente, destaca-se que a escolaridade materna repercute na assistência de enfermagem, pois há dificuldades de comunicação com os pais de menor escolaridade que não entendem as orientações fornecidas<sup>(19)</sup>.

Dessa forma, a equipe de enfermagem deve buscar estratégias como utilizar uma linguagem mais simples para favorecer o preparo materno. Haja vista que, hospitais que atendem pacientes com as mais variadas formações socioeconômicas e culturais precisam adequar-se as diferenças em suas abordagens educacionais, assim a instrução e a linguagem são questões importantes a se considerar<sup>(7)</sup>.

Nessa perspectiva, a comunicação como um desafio na realização de uma assistência de qualidade é uma ferramenta que deve ser expressa com clareza, respeitando o grau de entendimento materno.

Logo, deve haver abertura para questionamentos e repetição do que é orientado, pois uma comunicação adequada reduz a ansiedade, ao passo que, aumenta a capacidade da mãe em assimilar o que lhe é repassado. Quando a comunicação entre a equipe de saúde e os pais e/ou familiares não existe, problemas maiores podem surgir, especialmente para a mãe, que estando muitas vezes internada com o neonato, sente-se responsável pela maior assimilação de informações e o repasse dessas para a família<sup>(14,16)</sup>.

Portanto, a linguagem e a instrução devem ser consideradas no âmbito da assistência às mães no preparo para a alta, a fim de, tornar as orientações fornecidas o mais compreensível possível para um bom entendimento por parte das mães.

Outra questão identificada por três sujeitos da equipe de enfermagem como dificuldade é a separação materna do ambiente familiar, já que, a internação do filho prematuro faz com que a mãe separe da família gerando nela o sentimento de preocupação, conforme evidenciado nas falas a seguir: ... *eu acho que a maior dificuldade é a preocupação que elas têm com outras crianças que deixam em casa ...* (N5). ... *no início tem*

*uma rejeição da mãe de ficar aqui porque tem mãe que tem que ficar muito tempo então essa mãe tem que deixar em casa a família, outros filhos então fica difícil ...* (N8). ... *as dificuldades são aquela que não querem se integrar muito, que quando vão aqui tem aquela preocupação de voltar pra casa ...* (N12).

A mulher, por desempenhar diversos papéis, simultaneamente, como o de mãe, esposa e dona de casa, enfrenta dificuldades devido à ausência prolongada do lar e pode conduzir a algumas deficiências, no bom encadeamento dos papéis<sup>(20)</sup>. Dessa forma, a permanência prolongada como acompanhante do filho prematuro institucionalizado gera também outros conflitos para a mãe, que podem resultar maior ansiedade em torno de seu casamento e preocupação com os filhos que esperam em casa, se esses porventura existirem.

Entende-se que a equipe de enfermagem deve ser sensível para identificar a real dificuldade materna e ajudá-la a vivenciar de maneira satisfatória essa experiência no ambiente hospitalar a fim de que, haja o seu preparo adequado<sup>(21)</sup>.

Pelos dados apresentados, perceberam-se diversas dificuldades no preparo materno para a alta do filho prematuro, cabendo à equipe de enfermagem identificá-las e buscar meios de contorná-las, para que haja um preparo materno satisfatório, evitando-se dúvidas e insegurança.

A equipe de enfermagem que assiste às mães de prematuros deve, ainda, esforçar-se no sentido de fazer com que elas entendam o porquê de se realizar determinados cuidados com o bebê prematuro que, por vezes, pode diferenciar-se daqueles oferecidos ao bebê a termo.

Dada a importância do preparo materno, é preciso buscar estratégias para fortalecê-lo no intuito de tornar esse preparo mais eficaz.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes deste estudo percebem o preparo materno para a alta do neonato prematuro como



aspecto essencial para que a mãe assuma com segurança, competência e responsabilidade o cuidado do filho no domicílio e percebem que este preparo ocorre através de orientações aos cuidados básicos com o bebê prematuro.

Dentre as dificuldades, identificaram-se o nível de escolaridade materna, a inexperiência materna no cuidado ao neonato, a ausência de experiência anterior com bebê a termo, a falta de compromisso com a manutenção da lactação, que podem afetar a qualidade do preparo materno para a alta do bebê prematuro.

Diante desse contexto, cabe aos profissionais de saúde, particularmente, de enfermagem, por estarem mais próximos às mães, buscar oferecer uma assistência de qualidade, a fim de minimizar os entraves e encontrar meios que facilite esse preparo.

Orienta-se a continuidade no preparo materno desde o pré-natal até os serviços de alta complexidade, já que, a prematuridade consiste em um problema de saúde pública e o esclarecimento prévio acerca dessa condição contribuiria para minimizar as dificuldades das mães cuidarem dos seus filhos após a alta hospitalar.

E no âmbito hospitalar, a equipe de enfermagem por estar mais familiarizada com o binômio deve oferecer uma assistência de qualidade a esta clientela, concebendo a mãe como parceira nos cuidados com o prematuro.

## REFERÊNCIAS

1. Cunha MLC, Procianoy RS. Banho e colonização da pele do pré-termo. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006; 27(2):203-8.
2. Rolim KMC, Cardoso MVLML. A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(4):515-23.
3. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Sian RLS, Monti FLM, Moraes LA. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev Latino-am Enferm.* 2003; 11(4):539-43.
4. Silveira ME, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42:957-64.
5. Silveira ME, Santos IS, Matijasevich A, Malta DC, Duarte EC. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(6):1267-75.
6. Carvalho M, Gomes MAS. Mortality of very low birth weight preterm infants in Brazil: reality and challenges. *J Pediatr. (Rio J.).* 2005; 81(supl.1):S111-8.
7. Campos ACS, Cardoso MVLML, Pagliuca LMF, Rossi LA. Comunicação: instrumento básico de enfermagem para cuidar da mãe do neonato sob fototerapia. *Rev Rene.* 2008; 9(4):24-32.
8. Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. *Rev Eletr Enf. [periódico na Internet].* 2007 [cited 2009 Jan 10]; 9(1):200-13. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>.
9. Huber DL, McClelland E. Patient preferences and discharg planning trasitions. *J Prof Nurse.* 2003; 3(19):204-10.
10. Couto FF, Praça NS. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(4):886-91.
11. Nunes JM, Martins KL, Nobrega MFB, Sousa AMA, Fernandes AFC, Vieira NFC. Promoting health in the hospital from the viewpoint of the nurse: descriptive-exploratory Study. *Online Braz J Nurs [online].* 2009 [cited 2009 Jan 10]; 8(3). Available from: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2568/html\\_52](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2568/html_52).
12. Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. 2<sup>nd</sup> ed. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem; 2002.

13. Ministério da Saúde (BR). Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
14. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2<sup>nd</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
15. Polit DF, Hungler BF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. São Paulo: Artmed; 2004.
16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 supl.1):15-25.
17. Fonseca LMM, Scochi CGS, Rocha SMM, Leite AM. Educational guideline for the maternal orientation concerning the care with preterm infants. Rev Latino-am Enferm. 2004; 12(1):65-75.
18. Gaíva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. Rev Bras Enferm. 2005; 58(4):444-8.
19. Bessani LS, Lima FA, Fleiter M. Humanizando o atendimento ao prematuro em UTI [Internet]. [citado em 2007 out 11]. Disponível em: <http://www.uniandrade.edu.br/publicacoes/enfermagem/artigo55.pdf>.
20. Martinez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. Participação das mães/ pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. Rev Latino-am Enferm. 2004; 15(2):239-46.
21. Furlan CEFB, Scochi CGS, Furtado MCC. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguuru. Rev Latino-am Enferm. 2003; 11(4):444-52.

**RECEBIDO:** 13/01/2010

**ACEITO:** 16/08/2010

**TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL***TRENDS OF SCIENTIFIC PRODUCTION ON HEALTH ASSESSMENT IN BRAZIL**TENDENCIAS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE EVALUACIÓN EN LA SALUD EN BRASIL*TATIANA MARIA MELO GUIMARÃES DOS SANTOS<sup>1</sup>NALDIANA CERQUEIRA SILVA<sup>2</sup>LÍDYA TOLSTENKO NOGUEIRA<sup>3</sup>LÍLIAN MACHADO VILARINHO<sup>4</sup>GEANDRA BATISTA LIMA NUNES<sup>5</sup>

*Estudo de revisão bibliográfica com o objetivo de descrever as tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil, no período entre 2000 e 2009. Utilizou-se o banco de dados SCIELO (Scientific Eletronic Libray Online), com o descritor: avaliação em saúde, obtendo-se 47 artigos. Verificou-se que 48,9% das publicações abordaram programas e projetos desenvolvidos na Atenção Básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família destacando a acessibilidade, efetividade, satisfação dos usuários e o monitoramento das ações. Concluiu-se que as tendências e inovações no campo da avaliação em saúde têm enfoque maior na atenção básica, a qual está em processo de reestruturação com introdução de novas estratégias, dentre elas a avaliação como prática diária, facilitando a tomada de decisão e a gestão.*

**DESCRIPTORIOS:** Avaliação em Saúde; Sistema Único de Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Enfermagem.

*This is a bibliographic review study with the objective of describing the trends of scientific production on health evaluation in Brazil between 2000 and 2009. The SCIELO (Scientific Electronic Library Online) database was used, with the descriptor: health evaluation, yielding 47 articles. It was found out that 48.9% of the publications dealt with programs and projects developed in Primary Health Care, with emphasis on the Family Health Strategy, highlighting accessibility, effectiveness, user satisfaction and the monitoring of actions. It was concluded that the trends and innovations in the health evaluation field are mainly focused on primary care, which is undergoing restructuring with the introduction of new strategies, one of which is evaluation as a daily practice, which facilitates decision making and management.*

**DESCRIPTORS:** Health Evaluation; Unique Health System; Evaluation of Health Projects and Programs; Nursing.

*Estudio de revisión bibliográfica para describir las tendencias de la producción científica sobre la evaluación de la salud en Brasil, entre 2000 y 2009. Se utilizó el banco de datos SCIELO (Scientific Eletronic Libray Online), con el descriptor: evaluación de la salud, obteniéndose 47 artículos. Se comprobó que un 48,9% de las publicaciones trataron sobre programas y proyectos desarrollados en la Atención Primaria, con énfasis en la Estrategia Salud de la Familia destacando la accesibilidad, efectividad, satisfacción de los usuarios y el acompañamiento de las acciones. Se concluyó que las tendencias e innovaciones en el campo de la evaluación en la salud enfocan mayormente la atención primaria, la cual está en proceso de reestructuración con introducción de nuevas estrategias, entre ellas la evaluación como práctica diaria, facilitando la toma de decisiones y la gestión.*

**DESCRIPTORES:** Evaluación en Salud; Sistema Único de Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal do Piauí-UFPI. Professora da Graduação em Enfermagem da Faculdade Santo Agostinho. Rua Alto Longá, nº 5095, bairro Alto Alegre, CEP: 64006-140, Teresina-PI, Brasil. E-mail: tati.enf29@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal do Piauí-UFPI. Professora da Faculdade Integral-Diferencial-FACID e da Universidade Estadual do Piauí-UESPI. Brasil. E-mail: naldianacerqueira@bol.com.br.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí-UFPI. Brasil. E-mail: lidyatn@gmail.com.

<sup>4</sup> Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial I de União-PI. Mestranda em Ciências e Saúde na Universidade Federal do Piauí-UFPI, Brasil. E-mail: lilianvilarinho@hotmail.com.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal do Piauí-UFPI, Professora do Centro de Ensino Unificado de Teresina-CEUT, Brasil. E-mail: geandraenf@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A avaliação é uma atividade tão antiga quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem e de construção de novos conceitos, definições, portanto, objetos de conhecimento humano<sup>(1)</sup>. Assim, avaliar significa expor um valor a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos, e se refere a um processo técnico administrativo destinado à tomada de decisão, com o objetivo de direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas e deve ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e na execução dessas ações<sup>(2)</sup>.

Deste modo, avaliar consiste em realizar um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões; quando este julgamento resulta da aplicação de critérios e de normas denomina-se avaliação normativa ou, se elaborado a partir de um procedimento científico, considera-se pesquisa avaliativa<sup>(1)</sup>.

A avaliação como componente da gestão em saúde passou a ser valorizada a partir de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS (Sistema Único de Saúde), com o propósito fundamental de dar suporte aos processos decisórios. Apesar dos avanços, a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto no qual os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas, com caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo, e pouco subsidia o planejamento e a gestão<sup>(3)</sup>.

Ademais, a avaliação em saúde deve ser um processo crítico-reflexivo sobre as práticas e os processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, a fim de se tornar contínua e sistemática, mediada por relações de poder, constituindo função importante da gestão. Atualmente, a necessidade de concepção e implantação de uma verdadeira cultura de avaliação nos sistemas de saúde parece ainda mais importante

do que há dez anos<sup>(4)</sup>. Para a enfermagem, que atua inserida no contexto dos serviços de saúde, a avaliação proporciona um momento de interação multiprofissional no trabalho em equipe, contribuindo para fornecer visibilidade ao caráter interdisciplinar dos objetos de trabalho em saúde<sup>(5)</sup>.

Nessa conjuntura, são crescentes a necessidade e o interesse em monitorar e avaliar os resultados alcançados em relação à organização e a provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde das populações<sup>(6)</sup>.

Dessa forma, justifica-se a realização desta pesquisa que está apoiada na necessidade de conhecer o que os autores da área de avaliação em saúde no Brasil têm publicado nos últimos anos. Diante deste momento de mudança de paradigmas, no qual se constrói a cultura da avaliação no cotidiano da Atenção Básica, a enfermagem como parte desta política torna-se responsável por sua implementação na prática. Portanto, o presente artigo tem por objetivo descrever as tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil, no período de 2000 a 2009.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão da literatura no período de 2000 a 2009, a partir de artigos científicos que abordaram a temática avaliação em saúde. Este tipo de estudo permite ao investigador a cobertura de vários fenômenos que dificilmente conseguiria pesquisar diretamente<sup>(7)</sup>.

O levantamento bibliográfico foi realizado, na base de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), utilizando-se o descritor: avaliação em saúde. A seleção dos artigos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos nacionais que abordam a avaliação em saúde, publicados entre 2000 e 2009.

Os artigos foram lidos e analisados segundo roteiro incluindo dados referentes às características do trabalho: ano, foco principal, características metodológicas, região geográfica na qual o estudo foi

realizado, nível de atenção em saúde e periódico de publicação; e quanto às questões avaliativas apontadas pelos artigos foram colhidos dados da posição do avaliador, objetivo e tipo de avaliação. A análise foi realizada mediante a comparação dos aspectos avaliativos encontrados e pela reflexão a respeito da prática de avaliação em saúde, fundamentada em literatura pertinente sobre o tema, buscando mostrar o panorama relativo avaliação em saúde, no contexto de implantação da cultura avaliativa no Brasil. Inicialmente, a seleção das publicações se deu após a leitura analítica dos resumos de 57 artigos publicados em 18 revistas indexadas. Posteriormente, a obtenção dos artigos, procedeu-se a leitura atenta dos textos, para buscar conteúdos acerca da avaliação em saúde, e mediante os critérios de inclusão, considerou-se 47 artigos.

## RESULTADOS

Os artigos selecionados fazem referência ao processo de avaliação em saúde, sob variados aspectos, com destaque para o conhecimento da avaliação em saúde, aplicação de políticas públicas de avaliação para a institucionalização desta prática, além de avaliação de satisfação, impacto, qualidade dos serviços, qualidade de vida, efetividade, eficiência, acessibilidade, custo-benefício, implantação, como mostra os quadros 1 e 2.

Devido ao crescimento das publicações com relação à temática no ano de 2009 optou-se por sua apresentação independente dos outros anos do estudo como se observa no quadro 2.

**Quadro 1** — Distribuição dos artigos publicados no período de 2000 a 2008 segundo foco principal e caracterização metodológica do estudo

Ano	Nº	Foco Principal	Características metodológicas do estudo
2001	1	Métodos para a avaliação de serviços e programas.	Utilização do Método Paidéia para a abordagem da Avaliação.
2002	2	Avaliação do impacto da implantação da Parte Fixa do Piso de Atenção Básica	Estudo longitudinal e análise a luz de Donabedian.
2004	3	Avaliação dos resultados de ações preventivas e de promoção à saúde do Programa de Triagem Neonatal	Estudo descritivo e análise mediante o teste <i>Kolmogorov-Smirnov</i> e o coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> .
2005	4	Análise de série temporal de Nascidos Vivos	Pesquisa em banco de dados — SINASC
	5	Acessibilidade às ações básicas.	Estudo descritivo, transversal, com análise de variância de <i>Kruskal-Wallis</i> e qui-quadrado.
2006	6	Avaliação de métodos para o cuidado e conforto.	Estudo descritivo-prospectivo, quali-quantitativo.
	7	Institucionalização da avaliação na atenção básica.	Reflexão teórica e operacional
2007	8	Avaliação do nível de satisfação no emprego e impacto causado nos profissionais de saúde mental.	Estudo transversal e análise mediante os testes <i>Kruskal-Wallis</i> , <i>Mann-Whitney</i> , qui-quadrado e regressão linear múltipla.
	9	Capacitação para avaliação de programas de saúde.	Informe técnico
	10	Apresentação de esquema analítico para gestores e avaliadores em saúde.	Revisão bibliográfica com interpretação fenomenológica do tema.
	11	Descentralização da gestão da saúde e as características da atenção à saúde bucal.	Estudo comparativo, utilizando entrevistas semi-estruturadas e dados do SIAB.
	12	Avaliação de impacto da esclerose múltipla na qualidade de vida dos portadores	Estudo transversal, utilizando-se o instrumento SF-36.
2008	13	Avaliação da prática profissional	Pesquisa avaliativa do tipo estudo de caso
	14	Validação de instrumento para mensurar adesão a tratamento	Quantitativa utilizando o teste de correlação de Spearman.
	15	Avaliação de custo-efetividade dos analgésicos	Estudo descritivo retrospectivo
	16	Avaliação de resultado da relação s/z para o diagnóstico de disfonias.	Estudo transversal, exploratório, quanti-qualitativo utilizando teste de hipótese paramétrico.
	17	Avaliação de adesão à Estratégia de Saúde da Família.	Estudo de coorte histórica
	18	Avaliação do cuidado no ciclo gravídico-puerperal	Pesquisa qualitativa, tendo o Programa de Humanização do Parto e Nascimento — PHPN como referencial teórico.
	19	Avaliação de impacto da Atenção Básica nas internações hospitalares	Pesquisa exploratória com característica de um estudo ecológico.
	20	Avaliação e monitoramento de práticas de saúde.	Estudo exploratório, qualitativo utilizando grupo focal.
	21	Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família — PSF	Pesquisa avaliativa com triangulação de métodos.
	22	Elaboração de matriz de auto-avaliação da Atenção Básica	Estudo de caso com análise documental.
	23	Avaliação de eficiência produtiva dos hospitais	Estudo descritivo, quantitativo com dados do SIH/SUS
	24	Avaliação de implantação do PROESE.	Pesquisa-ação
	25	Avaliação de estudos de efetividade na avaliação da atenção básica.	Estudo de Linha de Base por meio de inquérito epidemiológico.
	26	Avaliação de marcadores de saúde na Atenção Básica.	Estudo avaliativo com triangulação de métodos.
	27	Avaliação de serviço hospitalar no pós-alta.	Estudo de coorte, com aplicação do teste <i>t-Student</i>
	28	Avaliação de instrumentos na saúde do trabalhador	Estudo transversal, com análise bivariada
	29	Avaliação de implantação do PSF	Pesquisa avaliativa, com dados secundários do SIAB e SIH.

**Quadro 2** — Distribuição dos artigos publicados no ano de 2009 segundo foco principal e caracterização metodológica do estudo

Ano	Nº	Foco Principal	Características metodológicas do estudo
2009	30	Avaliação da estrutura enquanto espaço de conforto e subjetividade de um Centro Psicossocial II	Pesquisa avaliativa com foco na estrutura
	31	Caracterização do perfil de parturientes e recém-nascidos	Estudo descritivo e exploratório
	32	Avaliação da qualidade de ensaios clínicos em Terapia Intensiva	Análise bibliográfica
	33	Avaliação da oferta de serviços especializados em Hospitais Regionais	Pesquisa avaliativa com análise de implantação
	34	Avaliação da implantação da Política de monitoramento e avaliação da Atenção Básica	Pesquisa avaliativa com análise de implantação
	35	Avaliação de satisfação nos atendimentos em grandes emergências	Estudo descritivo de coorte transversal
	36	Avaliação da estrutura e da assistência ao parto	Estudo descritivo, transversal
	37	Avaliação da continuidade do uso de preservativo feminino	Estudo longitudinal de avaliação da efetividade
	38	Construção de indicadores qualitativos para a educação médica	Reflexão teórica metodológica
	39	Avaliação qualitativa da Saúde Mental	Pesquisa avaliativa de campo
	40	Análise da implantação da Política de Redução de acidentes e violência	Pesquisa avaliativa com triangulação de métodos
	41	Análise de cuidados à gestantes prestados no Programa Saúde da Família	Estudo transversal
	42	Avaliação da implantação da assistência em contracepção	Pesquisa avaliativa de análise de implantação
	43	Avaliação da assistência à mulheres para a redução da transmissão vertical do HIV e Sífilis	Estudo de caso, retrospectivo e transversal
	44	Avaliação de implantação da vigilância epidemiológica	Estudo de caso com abordagem normativa
	45	Avaliação de medidas acústicas em mulheres adultas	Estudo transversal, exploratório
46	Avaliação de teste cardiovascular	Estudo de coorte, prospectivo	
47	Validação de indicadores de avaliação	Estudo de validação de instrumentos de avaliação	

Estabeleceram-se algumas variáveis relevantes para a avaliação da distribuição das produções científicas e a caracterização dos estudos avaliativos, conforme mostra a tabela 1.

Verificou-se a aplicação de tipologias de estudo com diferentes abordagens metodológicas, sendo a abordagem quantitativa a mais freqüente, com 62,0%. Nos artigos pesquisados 48,9% abordaram programas e projetos desenvolvidos na Atenção Básica, com

ênfase na Estratégia Saúde da Família destacando a acessibilidade, a efetividade, satisfação dos usuários, monitoramento das ações, além da avaliação da estratégia entre municípios brasileiros. Observou-se que 78,7% apresentavam como objetivo principal a produção de conhecimento, sendo a maioria destas pesquisas desenvolvidas sob a coordenação de instituições acadêmicas. Constatou-se que 42,6% dos artigos enfatizavam a avaliação de programas.

**Tabela 1** — Distribuição das produções científica segundo a região geográfica, nível de atenção em saúde, posição do avaliador, objetivo, tipo de avaliação, periódico de publicação e formação profissional dos autores. Teresina, PI, Brasil, 2010

Variáveis	Nº	%
Região Geográfica		
Sul	16	34,0
Sudeste	13	27,7
Nordeste	12	25,5
Centro-Oeste	01	2,2
Norte	-	-
Não se aplica	05	10,6
Nível de atenção em saúde:		
Atenção Básica	23	48,9
Média Complexidade	09	19,2
Alta Complexidade	12	25,5
Não se aplica	03	6,4
Posição do avaliador		
Externo	33	70,2
Interno	14	29,8
Objetivo da avaliação		
Conhecimento	37	78,7
Aprimoramentos	08	17,0
Tomada de decisão	02	4,3
Tipo de avaliação		
Avaliação de programas	20	42,6
Avaliação de serviços	15	31,9
Avaliação de tecnologias	12	25,5
Periódicos		
Cadernos de Saúde Pública	14	29,8
Ciências & Saúde Coletiva	06	12,8
Revista Brasileira Saúde Materno Infantil	05	10,6
Revista de Saúde Pública	03	6,4
Revista da Escola de Enfermagem da USP	03	6,4
Interface — Comunicação, Saúde, Educação	03	6,4
Revista Brasileira Epidemiologia	02	4,2
Outros periódicos	11	23,4
Formação profissional dos autores		
Médicos	63	38,0
Enfermeiros	42	25,5
Nutricionista	12	7,3
Fonoaudiólogo	08	4,9
Psicólogo	08	4,9
Outros profissionais	32	19,4

## DISCUSSÃO

A qualidade da atenção nos serviços de saúde é uma questão complexa, com implicações específicas, que tem por finalidade avaliar programas criados e aperfeiçoados nos serviços de saúde<sup>(8)</sup>, visando subsidiar a tomada de decisão nas diversas etapas do processo de avaliação.

A concentração de publicações nos anos de 2008 e 2009 demonstra que o interesse por pesquisar avaliação em saúde é bastante atual e coincide com o período de implementação das políticas de avaliação no SUS através do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde e do Projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Ambos têm como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, subsidiar a identificação de problemas e a reorientação das ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Assim, o foco principal do Ministério da Saúde é a institucionalização da avaliação nos serviços de atenção à Saúde, seja em nível da atenção básica, da média ou alta complexidade. A institucionalização é entendida como uma estratégia presente nas ações, projetos, políticas, com objetivo evidente de incorporar a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais<sup>(4)</sup>. Institucionalizar a avaliação significa implantar políticas de avaliação de programas e serviços, que devem contemplar a necessidade da regulação, regulamentação, garantia de melhoria e de qualidade dos processos e resultados<sup>(9)</sup>, objetivando provocar mudança nas práticas das pessoas e organizações de saúde, com a finalidade de qualificar os processos de gestão, do cuidado e das ações de vigilância em saúde<sup>(10)</sup>.

Alguns estudiosos sugerem que a pesquisa de avaliação inicie com dados quantitativos, das atividades realizadas pelo programa e/ou serviço<sup>(2)</sup> e esta foi a abordagem de maior frequência nos estudos analisados, outros referem que o debate quantitativo e qualitativo é considerado superado, pois o mais relevante para o processo de investigação é a construção do objeto e a mobilização de todas as técnicas possíveis para analisá-lo<sup>(11)</sup>. Portanto, a combinação de informações quantitativas e qualitativas pelos avaliadores é desejável e muitas vezes inevitável ao processo

avaliativo<sup>(12)</sup>. Assim, as pesquisas avaliativas por vezes utilizam a triangulação de métodos compreendida como “uma dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das ações e a visão que os atores constroem sobre todo o projeto”<sup>(13:361)</sup>. Portanto, avanços importantes na área de conhecimento podem ocorrer por intermédio da triangulação de métodos quando uma equipe de pesquisadores aceita o desafio de um trabalho cooperativo. Do ponto de vista teórico-prático, o sucesso desse processo reside em três posturas opostas e complementares: respeito aos campos disciplinares; relativização da visão fragmentada de cada um deles; capacidade dialógica dos pesquisadores diante propostas teóricas e metodológicas diferentes e com os sujeitos que atuam no mundo real<sup>(13)</sup>.

Além disso, destacou-se a pluralidade de fontes de dados como questionários, entrevistas, documentos, sistemas de informação e grupos focais. As pesquisas avaliativas consideraram a perspectiva de diversos atores: gestores, profissionais, usuários do sistema de saúde e representantes do controle social. Um dos aspectos mais destacados no conjunto da produção dos Estudos de Linha de Base realizados no Brasil é a pluralidade de abordagens metodológicas utilizadas em cada estudo<sup>(14)</sup>.

A região geográfica de maior concentração de estudos foi a Sul, como se observa na tabela 1, com 34,0% das publicações, na qual se inserem a maioria das universidades selecionadas pelo Ministério da Saúde para realizar o Estudo de Linha de Base — avaliação de desempenho da Atenção Básica à Saúde que integra o componente 3 do PROESF- Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família<sup>(15)</sup>. Durante o ano de 2004 foi realizada uma solicitação pública pelo Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde por meio de Termo de Referência para o desenvolvimento de estudos avaliativos, financiados pelo Banco Mundial. A finalidade da realização dos estudos foi subsidiar e fortalecer a institucionalização do monitoramento e avaliação na Atenção Básica à Saúde, o

planejamento local em saúde e compreender as várias expansões e possíveis transformações decorrentes da implantação e implementação da Estratégia Saúde da Família<sup>(6)</sup>.

Assim, a avaliação que historicamente se encontrava relegada a um plano secundário no Brasil, passou a ser priorizada tanto na universidade quanto nos serviços de saúde onde seu processo de institucionalização e de formação especializada de recursos humanos foi estimulado<sup>(16)</sup>.

Diante da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde, cujo propósito é reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, descortinando para a sociedade, as consequências e efeitos da implantação e implementação das políticas, especialmente relacionadas à este nível de atenção, tem se intensificado as ações e estudos referindo a avaliação em saúde na atenção básica, corroborando com os resultados de pesquisas que mostram um enfoque maior aos programas e projetos especialmente desenvolvidos dentro da Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, a institucionalização da avaliação possibilita que se preste contas à sociedade das opções dos gestores a partir da análise de seus processos e resultados<sup>(3,17)</sup>.

Importante destacar o poder de órgãos internacionais como o Banco Mundial, provedor de assistência técnica e financeira de reconhecida influência nos países em desenvolvimento, que incorpora a capacidade em avaliação como uma das prioridades para a gestão do setor público com o objetivo de garantir a sustentabilidade dos programas e como requisito para a realização de empréstimos<sup>(6)</sup>.

Durante os anos de 2000 a 2005, um estudo sobre o estado da arte em política, planejamento e gestão em saúde verificou uma forte presença de pesquisas sobre a atenção básica, com ênfase em saúde da família, sendo a avaliação em saúde um tema transversal visualizado com certa frequência<sup>(18)</sup>.

No que se refere à posição do avaliador na pesquisa de avaliação 70,2% eram avaliadores externos



provenientes de instituições acadêmicas, isto é, aqueles que não vivenciam o objeto avaliado, valorizando assim, a máxima objetividade<sup>(19)</sup>. Entretanto, o avaliador interno apresenta como vantagem a familiaridade e maior conhecimento acerca da intervenção ou programa que irá avaliar. Assim, a probabilidade do avaliador externo não ter informações contextuais que seriam relevantes para a avaliação é maior, porém a isenção para avaliar de forma imparcial está mais garantida<sup>(20)</sup>.

O objetivo da avaliação é uma das variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas na construção dos processos de avaliação<sup>(19)</sup>. Assim, na pesquisa avaliativa o objetivo principal para o seu desenvolvimento é a produção de um conhecimento que servirá como fator orientador de decisão; na avaliação para a decisão o objetivo dominante se constituir em um elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão; e na avaliação para gestão tem como objetivo prioritário a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado.

Com relação aos objetos para o conhecimento e as práticas sociais da avaliação em saúde, destaca-se a *avaliação de programas*, que têm com foco de análise os programas; a *avaliação tecnológica em saúde* sendo aquela que toma como ponto de partida, uma tecnologia, de produto ou de processo, passível de ser caracterizada na sua dimensão temporal e espacial; e a *avaliação, gestão e garantia de qualidade* como aquela que tem a qualidade como ponto de partida para todo o processo<sup>(19)</sup>.

Na pesquisa de avaliação de programas, que representa o maior percentual dos estudos analisados, o objetivo mais freqüente é conhecer o impacto de um programa, sendo esse medido pelos resultados observados sobre condições específicas da população (morbidade, mortalidade, indicadores de qualidade de vida entre outros), selecionados a partir de relações de causalidade identificadas entre condições de saúde e formas de intervenção. Observou-se no

ano de 2009 estudos com enfoque na análise de implantação de políticas, programas e serviços de saúde, com a finalidade de analisar as dimensões propostas<sup>(10, 21-23)</sup>.

Caracterizando as diferentes abordagens pela variedade de formação acadêmica dos pesquisadores da avaliação em saúde, enfatiza-se a necessidade da interdisciplinaridade, considerando os limites das disciplinas específicas na busca de fomentar uma visão mais ampla do fenômeno estudado<sup>(5)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos analisados neste estudo mostraram tendências e inovações no campo da avaliação em saúde, com enfoque maior para mudança na atenção básica, a qual está em processo de reestruturação com introdução de novas estratégias, dentre elas a avaliação como prática diária, facilitando a tomada de decisão e a gestão. A institucionalização da avaliação constitui um dos grandes desafios para os sistemas de saúde na atualidade, requerendo assim, o enfrentamento de aspectos técnicos, culturais, organizacionais e políticos.

Além disso, a produção científica analisada permitiu uma reflexão acerca desta institucionalização nos serviços de saúde como meio para o aprimoramento dos conhecimentos, norteando dessa forma, uma melhor prática profissional voltada para a qualidade da assistência. É necessário avaliar a disponibilidade da atenção, o acesso aos serviços e a capacidade de resolver ou contribuir para a solução de um amplo leque de problemas, numa perspectiva integral da saúde.

A Enfermagem insere-se no contexto dos programas e serviços de saúde, portanto incorporar a avaliação possibilita monitorar a qualidade, acompanhar os efeitos das intervenções, identificar e corrigir problemas, com isso retroalimentar a equipe de enfermagem, gestores e comunidades, fortalecendo a imagem da profissão na sociedade.

Por fim, apesar dos esforços evidentes do Ministério da Saúde na indução de uma cultura avaliativa nas esferas municipal, estadual e federal de governo do SUS, e além da colocação do tema da avaliação na agenda, a questão agora é observar os resultados dos esforços empreendidos se de fato produziram elementos capazes de subsidiar as políticas de saúde, o planejamento local, enfim, os processos decisórios em direção a um sistema de saúde de melhor qualidade e capaz de dar respostas às necessidades de saúde da população.

## REFERÊNCIAS

1. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis JF, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-48.
2. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3):553-63.
5. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4(2):221-42.
6. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad Saúde Pública. 2008; 24(8):1727-42.
7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
8. Rosa MKO, Gaíva MAM. Qualidade na atenção hospitalar ao recém-nascido. Rev Rene. 2009; 10(1):159-65.
9. Pouvourville G. Evaluation: the french chefs are still searching for “la nouvelle cuisine”. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2):248-50.
10. Felisberto E, Freese E, Alves CKA, Bezerra LCA, Samico I. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2009; 9(3):339-57.
11. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.
12. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectiva teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciênc Saúde Coletiva. 1999; 4(2):341-53.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
14. Felisberto E, Benevides IA, Hartz ZMA, Matos K. Estudos de impacto do Proesf: considerações e diretrizes preliminares necessárias à sua proposição. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica à saúde — teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 369-98.
15. Ministério da Saúde (BR). Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESE. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Silva LMV. Considerações sobre os Resultados dos Estudos de Linha de Base incluídos na Meta-avaliação. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica à saúde — teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 399-409.

17. Hartz ZMA, Santos EM, Matida AH. Promovendo e Analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica à saúde — teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 325-40.
18. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev Saúde Pública. 2006; 40(n. esp):73-8.
19. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública. 2000; 34(5):547-59.
20. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Gente; 2004.
21. Nagahama EEI. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no município de Maringá, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(supl. 2):279-90.
22. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(5):1641-9.
23. Bezerra LCA, Freese E, Frias PG, Samico I, Almeida CKA. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. Cad Saúde Pública. 2009; 25(4):827-39.

**RECEBIDO:** 19/01/2010

**ACEITO:** 14/06/2010

## ESTUDOS SOBRE O CUIDADO À FAMÍLIA DO CLIENTE HOSPITALIZADO: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

### STUDIES ON THE CARE OF THE HOSPITALIZED CLIENT'S FAMILY: CONTRIBUTIONS TO NURSING

### ESTUDIOS SOBRE LA ATENCIÓN A LA FAMILIA DEL CLIENTE HOSPITALIZADO: CONTRIBUCIONES PARA LA ENFERMERÍA

GLAUCIA VALENTE VALADARES<sup>1</sup>  
RAQUEL SILVA DE PAIVA<sup>2</sup>

*Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica que teve como objetivos: caracterizar os estudos que versam sobre o cuidado de enfermagem à família do cliente hospitalizado, publicados no período de 2003 a 2008 e destacar as principais dificuldades da relação enfermagem-família. Para tal, foram utilizados artigos, teses e dissertações, disponíveis na biblioteca eletrônica online Scielo, nas bases de dados BIREME e LILACS e no Portal Capes, publicadas no período de 2003 a 2008. A abordagem metodológica escolhida foi a análise quantiqualitativa. Os artigos abordam a relação da equipe de enfermagem com os familiares, ressaltando que esta relação é permeada por diversos conflitos. A análise dos artigos permitiu concluir que há trabalhos voltados para a relação enfermagem e família no entanto, ainda são incipientes os estudos que traçam estratégias de como a família pode ser um instrumento terapêutico no período da hospitalização.*

**DESCRITORES:** Enfermagem Familiar; Hospitalização; Cuidados de Enfermagem.

*This is a bibliographic review which had the following aims: characterize the studies that focus on nursing care to the hospitalized client's family, published from 2003 to 2008 and discuss the main difficulties of the relationship nursing-family. For so, we used articles, thesis and dissertations available in the electronic online library: Scielo, data basis BIREME and LILACS as well as Capes, published from 2003 to 2008. The methodological approach chosen was a quanti-qualitative-analysis. The articles address the relationship between the nursing team and family members, emphasizing that this relationship is permeated by various conflicts. The article analysis showed that there are works turned to nursing and family however, there are still preliminary studies that map strategies like how the family can be a therapeutic tool in the hospitalization period.*

**DESCRIPTORS:** Family Nursing; Hospitalization; Nursing Care.

*Es un estudio de revisión bibliográfica cuyos objetivos fueron: caracterizar los estudios que tratan del cuidado de enfermería a la familia del cliente hospitalizado, publicados en el período del 2003 al 2008, y destacar los principales problemas de la relación enfermería-familia. Para ello, se utilizaron artículos, tesis y disertaciones, disponibles en la biblioteca electrónica online Scielo, en las bases de datos BIREME y LILACS y Portal Capes, publicadas del 2003 al 2008. El enfoque metodológico elegido fue el análisis cuantitativo. Los artículos abordan la relación del equipo con los familiares, haciendo hincapié en que esta relación está rodeada de diversos conflictos. El análisis de los artículos mostró que hay trabajos encaminados hacia la relación enfermería y familia, sin embargo, los estudios que esbozan estrategias de cómo la familia puede ser un instrumento terapéutico durante la hospitalización, aún son incipientes.*

**DESCRIPTORES:** Enfermería Familiar; Hospitalización; Atención de Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Curso de Enfermagem Campus Macaé. Professora da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN). Membro do Núcleo de Pesquisa Fundamentos do Cuidado de Enfermagem/ EEAN. Membro do Núcleo Temático Computação Científica — Campus Macaé. Endereço para correspondência: Rua Aluísio da Silva Gomes, 50. CEP 27930-560 Granja dos Cavaleiros — Macaé/RJ/Brasil. E-mail: glauciavaladares@ig.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ/Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Membro do Núcleo de Pesquisa Fundamentos do Cuidado de Enfermagem/ EEAN. Brasil. E-mail: paiva.raquels@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A realização das pesquisas de enfermagem, abordando a satisfação dos sujeitos do cuidado, seja ele hospitalizado ou não, geram conhecimentos que facilitam as ações de enfermagem por expandir as ideias dos profissionais de enfermagem, favorecendo na qualidade da assistência prestada e credibilizando cada vez mais a profissão.

Neste sentido, reconhecendo que a família faz parte do processo de cura do cliente hospitalizado, ao proporcionar bem-estar e agir como interceptora entre cliente e equipe de saúde, estudos de enfermagem têm sido realizados com o intuito de demonstrar como a enfermagem relaciona-se com estes familiares e quais as suas estratégias para tornar a presença do familiar um momento terapêutico.

A hospitalização tende a ser uma situação complicada e delicada na vida de qualquer ser humano visto que há diversos fatores envolvidos neste processo. Dentre as principais dificuldades encontradas por um cliente hospitalizado, está a falta de um ambiente acolhedor — em seus aspectos físico, psicológico e social e a mudança de sua rotina que implica no distanciamento do convívio familiar.

Toda e qualquer vivência interfere e altera o funcionamento de uma família, que busca sempre uma forma de reestruturação e rearranjo, para continuar visando seus ideais, sejam eles novos e/ou antigos. Assim, a família possui capacidade de adaptabilidade para manter e perpetuar o seu contínuo movimento de almejar o bem viver<sup>(1)</sup>. Nesta perspectiva, observa-se que há por parte dos membros de uma família a necessidade de atingir metas semelhantes e, tais metas tendem a sofrer grandes interferências quando um dos membros encontra-se debilitado ou fragilizado.

Sendo assim, entende-se que a família pode agir como uma peça chave no processo de cura do cliente hospitalizado uma vez que ela traduz-se como principal fonte de informações e vínculo afetivo com o cliente, ajudando-o a enfrentar a insegurança e o

provável sentimento de solidão que permeiam este período. Esta relação terapêutica pode ser maximizada quando há um interesse, por parte dos profissionais de saúde, de valorizar a relação afetiva entre familiar e cliente hospitalizado.

É importante considerar que o familiar visitante/acompanhante também sofre com o período de hospitalização, diante de tanta impotência, insegurança, ansiedade e incertezas. Isto nos faz pensar na necessidade de cuidado que este familiar carece no período em que um ente querido encontra-se hospitalizado e na falta de capacitação dos profissionais em considerar o familiar como sujeito do cuidado, tanto quanto aquele que está hospitalizado. Portanto, este cuidado não pode ser fragmentado, centrado na patologia e aparatos tecnológicos, mas visto como um momento de interação com a equipe de enfermagem, a fim de se estabelecer uma relação de ajuda e confiança com os visitantes<sup>(2)</sup>.

No entanto, quando o trabalho está focado em executar tarefas, a aproximação entre equipe, clientes e familiares fica cada vez mais perdida em meio o estresse e a sobrecarga de trabalho. As rotinas dos setores também tendem a afastar, de alguma forma, o familiar do cliente hospitalizado e o momento da visita hospitalar perde seu real valor, quando as equipes não estão preparadas para este período do dia.

A convivência durante a hospitalização é facilitada quando os familiares colaboram na assistência e, em contrapartida, pode ser dificultada quando os mesmos desconhecem e acabam por romper as regras da instituição. Há necessidade de investimento na capacitação de profissionais além da troca e integração de saberes entre clientes, familiares, profissionais de saúde, equipe de apoio e gestores<sup>(3)</sup>.

A família pode contribuir muito para a recuperação do cliente principalmente, uma orientação do familiar em relação às rotinas do setor, quando ele é informado sobre o que está ocorrendo com o familiar hospitalizado e quando há acolhimento e respeito por parte dos profissionais de saúde<sup>(4)</sup>. A equipe de en-

fermagem deve refletir sobre o significado da família como potencializadora no processo de recuperação e bem-estar do cliente hospitalizado, reservando momentos onde seja possível inserir o familiar no cuidado tornando-o um participante ativo e facilitando as relações interpessoais.

As relações entre os sujeitos acontecem segundo as expectativas de ambos os polos: o que espera o profissional do acompanhante e, em contrapartida, o que o acompanhante julga que seja responsabilidade do profissional. Quando há convergência de expectativas entre ambos, a relação se dá de forma positiva, viabiliza a cordialidade, constrói-se uma relação de cuidado. Quando há divergência e não se estabelece um encontro de cuidado, instalam-se relações conflituosas, aplicam-se dispositivos disciplinadores por meio de técnicas e práticas de exercício de poder<sup>(5)</sup>.

Muitas estratégias podem ser levadas em consideração e devem ser abordadas e implementadas na tentativa de tornar a visita hospitalar algo mais proveitoso para o cliente hospitalizado, para o familiar e para as equipes que prestam o cuidado. Já foi observado que alguns familiares acham interessante a realização de grupos de convivência, onde seja possível a troca de experiências e a realização de outras atividades que amenizem o sofrimento<sup>(6)</sup>.

Para que os familiares possam realizar tais grupos de convivência, há uma necessidade de reestruturação dos setores tanto na sua estrutura física, quanto no que se refere a recursos humanos. O que encontra-se, na maioria das instituições hospitalares, é o acompanhante dividindo o espaço com o familiar hospitalizado e com as equipes de saúde, não existindo um espaço propício para que os familiares possam conviver ou sentir-se acolhidos.

A inserção da família no cuidado faz parte do processo de humanização que cada vez está mais presente nas instituições de saúde. Sabendo que os serviços de saúde são influenciados pela qualidade fator humano e relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento,

o Ministério da Saúde lança no ano 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar cujo objetivo fundamental é aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade<sup>(7)</sup>.

A humanização representa um conjunto de iniciativas que visa a produção de cuidados em saúde, capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural ao paciente, espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários<sup>(8)</sup>. No entanto, o conceito de humanização só pode ser visualizado na prática quando todos os profissionais envolvidos na assistência conseguem entender que é preciso se colocar no lugar do outro, observando suas necessidades e fragilidades. A partir de então, poderemos dizer que as instituições de saúde desenvolvem a assistência humanizada, onde se respeita a individualidade de cada indivíduo.

Os seguintes objetivos foram traçados: caracterizar os estudos que versam sobre o cuidado de enfermagem à família do cliente hospitalizado, publicados no período de 2003 a 2008 e destacar as principais dificuldades da relação enfermagem-família.

## METODOLOGIA

Para a elaboração deste estudo foram consultados periódicos, teses e dissertações nacionais, que analisassem e discutissem o cuidado de enfermagem aos familiares de clientes hospitalizados, destacando como a equipe de enfermagem relaciona-se como os familiares e como estes podem atuar no processo de cura. A busca pelos estudos foi realizada em fontes primárias como Revistas de Enfermagem (Rev. Bras. Enferm., Texto & Contexto-Enferm., Rev. Latino-am. Enfermagem, Rev. Enf. UERJ, Rev. Esc. Enf. USP) disponíveis na biblioteca virtual Scielo e nas bases de dados BIREME e LILACS e no Portal Capes, publicados entre os anos de 2003 e 2008, utilizando-se a associa-

ção dos seguintes descritores: “enfermagem familiar”, “hospitalização” e “cuidados de enfermagem”.

O levantamento de dados ocorreu durante o mês de janeiro do ano de 2009 e a escolha dos referenciais foi realizada mediante leitura dos resumos considerando os objetivos e os resultados dos estudos, com a intenção de confirmar a temática proposta. Considerou-se apenas artigos nacionais para fazer parte deste estudo. Os estudos foram dispostos de acordo com os seguintes critérios: região, ano de publicação (publicados entre os anos de 2003 e 2008), faixa etária da clientela abordada nos estudos, setor de internação onde o estudo foi realizado e resultados obtidos. Foi possível observar como ocorre o cuidado de enfermagem à família do cliente hospitalizado, bem como as principais dificuldades encontradas nesta relação.

## RESULTADOS

Considerando os descritores utilizados, obtivemos 18 artigos, sendo excluídos da amostra aqueles que versassem sobre a satisfação do cliente hospitalizado a respeito do cuidado de enfermagem ao seu familiar, que não respondem aos objetivos da presente revisão bibliográfica. A partir dos 15 artigos selecionados, foi possível discutir quais as principais possibilidades e tendências para o conhecimento de enfermagem. Abaixo os artigos estão dispostos de acordo com o título, ano e região brasileira de publicação (Quadro 1).

No que tange ao local onde as pesquisas foram realizadas teve-se como resultado uma maior concentração de tais estudos nas regiões sul-sudeste, como mostra o quadro 1. Verificamos que 9 (60%) artigos são do estado de São Paulo; 1 (6,7%) do estado do Rio de Janeiro e os demais 5 (33,3%) artigos estão distribuídos, igualmente, nos estados do Paraná, Santa Catarina, Espírito Santo, Mato Grosso e Paraíba.

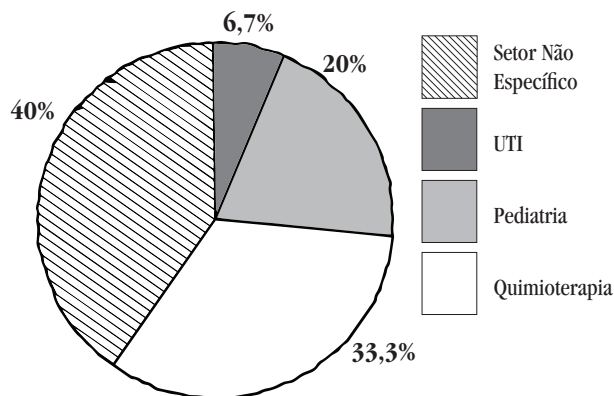
Observa-se que os fatores faixa etária da clientela e a especificidade do setor também foram levadas em consideração por alguns autores. Quanto à faixa

**Quadro 1** — Distribuição dos artigos de acordo com título, ano e estado brasileiro onde foram publicados

Título do periódico	Ano de publicação	Estado Brasileiro
Estudo sobre familiares dos pacientes internados no hospital geral e suas necessidades.	2003	São Paulo
Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar.	2003	São Paulo
As famílias dos pacientes da UTI do hospital A.C Camargo: suas necessidades e compreensão.	2004	São Paulo
Criança hospitalizada: mãe e Enfermagem compartilhando o cuidado.	2004	São Paulo
Fatores que favorecem a participação do acompanhamento no cuidado ao idoso hospitalizado.	2005	São Paulo
Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de Enfermagem com a família de pacientes internados.	2005	Santa Catarina
O estar-só e o estar-com um ente querido durante a quimioterapia.	2006	Paraná
Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com familiares de pacientes em UTI's.	2006	São Paulo
A dialética das relações entre a equipe de enfermagem e familiares acompanhantes no hospital: implicações para o cuidado de enfermagem	2007	Espírito Santo
A família do paciente em situação crônica de vida: a visão de enfermeiros de um hospital de ensino.	2007	São Paulo
A família vivenciando a internação de um filho na UTI neonatal — uma contribuição para o cuidar em Enfermagem.	2007	Rio de Janeiro
Concepções da equipe de Enfermagem acerca do processo de trabalho no cuidado à criança hospitalizada e à sua família.	2007	Paraíba
Cuidando de pacientes em situação de terminalidade, internados na unidade de terapia intensiva.	2007	São Paulo
Enfermagem e família de crianças com Síndrome Nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado.	2007	Mato Grosso
Familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados: análise da experiência na perspectiva do processo de trabalho em Enfermagem.	2007	São Paulo

etária dos clientes hospitalizados obtiveram-se então os seguintes dados, representados no quadro 1: 9 (60%) autores trabalham com familiares de clientes adultos hospitalizados; 3 (20%) artigos tratam da

relação de cuidado com familiares de crianças hospitalizadas (crianças com mais de 28 dias de vida); 1 (6,7%) estudo aborda a família de neonatos e 2 (13,3%) artigos em questão trabalham com familiares de idosos hospitalizados, considerando todos aqueles maiores de 65 anos de idade.



**Figura 1** — Principais setores hospitalares onde os estudos foram realizados

Em relação ao setor do hospital, foi possível constatar que 6 (40%) dos autores não focaram um setor específico do hospital; 5 (33,3%) dos artigos privilegiam o cuidado com familiares de clientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI), 3 (20%) dos estudos tiveram foco no setor de pediatria e 1 (6,7%) estudo ocorreu no setor de quimioterapia. Apresenta-se graficamente (figura 1) a distribuição dos artigos selecionados de acordo com os principais setores hospitalares abordados pelos autores.

Dos artigos selecionados, foi possível notar que a convivência durante a internação é marcada por momentos de dificuldades e que somente com estratégias e planejamento é possível suprimi-las. A maioria dos conflitos que ocorre durante a hospitalização, entre equipes e familiares, ocorre principalmente devido a falta de comunicação e interação. Este dado pode ser percebido em 8 (53,3%) artigos. Os autores ressaltam ainda que entre as necessidades mais importantes está no recebimento de informações do prognóstico e dos riscos que determinados procedimentos oferecem.

Os autores apontam que há uma falta de conexão e articulação dificultando o período de hospita-

lização, pois o familiar deixa de ser um instrumento terapêutico e torna-se um familiar visitante com tendência a modificar o ambiente de hospitalização, interferindo no trabalhos da equipe. Seguindo este mesmo pensamento, que aborda a presença do familiar nas unidades de internação, 13,3% dos estudos (2 artigos) destacam que diante da presença do familiar visitante, alguns profissionais de enfermagem sentem-se vigiados e, conseqüentemente, inseguros, quando o familiar está presente e acabam evitando qualquer vínculo com estes para evitar que lhe façam perguntas ou interfiram no seu trabalho.

## DISCUSSÃO

Dentre as demais profissões da área da saúde, a enfermagem é historicamente considerada aquela que mais convive com a família. Diante deste apontamento e considerando a família um elemento fundamental no cuidado de seus membros, observa-se uma considerável disseminação de temas relacionados à atuação da enfermagem junto à família<sup>(9)</sup>.

No que diz respeito à análise das referências selecionadas, identificamos como ocorre a relação entre a equipe de enfermagem e os familiares de clientes hospitalizados, enfatizando quais as principais dificuldades e facilidades presentes nesta vivência. Os estudos mencionam ainda, a maneira como a família atua oferecendo suporte psicológico ao familiar que encontra-se hospitalizado e que tem seus aspectos físicos, psicológicos e sociais afetados. Nesse momento, o apoio da família torna-se indispensável, auxiliando a superar este obstáculo, visando um futuro mais estável<sup>(10)</sup>.

A enfermagem pediátrica brasileira vem contribuindo, expressivamente, com o desenvolvimento de estudos sobre a relação enfermagem-família que passa por um processo de reorganização desde a implantação do Alojamento Conjunto Pediátrico (ACP) no país, através da regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente que garante, em seu artigo



11, a permanência em período integral de um acompanhante durante a hospitalização infantil<sup>(11)</sup>.

O estudo selecionado nesta revisão, que aborda a vivência de ter um filho prematuro hospitalizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), apontou a forma como a família que encontra-se neste setor do hospital, é pouco reconhecida como sujeito do cuidado. Na UTIN o modo como o profissional de enfermagem se apresenta disponível à mãe, influencia a percepção dela em relação a ele, determinando ou não o estabelecimento de uma interação que possa vir a facilitar o enfrentamento da experiência materna de ter um prematuro hospitalizado<sup>(12)</sup>.

Desta maneira, quando o cuidado de enfermagem está voltado a clientes neonato e pediátricos, observa-se um relacionamento mais conturbado entre familiar e enfermagem, quando comparado às demais faixas etárias. Este conflito está pautado na dificuldade em perceber quais as regras que existem, a quem e como se aplicam. Trata-se da relação complexa estabelecida entre os processos de negociação diária, potencialmente geradores de conflitos e tensões, e as regras e políticas de atenção à saúde da criança presentes no hospital<sup>(13)</sup>. Diante desta relação conturbada e pautada em procedimentos percebe-se que as necessidades do binômio não têm sido consideradas nas suas singularidades pelos profissionais<sup>(11)</sup>.

Seguindo uma linha de pensamento semelhante a do Estatuto da Criança e do Adolescente, temos em vigor desde 2003 o Estatuto do Idoso que, em seu artigo 16 assegura ao idoso internado ou em observação o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico<sup>(14)</sup>. Além da vontade de participar o familiar do idoso hospitalizado refere que competência emocional e paciência são qualidades indispensáveis no processo de acompanhamento e cuidado<sup>(15)</sup>.

Quando a clientela hospitalizada não enquadra-se na faixa dos clientes amparados pela legislação e

seus estatutos específicos, o familiar visitante fica na dependência das normas de cada instituição, com horários previamente determinados. O que ocorre nestes casos é que, são poucos aqueles que recebem a concessão de ter um acompanhante em tempo integral. Neste caminho, o familiar visitante, durante o processo de internação de um ente, fica exposto às regras norteadoras da modalidade de apoio que irá oferecer, anexadas às portas de acessos principais das unidades de internação<sup>(16)</sup>.

O enfermeiro é o profissional que mais tempo permanece ao lado do doente e, portanto, vivencia, de maneira muito próxima, a tristeza e o medo de pacientes e familiares<sup>(17)</sup>. Então, considerando esta relação próxima pode-se entender que o profissional de enfermagem é dentre os demais, o mais apto a perceber as necessidades de familiares e clientes. No entanto, a equipe de saúde encontra-se inserida em uma organização de trabalho que acaba por dificultar o estabelecimento de relações satisfatórias com a família. Assim, o acompanhante sente-se impotente por não saber como agir e desprezado pelos profissionais que negam informações podendo manifestar seus sentimentos por meio de atitudes agressivas, de revolta e insatisfação<sup>(18)</sup>.

Um dos elementos considerados essenciais no cuidado é a comunicação entre a equipe de enfermagem e o familiar, elemento este que tende a facilitar o relacionamento entre profissional, cliente e família. A dificuldade na comunicação, muito destacada nos artigos estudados, ocorre porque, muitas vezes, as informações não são bem compreendidas pelos familiares e além disso há também casos em que o profissional tem pouco conhecimento sobre o grau de evolução clínica do cliente o que aumenta a angústia do familiar e torna as relações mais conflituosas<sup>(19)</sup>.

Embora o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem assegure ao familiar o direito de receber informações sobre o quadro seu ente hospitalizado, na prática presencia-se um significativo desconhecimento da evolução clínica dos seus parentes. Há ne-

cessidade de estimular e preparar a família para que ela seja parceira do tratamento<sup>(20)</sup>.

É preciso ressaltar, cada vez mais, a importância fundamental de a equipe de enfermagem ter uma ótica mais ampla, compreendendo a sua ação para além do cliente, abrangendo, também, o familiar, em seu planejamento e processo de cuidar, para que ele tenha participação mais efetiva nesse processo e que passe a ser um momento de interação pessoal entre equipe e familiares, possibilitando informações que orientem o estabelecimento de ações centradas no seu entendimento como sujeito do processo<sup>(15)</sup>.

Os estudos apontam que há uma grande vontade por parte dos familiares em participar do cuidado de forma positiva e terapêutica no entanto, essas famílias se veem impedidas devido às regras e rotinas dos setores e principalmente devido à falta de integração com a equipe de saúde. A família não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde, mas deve reconhecer e assumir a responsabilidade pela saúde de seus membros. Precisa ter dúvidas esclarecidas e opinião considerada, além da participação incentivada no processo de cuidar<sup>(21)</sup>.

O familiar, como sujeito fundamental no processo de recuperação, por vezes, é desconsiderado pela equipe de enfermagem que assume uma postura de total controle e poder, fortalecendo a perpetuação de alguns mitos e preconceitos em relação ao familiar, que veicula a ideia de que a “família atrapalha”, é “ansiosa” e “fiscaliza os serviços”<sup>(5)</sup>. Podemos observar que a saúde institucionalizada estabelece relações de hierarquia onde os familiares do sujeito-enfermo possuem pouca autonomia para pleitear sua presença<sup>(16)</sup>.

Neste momento, cabe enfatizar que a tecnologia é essencial para a boa recuperação dos doentes, no entanto torna-se imprescindível humanizar as ações de enfermagem, tornando os enfermeiros mais afetivos, compreensivos, sensíveis e solidários<sup>(22)</sup>. Porém, não basta que a equipe esteja capacitada e os setores

adaptados, em suas normas e rotinas, é preciso que haja diálogo, pois este é a primeira condição para a compreensão e para o cuidado e que somente através da interação entre familiares, clientes e profissionais é possível compor um diálogo positivo e favorável<sup>(23)</sup>.

Independente da instituição ser pública ou privada, da clientela ser pediátrica, adulta ou idosa, o familiar não pode ser considerado uma complementação dos recursos humanos, ele age como parceiro da equipe com o propósito de ofertar melhoria ao seu ente hospitalizado. Nesta perspectiva, os momentos de diálogo e parceria são essenciais para a viabilização da relação de cuidado no qual, compartilha-se a preocupação e o sofrimento do outro. Nesta relação, o enfermeiro pode perceber o familiar com outro olhar, passando a considerar suas necessidades, vontades, desejos e questionamentos, facilitando seu entendimento sobre o que pode ou não fazer no espaço hospitalar, para melhor confortar seu familiar adoecido<sup>(24)</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo possibilitou identificar o cuidado que a enfermagem presta aos familiares de cliente hospitalizados assim como, quais são as principais características desta relação enfermagem e família. Compreendemos que valorizar a experiência do outro contribui para o desenvolvimento de uma relação mais humana. Contemplar a família no cuidado de enfermagem tem sido um desafio observado na prática assistencial e destacado nos estudos científicos. O profissional de enfermagem, devido a sua maior disponibilidade e acessibilidade é aquele que possui mais capacidade para identificar e compreender as necessidades e dificuldades do cliente hospitalizado e daqueles que o acompanham.

No entanto, envolver a família no cuidado exige do profissional de enfermagem a adoção de uma postura aberta para o diálogo entre ambas as partes, onde o familiar não é visto como um receptáculo de

informações. Deve-se considerar que a hierarquização presente nas instituições de saúde acaba por fazer com que o profissional tenha que cumprir regras e rotinas, comportando-se como aquele que detém o poder.

Os estudos apontam a necessidade do familiar em obter informações claras sobre o estado de saúde do ente hospitalizado que os familiares. Acreditam que ao entenderem melhor o quadro clínico, podem auxiliar na minimização dos fatores negativos que permeiam este período e também na recuperação. Identificamos que, além da regras e rotinas institucionais, o tipo de clientela que está sob os cuidados da enfermagem também é um fator relevante para o estabelecimento de uma relação harmônica.

Os profissionais que lidam com neonatos e crianças são aqueles que apresentam maior dificuldade em inserir o familiar no cuidado, de forma consciente pois sentem-se vigiados e obrigados a dividir o cuidado com a família. A implementação do estatuto do idoso, que permite a presença permanente de um familiar junto ao idoso hospitalizado, auxilia na manutenção emocional deste cliente.

Existe por parte da enfermagem uma vontade de incluir cada vez mais o familiar em seu cuidado, acreditando que este indivíduo é peça fundamental para a recuperação. Para tal, é preciso sensibilizar-se com a experiência da família e reconhecê-la como um elemento facilitador ao processo de recuperação do cliente hospitalizado.

Sendo assim, considerando que cuidar da família é uma responsabilidade do enfermeiro, deve-se pensar na necessidade de ampliar esta discussão nos cenários acadêmicos e assistenciais bem como, proporcionar um ambiente de cuidado que auxilie cliente e familiares no enfrentamento das dificuldades inerentes ao período de adoecimento. Nestes termos, ao produzir uma pesquisa, seja de abordagem qualitativa ou quantitativa, sobre assistência ou educação, contribuímos para definir o papel da enfermagem enquanto promotor de bem-estar e qualidade de vida.

## REFERÊNCIA

1. Wernet M, Ângelo M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(1):9-25.
2. Sousa SROS, Chaves SRF, Silva CA. Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(5):609-13.
3. Moreno V. A família do paciente em situação crônica de vida: a visão de enfermeiros de um hospital de ensino. *Acta Paul Enferm*. 2007; 29(2):91-8.
4. Silveira R, Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados. *Texto & Contexto Enferm*. 2005; 14(n. esp.):125-30.
5. Squassante ND. A dialética das relações entre a equipe de enfermagem e familiares acompanhantes no hospital: implicações para o cuidado de enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007.
6. Souza TGE. A família vivenciando a internação de um filho na UTI neonatal — uma contribuição para o cuidar em Enfermagem [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2007.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Assistência à Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Deslandes FS. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):7-14.
9. Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill MM, Balieiro MMFG. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1):132-5.
10. Andrade VCC, Mikuni PK, Melo PS, Sales CA. O estar-só e o estar-com um ente querido durante a quimioterapia. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 14(2):226-31.

11. Pimenta, EAG, Collet, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):622-9.
12. Wernet M, Ângelo M. A enfermagem diante das mães na UTIN. *Rev Enferm UERJ*. 2007; 15(2):229-35.
13. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Latino-am Enferm*. 2004; 12(2):191-7.
14. Ministério da Saúde (BR). Estatuto do idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (Série E. Legislação de Saúde).
15. Pena SB, Diogo MJDE. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. *Rev Latino-am Enferm*. 2005; 13(5):663-9.
16. Bocchi SCM, Silva L, Juliani CMC, Spiri WC. Familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados: análise da experiência na perspectiva do processo de trabalho em enfermagem. *Rev. Latino-am Enferm*. 2007; 15(2):304-10.
17. Fernandes MEN, Fernandes AFC. A morte em unidade de terapia intensiva: percepções do enfermeiro. *Rev Rene*. 2006; 7(1):43-51.
18. Milanesi K, Collet N, Oliveira BRG, Vieira CS. Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(6):769-74.
19. Santos KM, Silva MJ. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com familiares de pacientes em UTI's. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(1):61-6.
20. Casanova EG, Lopes GT. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(6):831-6.
21. Brito DMS. O cuidado de enfermagem em uma criança com diabetes mellitus tipo 1: um relato de experiência. *Rev Rene*. 2006; 7(1):98-102.
22. Moreira ML, Castro ME. Percepção dos pacientes em unidade de terapia intensiva frente à internação. *Rev Rene*. 2006; 7(1):75-83.
23. Ribeiro RLR, Rocha SMM. Enfermagem e família de crianças com síndrome nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado. *Texto & Contexto Enferm*. 2007; 16(1):112-9.
24. Squassante ND, Alvim NAT. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(1):11-7.

**RECEBIDO:** 17/09/2009

**ACEITO:** 16/08/2010

## **ERRATA**

Nas páginas dos Sumários e na p. 27, do v. 11, n° 2, abr/jun. 2010, na identificação dos autores do artigo Malformações congênitas e fatores de risco materno em Campina Grande - Paraíba, onde se lê: FRANCISCO HENRIQUE GADELHA, leia-se: FRANCISCO HENRIQUE ASSIS GADELHA.



# NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

## INFORMAÇÕES GERAIS

A Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev Rene, ISSN 1517-3852, é uma publicação técnico-científica da Rede de Enfermagem do Nordeste, sediada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, desde sua criação em 2000. Atualmente, é publicada trimestralmente e se propõe a divulgar a produção científica de seus assinantes, profissionais, estudantes de enfermagem e áreas afins. As diretrizes gerais da Revista são definidas e executadas pela Comissão Editorial.

## INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

As instruções ora apresentadas objetivam orientar aos autores na elaboração de manuscritos a serem submetidos e, posteriormente, publicados neste periódico. Os manuscritos devem ser inéditos e destinados exclusivamente à Rev. Rene, não se admitindo sua submissão simultânea, no todo ou em parte a outros periódicos.

Os manuscritos devem ser enviados ao periódico somente por correio eletrônico para rene@ufc.br. Simultaneamente, os autores devem enviar por via postal (Rede de Enfermagem do Nordeste - Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60.430-160. Fortaleza-CE) ou por via fax (55 85 3366 8453) ou via eletrônica (escaneada): escritório dirigido ao Conselho Editorial, solicitando apreciação do manuscrito e declaração de responsabilidade (**Modelo 1**); autorização assinada por todos os autores, para a publicação do artigo e declaração de cessão dos Direitos Autorais (**Modelo 2**); cópia do Parecer do Comitê de Ética, caso se trate de pesquisa envolvendo seres humanos; comprovante de assinatura de todos os autores. Ressaltamos que, no momento da submissão, assim como da publicação do manuscrito, todos os autores devem estar com a assinatura da Revista atualizada.

## CATEGORIAS DOS MANUSCRITOS

**Editorial:** texto de responsabilidade do Conselho Editorial da Revista. Máximo de duas páginas.

**Artigos Originais:** abrangem estudos destinados a divulgar pesquisas originais e inéditas, inclusive aquelas de cunho qualitativo. No caso de ser pesquisa original e

inédita, deve-se contemplar *Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões*. Os artigos devem conter no máximo 15 páginas e até 20 referências bibliográficas, havendo, entretanto, alguma flexibilidade, quando se julgar necessário.

**Relatos de experiência:** descrevem experiências acadêmicas e assistenciais. Até 15 páginas.

**Revisões:** compreendem a avaliação sistematizada e crítica da literatura sobre temas específicos. Sua composição deve incluir a delimitação do tema, descrição dos métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Máximo de 15 páginas.

**Resenhas:** síntese ou análise interpretativa de obra recentemente publicada. Máximo de 3 páginas. Antes do texto, deve-se incluir a referência bibliográfica completa da obra resenhada em estilo Vancouver. No final do texto, deve-se incluir o nome, titulação acadêmica, filiação institucional e E-mail instituição do autor da resenha.

**Comunicações breves:** contempla estudos avaliativos originais ou notas prévias de pesquisa originais contemplando dados inéditos e que sejam relevantes para a enfermagem. A estrutura do texto deve obedecer às mesmas instruções para artigos originais. Máximo de 5 páginas.

**Carta ao Editor:** refere-se a cartas recebidas cujo conteúdo tem o propósito de discutir temas recentes e relevantes de artigos publicados na revista. Serão publicados a critério do Conselho Editorial. Uma página.

## AValiação POR PARECERISTAS

Os manuscritos enviados para Rev Rene serão, primeiramente, examinados pelo Conselho Editorial e em seguida, enviados para avaliação de dois pareceristas, designados pela Comissão Editorial, sendo omitida a identificação dos consultores e dos autores, os quais serão notificados sobre a necessidade de modificações no texto. Ao final do processo, os autores serão comunicados sobre a aceitação ou não para publicação.

A Comissão Editorial poderá fazer pequenas modificações, mas as alterações essenciais serão solicitadas aos autores. Os artigos expressam o pensamento dos autores e são de sua inteira responsabilidade, não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Editorial. Os trabalhos recusados serão devolvidos aos autores.

Serão respeitados alguns itens que possam evidenciar conflito de interesse entre autores e consultores, de forma estritamente confidencial. Os consultores poderão se manifestar caso haja algum impedimento em relação à sua participação como parecerista.

## APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os manuscritos deverão conter no máximo 15 páginas, respeitando-se a categoria de cada um, redigidos na ortografia oficial, em formato Word for Windows, para impressão em papel A4, em espaço 1,5, margem de 2,5cm de cada um dos lados, letra 12, Times New Roman. Os parágrafos devem estar alinhados a 1,5cm.

## ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

### Primeira página

A primeira página (Página de identificação) dos trabalhos deve conter o título do trabalho, nome completo dos autores, resumos em português, inglês e espanhol, e as respectivas palavras-chave, endereço completo do autor responsável. Em nota de rodapé, devem constar os créditos de cada autor considerando: titulação, cargo, função, afiliação institucional e/ou acadêmica, nacionalidade, e-mail, de preferência o institucional. Indicar se houve suporte de algum órgão de financiamento.

**Título do artigo:** sintético e objetivo, apresentado seguidamente em Português, em negrito; em Inglês e em Espanhol, em itálico e sem negrito; com no máximo 14 palavras, em letras maiúsculas, centralizados, letra 12, Times New Roman. Ressalte-se que a ordem dos títulos será alterada conforme o idioma que se apresenta a redação do trabalho, isto é, se o artigo for redigido em inglês, o primeiro título e o primeiro resumo, deverão ser em inglês.

**Autoria:** a indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 6 e devem apresentar-se

um abaixo do outro, em caixa alta, tamanho 10, fonte Times New Roman e com números sobrescritos. Ex.: MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO<sup>1</sup> (NÚMERO DE ORDEM 1.2...ATÉ O 6)

**Resumo:** na seguinte ordem: em português, inglês e espanhol contendo no máximo 150 palavras que expressem os pontos relevantes do texto, isto é, a introdução, objetivos, métodos, principais resultados e conclusões, fornecendo uma visão clara e concisa do seu conteúdo. Deve ser redigido em espaço simples, letra 10, Times New Roman, na mesma sequência dos títulos.

**Descritores:** em português, inglês e espanhol, com inicial maiúscula, separados por ponto e vírgula. Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen, respeitando-se o número de 3 a 5. Utilizar os descritores referidos nos “Descritores em Ciências da Saúde” – DECS/LILACS/BIREME disponível no endereço: <http://decs.bvs.br/> e/ou MESH/ “Medical Subject Heading” – Index Medicus. Para nomenclatura dos descritores, utilizar: DESCRITORES, DESCRIPTORS e DESCRIPTORES, estes nomes devem estar em caixa alta, letra 10, e em negrito.

**Notas dos autores:** devem apresentar a titulação, a instituição a que estão vinculados, endereço completo do autor responsável, e-mail, de preferência institucional, e inserção do nome do país em que se localizada a instituição, antes do e-mail.

### Corpo do texto

**Texto:** Deve ser obedecida a estrutura exigida para cada categoria de manuscrito. Saliencia-se que os trabalhos de cunho quantitativo devem apresentar os resultados separados da discussão, e os trabalhos de caráter qualitativo devem apresentar as falas em itálico, sem aspas, tamanho 10, e na sequência do texto. O item Conclusões/Considerações finais não deve conter citações.

**Tabelas e Ilustrações:** tabelas, quadros ou gráficos devem ser limitadas a 5 no conjunto. As **tabelas** devem ter títulos concisos, serem numeradas consecutivamente com algarismo arábicos na ordem em que forem citadas no texto, não utilizar linhas internas verticais ou horizontais. As notas explicativas devem aparecer no rodapé das



tabelas e não no título ou cabeçalho. Devem apresentar-se em preto e branco e dentro do próprio texto.

**Figuras:** (fotografias, desenhos, gráficos) devem ser citadas como figuras, e devem ter sido desenhadas ou fotografadas por profissionais ou demonstrar excelente qualidade de impressão digital. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismo arábicos na ordem em que for citada no texto. As ilustrações devem ser claras o suficiente para permitir sua reprodução. Não é permitido que o conteúdo dos gráficos seja os mesmos das tabelas. As legendas das figuras, os símbolos, os números e outros sinais necessitam ser identificados e descritos quanto ao seu significado. Caso os autores optem por utilizar ilustrações já publicadas, devem encaminhar permissão, por escrito, para reprodução das mesmas.

**Abreviações e símbolos:** Evitar abreviações nos títulos e resumos do manuscrito, a não ser que sejam abreviações padronizadas. No texto, ao citar uma abreviatura, esta deve ser acompanhada em parênteses de seu significado na primeira vez em que for citada.

**Notas de Rodapé:** Devem ser precedidas de asterisco e serem utilizadas o mínimo possível.

**Referências Bibliográficas:** Em relação às citações no texto, estas devem ser numeradas de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores e sem espaço entre a palavra e o parêntese. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por traço (ex.: 1-6); quando intercalados, usar vírgula (ex.: 2,6,10). Ressalta-se que a exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

**Agradecimentos:** neste item, podem ser incluídas a colaboração de pessoas envolvidas, mas que não se configuram como autores, assim como, agradecimentos por apoio financeiro, etc.

## Referências

No corpo do texto, listar os autores em ordem numérica e consecutiva, conforme são mencionados e,

identificá-los pelo mesmo número, sempre que citados. O número deve vir sobrescrito entre parênteses ex.:<sup>(1)</sup>.

**Autores:** Citar até 6 autores, separados por vírgula, entrando pelo sobrenome, com apenas a inicial maiúscula, seguido das iniciais de prenomes e de outros sobrenomes, sem ponto ou qualquer outro elemento de ligação entre eles. Ex.: Vasconcelos FF e não Vasconcelos, F. de F. Para referências com mais de seis autores, listar os seis primeiros acompanhados de et al. separando-os por vírgula.

**Título:** Indicar em maiúscula apenas a primeira letra do título e de nomes próprios. Para periódicos, os títulos devem figurar como indexados no Index Medicus.

**Páginas:** Suprimir dezenas ou centenas repetidas. Ex.: usar de 43-8 e não 43-48.

Colocação da página na citação, número do autor seguido de dois pontos e número da página. Ex.:<sup>(1:15)</sup>

Notas: Transcrever no idioma da obra, dados como: edição 10<sup>th</sup> ed.; nota de dissertação ou tese, ex.: [thesis]; notas de Internet, ex.: Português: “Disponível em”, “Acessado em”; Inglês: “Available from” e Accessed at”, etc.

## EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ARTIGOS DE PERIÓDICOS

#### 1 – Artigo padrão

Campos ACS, Cardoso MVLML, Pagliuca LMF, Rossi IA. Comunicação: instrumento básico de enfermagem para cuidar da mãe do neonato sob fototerapia. Rev Rene. 2008;9(4):24-32.

#### 2 – Sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. Arq Bras Cardiol. 2000;75(6):28-32.

#### 3 – Com mais de seis autores

Duckworth W, Abaira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2009;360(2):129-39.

#### **4 – Instituição como Autor**

Diabetes Prevention Program Research Group. Achieving weight and activity goals among diabetes prevention program lifestyle participants. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

#### **5 – Artigo no Prelo**

Costa KNFM, Pagliuca LMF, Almeida PC, Cardoso MVLML, Rebouças CBA. Aspects of verbal communication between nurses and visually impaired people. *Rev Rene*. No prelo 2009.

#### **6 – Volume com suplemento**

Gérvias J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública* 2008;24 Suppl 1:24-6.

#### **7 – Fascículo com suplemento**

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Suppl):15-25.

#### **8 – Artigo com errata publicada**

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. *West J Med*. 1995;162(1):28-31. Erratum in: *West J Med*. 1995;162(3):278

#### **9 – Editoriais**

Cardoso MVLML. Caminhos para a Enfermagem. [editorial]. *Rev Rene*. 2008; 9(4):13.

### **LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS**

#### **10 – Indivíduo como autor**

Stefanelli MC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2005.

#### **11 – Organizador, Editor, Coordenador como autor**

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997.

#### **12 – Capítulos de livro**

Araújo DA. Psicologia no tratamento de crianças com paralisia cerebral. In: Lima CLA, Fonseca LF. Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia, reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.235-40.

#### **13 – Teses, dissertações e monografias**

Lúcio IML. Método educativo para a prática do teste do reflexo vermelho no cuidado ao recém-nascido [tese]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.

#### **14 – Trabalhos apresentado em Eventos**

Pagliuca LMF, Barbosa GOL, Wanderley LD, Oliveira PMP. Análise da comunicação verbal e não-verbal de uma mãe cega e com limitação motora durante a amamentação. In: Anais do 60º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2008 Nov. 3-6; Belo Horizonte: ABEN Seção-BH; 2008.

### **DOCUMENTOS EM FORMATOS ELETRÔNICOS**

#### **15 – Artigo em formato eletrônico**

Tavares DMS, Rodrigues RAP. Indicadores sociodemográficos e de saúde de idosos portadores e não portadores de diabetes. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2008 [citado 2009 mai 28]; 10(4): [cerca de 8 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a03.pdf>

#### **16 – Tese, dissertação ou monografia em formato eletrônico**

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington : National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

#### **17 – Documentos legais**

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 26 Jun 1986. Seção 1.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União, Brasília*, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

## MODELO 1

Ao Conselho Editorial

Rev Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

### Encaminhamento e Declaração de Responsabilidade

Estamos encaminhando o artigo (colocar nome completo do artigo) para que este seja submetido à apreciação desta conceituada Revista. Afirmamos que todos os autores se declaram responsáveis integralmente por qualquer alteração que se faça necessária no artigo encaminhado.

Certificamos que este trabalho é original e que nem parcial ou integralmente foi publicado ou está sendo avaliado com vistas de publicação em outra revista.

Autores (Listar nome completo de todos autores, data e abaixo de cada nome, inserir endereço completo e e-mail)

## MODELO 2

Ao Conselho Editorial

Rev Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

### Declaração de Transferência de Direitos Autorais

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo (escrever título do artigo) se tornarão propriedade exclusiva da Rev. Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à Rev. Rene e os créditos correspondentes.

Autores:

Artigo:

Local e data:

Universidade Federal do Ceará  
Departamento de Enfermagem  
Rev Rene  
Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo  
CEP: 60.430-160. Fortaleza-CE-Brasil.  
Fone/Fax: 55 85 3366-8453.  
E-mail: rene@ufc.br  
www.revistarene.ufc.br

## PUBLISHING RULES

### GENERAL INFORMATION

The Northeastern Brazil Nursing Network Journal – Rev Rene, ISSN 1517-3852 is a technical scientific publication of the Northeast Network Nursing which has been hosted in the Nursing Department of the Federal University of Ceará since 2000. Nowadays, it has been published quarterly and aims to publish the scientific production of its subscribers, professionals, students of nursing as well as of related areas. The journal general policies are defined and accomplished by the “Editorial committee.

### INSTRUCTIONS TO THE AUTHORS FOR MANUSCRIPTS PUBLISHING

The instructions hereby presented aim to guide the authors in the elaboration of manuscripts to be submitted and at a later time published in this journal. The manuscripts must be unpublished and uniquely destined to the Rev Rene, what means that their simultaneous submission is not allowed in part or as a whole in other periodicals.

Manuscripts must only be sent through e-mail to rene@ufc.br. At the same time, the authors must post to (Rede de Enfermagem do Nordeste - Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60.430-160. Fortaleza-CE) or via fax (55 85 3366 8453) or Electronic format (scanner): letter sent to Editorial Board, requesting consideration of the manuscript and statement of responsibility; (**Model 1**); authorization signed by all the authors, for publishing the articles and Declaration of Copyright Cession (**Model 2**); copy of the Ethics Committee's Opinion, in case of research involving human beings; proof of signature by all the authors.

It is important to mention that at the moment of submission, as well as in the publication of manuscripts, all the authors must have the subscription of the journal updated.

### CATEGORY OF MANUSCRIPTS

**Editorial:** Journal Editorial Council responsibility. Maximum of two pages. **Original Articles:** cover studies intended to publish original and unpublished researches

including those of qualitative nature. In case of original and unpublished researches the following points must be taken into account: Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusions. The articles must have at least 15 pages and up to 20 bibliographical references, being considered some flexibility, whenever necessary.

**Experience report:** describe academic and assistance experiences. Up to 15 pages.

**Reviews:** comprise the systematic evaluation and critical assessment of literature on specific topics. Their composition must include the theme delimitation, description of methods used to locate, selected and synthesized data and conclusions. Maximum of 15 pages.

**Summaries:** synthesis or interpretative analysis of a recently published work. Maximum of 3 pages. Before the text, the complete bibliographical reference of the summarized work must be included in Vancouver style. At the end of the text it will be included, the name, academic degree, institutional affiliation, E-mail and summary author's institution.

**Brief communications:** present original interpretative studies or previous notes of original research presenting unpublished and relevant data for the nursing area. The structure of the text must follow the same instructions for original articles. Maximum of 5 pages.

**Letter to the Editor:** refers to letters received by the editor whose content aims to discuss relevant themes of articles published in the journal. They will be published following the Editorial Council. One page.

### REFEREES' EVALUATION

The manuscripts sent to the Rev Rene, are firstly examined by the Editorial Council and then sent to the evaluation of two referees who are designed by the Editorial Commission being omitted the identification of the consulters and authors who are notified on the necessity of modification of the text. At the end of the process, the

authors are informed whether or not they are accepted to be published.

The Editorial commission can make some modifications however; the authors will be notified about the essential changes. The articles express the authors' thought and are of their entire responsibility, not reflecting, necessarily the Editorial Commission's opinion. The works which are refused will be sent back to the authors.

Strictly confidential respect will be considered in some items which may evidence conflict of interest among authors and consultants. The consultants may interfere in case of constraint concerning their participation as a referee.

## WORKS' PRESENTATION

The manuscripts must have no more than 15 pages, considering each one's category, written in the official spelling in Word for Windows format, to be printed in A4 paper size, space 1,5, margin 2,5cm for each side, font Times New Roman 12. The paragraphs must be aligned at 1,5cm.

## STRUCTURE OF MANUSCRIPTS

### First Page

The first Page (identification page) must contain the title of the paper, full name of the authors, abstracts in Portuguese, English and Spanish and the respective keywords, responsible author's complete address. In footnote there must be the credits of each author considering: titles, position, institutional or academic affiliation, nationality, and e-mail, preferably the institutional. In case of financial support given by any institution, it must be mentioned.

**Title of the article:** it must be synthetic and objective, being presented in Portuguese, in bold; with no more than 14 words, in capital letters, centered, times New Roman 12pts. It is important to highlight that the order of titles must be alternated according to the idiom of the paper, it means that if the paper was written in English the first title as well as the abstract must be also in English.

**Authorship:** The indication of authors' names soon below the title of the article is limited by 6 and they must be

displayed one below the other, in upper case letters, Times New Roman, font size 10 and superscript numbers. E.g.: MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO<sup>1</sup> (ORDERING NUMBER 1,2...UP TO 6)

**Abstract:** in the following order: Portuguese, English and Spanish containing at most 150 words that express the relevant points of the text, i.e. introduction, objectives, methods, main results and conclusions, supplying a clear and concise vision of its content. It must be written in simple space, font size letter 10, Times New Roman, in the same sequence of the titles.

**Keywords:** in Portuguese, English and Spanish, with initial capital letter, separated by semicolon. They must follow the summary, abstract and resumen, respecting the number from 3 to 5. To use the Keywords referred to in the "Keywords in Health Sciences" – DECS/LILACS/BIREME available in the address <http://decs.bvs.br/and/> or MESH/ "Medical Subject Heading" – Index Medicus. For the nomenclature keywords, use: DESCRITORES, DESCRIPTORS and DESCRIPTORES, these names must be in capital letters, font size letter 10, and in bold-face.

**Authors' notes:** they must present education, the institution to which they are linked, complete address of the responsible author, e-mail, preferably institutional and the name of the country where the institution is located, before the e-mail.

### Body of the text

**Text** The structure demanded for each category of manuscript must be obeyed. It is pointed out that the researches of quantitative type must present the separate results of the discussion, and the qualitative ones must present the words in italic, without inverted commas, font size 10, and in the sequence of the text. The item Conclusions/final considerations must not contain quotations.

**Charts and Illustrations:** charts, pictures or table must be limited by 5 in the set. The charts must have concise titles, be numbered consecutively with Arabic numerals in the order in which they will be quoted in the text, not to use internal vertical or horizontal lines. The explicative notes

must appear in the footnote to the charts and not in the title or heading. They must show up in black and white and inside the text itself.

**Figures:** (photographs, drawings, charts) must be quoted like figures, and must have been drawn or photographed by professionals or demonstrate excellent quality of fingerprint. They should be numbered consecutively with Arabic numerals in the order in which they will be quoted in the text. The illustrations must be sufficiently clear to be allowed their reproduction. It is not allowed that the content of the tables is the same of the charts. The captions of the figures, the symbols, the numbers and other signs need to be identified and described as for their meaning. If the authors decide to use already published illustrations, they must direct written permission, for their production.

**Abbreviations and symbols:** abbreviations should be avoided in the titles as well as in the summaries of the manuscript, unless they are standardized abbreviations. In the text, while quoting an abbreviation, this one must be followed in parentheses of its meaning in the first time in which it is quoted.

**Footnotes:** They must be preceded by asterisk and should be used as little as possible.

**References:** As for citations in the text, they must be numbered in consecutive order according to the order in which they are mentioned first. Identify citations by Arabic numerals in parentheses and superscript, without mentioning the name of the author and no space should be given between the word and parenthesis. When it comes to sequential quotations, separate the numbers by dash (e.g.: 1-6), when intercalated, commas should be used (e.g.: 2,6,10). It is emphasized that the accuracy of the references is the responsibility of the authors

**Acknowledgments:** this item may include the collaboration of the people involved, but who are not authors and, we are also thankful for the financial support, etc.

## References

In the body of the text, the authors should be listed in numerical and consecutive order, as they are

mentioned, and they should be identified by the same number whenever they are cited. The number must be superscript in brackets e.g.:<sup>(1)</sup>

**Authors:** Summon up to 6 authors, separated by comma, entering the surname, with only the initial capital letter, followed by the initials of forenames and of the others, without full stop or any other element of connection between them. E.g.: Vasconcelos FF and not Vasconcelos, F. of F. For references with more than six authors, list the first six followed by et al. separating them with commas.

**Title:** Indicate in capital only the first letter of the title and proper names. For periodicals, the titles should appear as indexed in Index Medicus.

**Pages:** Delete repeated dozens or hundreds. E.g.: use from 43-8, not 43-48.

Placing the page in the quote, number of author followed by a colon and the page number. E.g.:<sup>(1:15)</sup>

Notes: transcribe in the language of work, data such as: 10<sup>th</sup> edition ed.; Note of dissertation or thesis, e.g.: [thesis] notes from Internet, e.g.: Portuguese: "Available at", "Accessed in" English "Available from "and Accessed at", etc.

## EXAMPLES OF REFERENCES

### ARTICLES OF PERIODICALS

#### 1 - Standard Article

Campos ACS, Cardoso MVLML, Pagliuca LMF, Rossi IA. Comunicação: instrumento básico de enfermagem para cuidar da mãe do neonato sob fototerapia. Rev Rene. 2008;9(4):24-32.

#### 2 – Without any authorship indication

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. Arq Bras Cardiol. 2000;75(6):28-32.

#### 3 - With more than six authors

Duckworth W, Abaira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2009;360(2):129-39.

#### **4 - Institution as Author**

Diabetes Prevention Program Research Group. Achieving weight and activity goals among diabetes prevention program lifestyle participants. *Hypertension*. 2002;40 (5):679-86.

#### **5 - Article in press**

Costa KNFM, Pagliuca LMF, Almeida PC, Cardoso MVLML, Rebouças CBA. Aspects of verbal communication between nurses and visually impaired people. *Rev Rene*. No prelo 2009.

#### **6 - Volume with supplement**

Gérvas J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública* 2008;24 Suppl 1:24-6.

#### **7 - Issue with supplement**

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Suppl):15-25.

#### **8 - Article with published erratum**

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. *West J Med*. 1995;162(1):28-31. Erratum in: *West J Med*. 1995; 162(3):278

#### **9 – Editorial**

Cardoso MVLML. Caminhos para a Enfermagem. [editorial]. *Rev Rene*. 2008; 9(4):13.

### **BOOKS AND OTHER MONOGRAPHS**

#### **10 - Individual as author**

Stefanelli MC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2005.

#### **11 - Organizer, Editor, Author as Coordinator**

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997.

#### **12 - Chapters of books**

Araújo DA. Psicologia no tratamento de crianças com paralisia cerebral. In: Lima CLA, Fonseca LF. Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia, reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.235-40.

#### **13 - Thesis, dissertations and monographs**

Lúcio IML. Método educativo para a prática do teste do reflexo vermelho no cuidado ao recém-nascido [tese]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.

#### **14 - Work presented in Conference**

Pagliuca LMF, Barbosa GOL, Wanderley LD, Oliveira PMP. Análise da comunicação verbal e não-verbal de uma mãe cega e com limitação motora durante a amamentação. In: Anais do 60º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2008 Nov. 3-6; Belo Horizonte: ABEN Seção-BH; 2008.

### **ELECTRONIC DOCUMENTS**

#### **15 - Article in electronic format**

Tavares DMS, Rodrigues RAP. Indicadores sociodemográficos e de saúde de idosos portadores e não portadores de diabetes. *Rev Eletr Enf*. [periódico na Internet]. 2008 [citado 2009 mai 28]; 10(4): [cerca de 8 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a03.pdf>

#### **16 - Thesis, dissertation or monograph in electronic format**

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington : National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

#### **17- Legal Documents**

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

## MODEL 1

To: Editorial Board  
Rev Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

### Routing and Responsibility Statement

We are sending the article (**write the article full title**) to be submitted to the appreciation of this well-known journal. We assert that all the authors declare to be responsible for any necessary change in the article referred.

We acknowledge that this work is original and that it was not partially or completely published or is being evaluated in order of publication in another journal.

Authors (list all authors' full name, date and under each name, enter full address and e-mail)

## MODEL 2

To: Editorial Board  
Rev Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

### Copyright Transfer Declaration

The undersigned authors declare that the copyright referred to the article (**write title of the article**) will become exclusive property of Rev Rene — Northeastern Brazil Nursing Network Journal. The same way, they assume full responsibility for the quotes and bibliographical references used in the texts as well as for the ethical aspects which involve the subjects of the study.

We are conscious that it is prohibited any partial or total reproduction in any part or means, printed or electronic without prior and necessary authorization and if obtained we will show the competent thanks to Rev Rene and the corresponding claims.

Authors:

Article:

Place and date:

Universidade Federal do Ceará  
Departamento de Enfermagem  
Rev Rene  
Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo  
CEP: 60.430-160. Fortaleza-CE-Brasil.  
Fone/Fax: 55 85 3366-8453.  
E-mail: rene@ufc.br  
www.revistarene.ufc.br



# NORMAS PARA PUBLICACIÓN

## INFORMACIONES GENERALES

La Revista de la Red de Enfermería del Nordeste - Rev Rene, ISSN 1517-3852, es una publicación técnica y científica de la Red de Enfermería del Nordeste, que tiene su sede en el Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará, desde su creación en el año 2000. Actualmente, su publicación es trimestral y se propone divulgar la producción científica de sus abonados, profesionales, estudiantes de enfermería y áreas afines. Las directrices generales de la Revista son definidas y ejecutadas por la Comisión Editorial.

## INSTRUCCIONES A LOS AUTORES PARA PUBLICACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Las instrucciones ahora presentadas objetivan orientar a los autores en la elaboración de manuscritos que serán sometidos a evaluación y, posteriormente, publicados en esta revista. Los manuscritos deben ser inéditos y destinados exclusivamente a la Rev Rene, no se admite su sumisión simultánea, en total o en parte a otros periódicos/revistas.

Los manuscritos deben enviarse a la revista a través de correo electrónico para rene@ufc.br. A la vez, los autores deben enviar por vía postal (Rede de Enfermagem do Nordeste – Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo – CEP: 60.430-160 – Fortaleza/CE) o por fax (55 85 3366 8453) o vía electrónica (escaneada): oficio encaminado al Consejo Editorial, solicitando apreciación del manuscrito y declaración de responsabilidad (**Modelo 1**); autorización firmada por todos los autores, para la publicación del artículo y declaración de cesión de los Derechos Autorales (**Modelo 2**); copia del Parecer del Comité de Ética, si se trata de investigación implicando seres humanos; documento que compruebe la firma de todos los autores. Dejamos claro que, en el momento de realizar la sumisión y también cuando la publicación del manuscrito, todos los autores deben estar al día con la suscripción de la Revista.

## CATEGORÍAS DE LOS MANUSCRITOS

**Editorial:** texto de responsabilidad del Consejo Editorial de la Revista. Máximo de dos páginas.

**Artículos Originales:** abarcan estudios destinados a divulgar investigaciones originales e inéditas, incluso aquéllas de cuño cualitativo. Si se trata de investigación original e inédita, se debe contemplar: *Introducción, Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones*. Los artículos deben contener al máximo 15 páginas y hasta 20 referencias bibliográficas, habiendo, sin embargo, alguna flexibilidad, cuando se considere necesario.

**Relatos de experiencia:** describen experiencias académicas y asistenciales. Hasta 15 páginas.

**Revisiones:** contienen en si, la evaluación sistematizada y crítica de la literatura sobre temas específicos. Su estructura debe incluir la delimitación del tema, descripción de los métodos utilizados para localizar, seleccionar, extraer y sintetizar los datos y las conclusiones. Máximo de 15 páginas.

**Reseñas:** síntesis o análisis interpretativo de la obra recién publicada. Máximo de 3 páginas. Antes del texto, se debe incluir la referencia bibliográfica completa de la obra reseñada en estilo Vancouver. Al final del texto, debe incluirse el nombre, la titulación académica, filiación institucional y correo electrónico/ institución del autor de la reseña.

**Comunicaciones breves:** contempla estudios evaluativos originales o notas previas de investigación originales, observando con atención datos inéditos y que sean relevantes para la enfermería. La estructura del texto debe obedecer las mismas instrucciones para los artículos originales. Máximo de 5 páginas.

**Carta al Editor:** se refiere a cartas recibidas cuyo contenido propone la discusión de temas recientes y relevantes de artículos publicados en la revista. Serán publicados según el criterio del Consejo Editorial. 1 (una) página.

## EVALUACIÓN POR PERITOS

Los manuscritos enviados para Rev Rene serán, primeramente, examinados por el Consejo Editorial y

enseguida, enviados para ser evaluados por dos peritos, designados por la Comisión Editorial, siendo omitida la identificación de los consultores y de los autores, los cuales serán notificados sobre la necesidad de modificaciones en el texto. Al final del proceso, los autores serán comunicados sobre la aceptación o no para publicación.

La Comisión Editorial podrá hacer pequeñas modificaciones, pero las alteraciones esenciales serán solicitadas a los autores. Los artículos expresan el pensamiento de los autores y son de su entera responsabilidad, sin reflejar necesariamente la opinión de la Comisión Editorial. Los trabajos recusados se devolverán a los autores.

Serán respetados algunos ítems que puedan evidenciar conflicto de interés entre autores y consultores, de modo estrictamente confidencial. Los consultores podrán manifestarse caso haya algún impedimento en relación a su participación como peritos.

## **PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS**

Los manuscritos deberán contener al máximo 15 páginas, respetando la categoría de cada uno, redactados en la ortografía oficial, en formato Word for Windows, para impresión en papel A4, en espacio 1,5 – margen de 2,5cm de cada uno de los lados, letra 12, Times New Roman. Los párrafos deben estar alineados a 1,5cm.

## **ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS**

### **Primera Página**

La primera página (Página de identificación) de los trabajos debe contener el título del trabajo, nombre completo de los autores, resúmenes en portugués, inglés y español, y las respectivas palabras clave, dirección completa del autor responsable. En nota a pie de página, deben constar los créditos de cada autor considerando: titulación, cargo, función, filiación institucional y/o académica, nacionalidad, correo electrónico, preferentemente el institucional. Indicar si hubo apoyo de algún órgano de financiamiento.

**Título del artículo:** sintético y objetivo, presentado seguidamente en Portugués, en negrita; en Inglés y en Español, en itálico y sin negrita; 14 palabras al máximo,

en letras mayúsculas, centralizados. Se debe resaltar que el orden de los títulos será alterado conforme el idioma en el que se presenta la redacción del trabajo, o sea, si el artículo es redactado en inglés, el primer título, así como el primer resumen, deberá ser en inglés.

**Autoría:** la indicación de los nombres de los autores debajo del título del artículo es limitada a 6 y deben presentarse uno debajo del otro, en mayúscula, tamaño 10, fuente Times New Roman y con números sobrescritos. Ej.: MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO<sup>1</sup> (NÚMERO DE ORDEN 1, 2...HASTA EL 6)

**Resumen:** en el orden siguiente: en portugués, inglés y español conteniendo 150 palabras al máximo, que expresen los puntos relevantes del texto, es decir, la introducción, los objetivos, métodos, principales resultados y conclusiones, proporcionando una visión clara y concisa de su contenido. Debe redactarse en espacio simple, letra 10, Times New Roman, en la misma secuencia de los títulos.

**Palabras Clave:** en portugués, inglés y español, con inicial mayúscula, separadas por punto y coma. Deben acompañar el “resumo, abstract y resumen”, respetando el número de 3 a 5. Utilizar las palabras clave referidas en “Descritores em Ciências da Saúde” – DECS/LILACS/BIREME disponible en la dirección <http://decs.bvs.br/> y/o MESH/ “Medical Subject Heading” – Index Medicus. Para nomenclatura de las palabras clave, utilizar: DESCRITORES, DESCRIPTORS y DESCRIPTORES, estos nombres deben estar en mayúscula, letra 10 y en negrita.

**Notas de los autores:** deben presentar la titulación, la institución a la cual están vinculados, dirección completa del autor responsable, correo electrónico, de preferencia institucional e inserción del nombre del país en que está situada la institución, antes del correo electrónico.

### **Cuerpo del texto**

**Texto:** Debe obedecerse la estructura exigida para cada categoría de manuscrito.

Se resalta que los trabajos de cuño cuantitativo deben presentar los resultados separados de la discusión y los trabajos de carácter cualitativo deben presentar los relatos en itálico, sin comillas, tamaño 10, y en la secuencia del

texto. El ítem Conclusiones/Consideraciones finales no debe contener citas.

**Tablas e Ilustraciones:** tablas, cuadros o gráficos deben limitarse a 5 en el conjunto. Las **Tablas** deben tener títulos concisos, ser numeradas consecutivamente con algoritmo arábigo en el orden citado en el texto, no utilizar líneas internas verticales u horizontales. Las notas explicativas deben aparecer a pie de página de las tablas y no en el título o encabezamiento. Deben presentarse en blanco y negro y dentro del propio texto.

**Figuras:** (fotografías, dibujos, gráficos) deben citarse como figuras y deben haber sido diseñadas o fotografiadas por profesionales o mostrar excelente calidad de impresión digital. Deben estar numeradas consecutivamente con algoritmo arábigo según el orden citado en el texto. Las ilustraciones deben ser suficientemente claras para permitir su reproducción. No es permitido que el contenido de los gráficos sea el mismo de las tablas. Las leyendas de las figuras, los símbolos, los números y otras señas necesitan ser identificadas y descritas en cuanto a su significado. Si acaso los autores opten por utilizar ilustraciones ya publicadas, deben encaminar una solicitud de permiso, por escrito, para reproducción de las mismas.

**Abreviaciones y símbolos:** Evitar abreviaciones en los títulos y resúmenes del manuscrito, a no ser que sean abreviaciones estandarizadas. En el texto, al mencionar una abreviatura, ésta debe ir acompañada por su significado – insertado entre paréntesis - la primera vez que sea citada.

**Notas a pie de página:** Deben ser precedidas de asterisco y utilizarse lo menos posible.

**Referencias Bibliográficas:** En relación a las citas en el texto, éstas deben ser numeradas en forma consecutiva, de acuerdo al orden en que sean mencionadas la primera vez. Identificar las citas con números arábigos, entre paréntesis y sobrescrito, sin mención del nombre de los autores y sin espacio entre la palabra y el paréntesis. Cuando se trate de cita secuencial, separar los números por guión (ej.: 1-6); cuando intercalados, usar coma (ej.: 2,6,10). Se resalta que la exactitud de las referencias bibliográficas es responsabilidad de los autores.

**Agradecimientos:** en este ítem, se puede incluir la colaboración de personas involucradas, pero que no se configuran como autores, al igual que los agradecimientos por apoyo financiero, etc.

## Referencias

En el **cuerpo del texto**, listar los autores en orden numérica y consecutiva, conforme son mencionados e identificarlos por el mismo número, siempre que sean citados. El número debe ir sobrescrito entre paréntesis, ej.:<sup>(1)</sup>.

**Autores:** Citar hasta 6 autores, separados por coma, entrando por el apellido, sólo con la inicial mayúscula, seguido de las iniciales de nombres y otros apellidos, sin punto o cualquier otro elemento de unión entre ellos. Ej.: Vasconcelos FF en lugar de Vasconcelos, F. de F. Para referencias con más de seis autores, listar los seis primeros acompañados de et al. separados por coma.

**Título:** Indicar en mayúscula apenas la primera letra del título y de nombres propios. Para periódicos, los títulos deben figurar como indexados no Index Medicus.

**Páginas:** Suprimir decenas o centenas repetidas. Ej.: usar de 43-8 y no de 43-48.

Colocación de la página en la cita, número del autor seguido de dos puntos y número de la página. Ej.:<sup>(1:15)</sup>

Notas: Transcribir en el idioma de la obra, datos como: edición 10<sup>th</sup> ed.; nota de disertación o tesis, ej.: [thesis]; notas de Internet, ej.; Portugués: “Disponível em”, “Acessado em”; Inglés: “Available from” y “Accessed at”, etc.

## EJEMPLOS DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ARTÍCULOS DE PERIÓDICOS

#### 1 – Artículo estándar

Campos ACS, Cardoso MVLML, Pagliuca LMF, Rossi IA. Comunicação: instrumento básico de enfermagem para cuidar da mãe do neonato sob fototerapia. Rev Rene. 2008;9(4):24-32.

## **2 – Sin indicación de autoría**

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol.* 2000;75(6):28-32.

## **3 – Con más de seis autores**

Duckworth W, Abaira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2009;360(2):129-39.

## **4 – Institución como Autor**

Diabetes Prevention Program Research Group. Achieving weight and activity goals among diabetes prevention program lifestyle participants. *Hypertension.* 2002;40(5):679-86.

## **5 – Artículo en el Prelo**

Costa KNFM, Pagliuca LMF, Almeida PC, Cardoso MVLML, Rebouças CBA. Aspects of verbal communication between nurses and visually impaired people. *Rev Rene.* No prelo 2009.

## **6 – Volumen con suplemento**

Gérvás J. Atención primaria, de la teoría a la práctica. *Cad Saúde Pública* 2008;24 Suppl 1:24-6.

## **7 – Fascículo con suplemento**

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996;4(2 Suppl):15-25.

## **8 – Artículo con errata publicada**

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. *West J Med.* 1995;162(1):28-31. Erratum in: *West J Med.* 1995;162(3):278

## **9 – Editoriales**

Cardoso MVLML. Caminhos para a Enfermagem. [editorial]. *Rev Rene.* 2008; 9(4):13.

## **LIBROS Y OTRAS MONOGRAFÍAS**

### **10 – Individuo como autor**

Stefanelli MC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2005.

### **11 – Organizador, Editor, Coordenador como autor**

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo (SP): Cortez; 1997.

### **12 – Capítulos de libro**

Araújo DA. Psicologia no tratamento de crianças com paralisia cerebral. In: Lima CLA, Fonseca LF. Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia, reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.235-40.

### **13 – Tesis, disertaciones y monografías**

Lúcio IML. Método educativo para a prática do teste do reflexo vermelho no cuidado ao recém-nascido [tese]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.

### **14 – Trabajos presentados en Eventos**

Pagliuca LMF, Barbosa GOL, Wanderley LD, Oliveira PMP. Análise da comunicação verbal e não-verbal de uma mãe cega e com limitação motora durante a amamentação. In: Anais do 60º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2008 Nov. 3-6; Belo Horizonte: ABEN Seção-BH; 2008.

## **DOCUMENTOS EN FORMATOS ELECTRÓNICOS**

### **15 – Artículo en formato electrónico**

Tavares DMS, Rodrigues RAP. Indicadores sociodemográficos e de saúde de idosos portadores e não portadores de diabetes. *Rev Eletr Enf.* [periódico na Internet]. 2008 [citado 2009 mai 28]; 10(4): [cerca de 8 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a03.pdf>

### **16 – Tesis, disertación o monografía en formato electrónico**

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

### **17 – Documentos legales**

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

### MODELO 1

Al Consejo Editorial  
Rev Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

#### Encaminhamento y Declaración de Responsabilidad

Estamos encaminando el artículo (**colocar nombre completo del artículo**) para que éste sea sometido a la apreciación de esta conceptuada Revista. Afirmamos que todos los autores se declaran responsables integralmente por cualquier alteración que se haga necesaria en el artículo encaminado.

Certificamos que este trabajo es original y que ni parcial o integralmente fue publicado o está siendo evaluado con miras a publicación en otra revista.

Autores (Listar nombre completo de todos los autores, fecha y debajo de cada nombre insertar dirección completa y correo electrónico)

### MODELO 2

Al Consejo Editorial  
Rev Rene – Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste

#### Declaración de Transferencia de Derechos Autorales

Los autores - que abajo firman - declaran que los derechos autorales referentes al artículo (**escribir título del artículo**) pasarán a ser propiedad exclusiva de la Rev Rene – Revista de la Red de Enfermería del Nordeste. También asumen total responsabilidad por las citas y referencias bibliográficas utilizadas en el texto, así como sobre los aspectos éticos que involucran los sujetos del estudio.

Somos sabedores de que es vedada cualquier reproducción total o parcial, en cualquier parte o medio de divulgación, impresa o electrónica, sin que, la previa y necesaria autorización sea solicitada y, si obtenida, haremos constar el competente agradecimiento a la Rev Rene y los créditos correspondientes.

Autores:  
Artículo:  
Local y fecha:

Universidade Federal do Ceará  
Departamento de Enfermagem  
Rev Rene  
Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo  
CEP: 60.430-160. Fortaleza-CE-Brasil.  
Fone/Fax: 55 85 3366-8453.  
E-mail: rene@ufc.br  
www.revistarene.ufc.br



### ASSINATURA

Assinatura anual individual/profissional ..... R\$ 130,00  
 Assinatura anual institucional/Estudante de graduação..... R\$ 70,00  
 Assinatura anual institucional ..... R\$ 150,00  
 Assinatura de anos anteriores..... R\$ 94,00  
 Número avulso ..... R\$ 34,00  
 Ano: \_\_\_\_\_  
 NOME: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ PAÍS: \_\_\_\_\_  
 FONE(S) COMERCIAL: ( ) \_\_\_\_\_ RESIDENCIAL: ( ) \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

Depósito bancário para ACEP/ Rev Rene – Conta Corrente: Nº 14684-6 – Banco do Brasil – 001 – Agência 3653-6

Nota: Enviar a cópia do recibo à Revista via correio ou fax, juntamente com os dados pessoais do assinante.

Rev Rene

Rua Alexandre Baraúna, 1115 • Rodolfo Teófilo • Fortaleza-CE • CEP 60430-160 • Fone/Fax: 85-33668453 / 33668451



### SUBSCRIPTION

Annual individual subscription/professional ..... R\$ 130,00  
 Annual individual subscription/Student of graduation..... R\$ 70,00  
 Annual corporate subscription ..... R\$ 150,00  
 Subscription of previous years..... R\$ 94,00  
 Single issue..... R\$ 34,00  
 Year : \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Zip Code: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_  
 State: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Daytime phone no./Home phone no. \_\_\_\_\_

Subscribe by sending a bank draft payable to ACEP/Rev Rene – Bank Account no. 14684-6 – Bank: Banco do Brasil – 001, Branch: 3653-6

Note: sending the copy of the subscription form and the bank craft receipt to:

Rev Rene

Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo • Fortaleza-CE • Brasil • CEP: 60430-160 • Phone/Fax: 55 85 33668453/55 85 33668451



### SUBSCRIPCIÓN

Inscripción anual individual/profesional ..... R\$ 130,00  
 Inscripción anual individual/Alumno de graduación..... R\$ 70,00  
 Inscripción anual institucional ..... R\$ 150,00  
 Inscripción de años anteriores ..... R\$ 94,00  
 Número avulso ..... R\$ 34,00  
 Año: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado (departamento) \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico (e-mail) \_\_\_\_\_  
 Teléfono laboral/ residencial: \_\_\_\_\_

ACEP/ Rev Rene – Cuenta Corriente Nº 14684-6 – Agencia 3653-6 – Banco do Brasil.

Envie ésta ficha de inscripción y copia del recibo bancario para:

Rev Rene

Rua Alexandre Baraúna, 1115 • Rodolfo Teófilo • Fortaleza-CE • Brasil – 60430-160 • Teléfono/ fax: 55-85-33668453/ 5585-33668451