

ISSN 1982-0194

ACTA

PAULISTA DE ENFERMAGEM

Orgão Oficial de Divulgação Científica

Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo



Órgão Oficial de Divulgação Científica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo

Acta Paulista de Enfermagem/ Escola Paulista de Enfermagem/ Universidade Federal de São Paulo
Endereço: Rua Napoleão de Barros, 754, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil. CEP: 04024-002

Acta Paul Enferm. volume 27, fascículo(4), Julho/Agosto 2014

ISSN 1982-0194 (versão eletrônica)

Periodicidade: Bimestral

Tel.: +55 11 5576.4430 Ramais 2589/2590

E-mail: ape@unifesp.br

Home Page: <http://www.unifesp.br/acta/>

Facebook: [facebook.com/ActaPaulEnferm](https://www.facebook.com/ActaPaulEnferm)

Twitter: @ActaPaulEnferm

Tumblr: actapaulenferm.tumblr.com

Conselho Editorial

Editor-Chefe

Sonia Maria Oliveira de Barros

Acta Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Editor Técnico

Edna Terezinha Rother

Acta Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Editores Associados

Ana Lucia de Moraes Horta, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Ariane Ferreira Machado Avelar, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Bartira de Aguiar Roza, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Elena Bohomol, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Elisabeth Niglio de Figueiredo, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Erika de Sá Vieira Abuchaim, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Rosely Erlach Goldman, Escola Paulista de Enfermagem - Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Sônia Ramalho, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde de Leiria, Leiria, Portugal.

Tracy Heather Herdman, University of Wisconsin, CEO & Executive Director NANDA International, Green Bay-Wisconsin, EUA

Comissão Editorial

Nacional

Alacoque Lorenzini Erdmann, Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Florianópolis-SC, Brasil

Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Cibele Andruccioli de Matos Pimenta, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-EE/USP, São Paulo-SP, Brasil

Circéa Amália Ribeiro, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Conceição Vieira da Silva-Ohara, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Elucir Gir, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Emília Campos de Carvalho, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Isabel Amélia Costa Mendes, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Ivone Evangelista Cabral, Escola de Enfermagem Anna Nery- EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Janine Schirmer, Universidade Federal de São Paulo-USP, São Paulo-SP, Brasil

Josete Luzia Leite, Escola de Enfermagem Anna Nery- EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Lorita Marlena Freitag Pagliuca, Universidade Federal do Ceará-UFC, Fortaleza-CE, Brasil

Lúcia Hisako Takase Gonçalves, Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Florianópolis-SC, Brasil

Margareth Ângelo, Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-SP, Brasil

Margarita Antônia Villar Luis, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Maria Antonieta Rubio Tyrrel, Escola de Enfermagem Anna Nery- EEAN/UFRJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Maria Gaby Rivero Gutiérrez, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil

Maria Helena Costa Amorim, Universidade Federal do Espírito Santo-UFES, Vitória-ES, Brasil

Maria Helena Lenardt, Universidade Federal do Paraná-UFP, Curitiba-PR, Brasil

Maria Helena Palucci Marziale, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Maria Júlia Paes da Silva, Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-SP, Brasil

Maria Márcia Bachion, Universidade Federal de Goiás-UFG, Goiânia-GO, Brasil

Maria Miriam Lima da Nóbrega, Universidade Federal da Paraíba-UFPB, João Pessoa-PB, Brasil

Mariana Fernandes de Souza, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
 Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira, Universidade Federal de São Paulo-Unifesp, São Paulo-SP, Brasil
 Paulina Kurcgant, Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-SP, Brasil
 Raquel Rapone Gaidzinski, Universidade de São Paulo-USP, São Paulo-SP, Brasil
 Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil
 Sílvia Helena De Bortoli Cassiani, Universidade de São Paulo-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil
 Telma Ribeiro Garcia, Universidade Federal da Paraíba-UFPB, João Pessoa-PB, Brasil
 Valéria Lerch Garcia, Universidade Federal do Rio Grande-UFRGS, Rio Grande-RS, Brasil

Internacional

Barbara Bates, University of Pennsylvania School of Nursing - Philadelphia, Pennsylvania, EUA
 Donna K. Hathaway, The University of Tennessee Health Science Center College of Nursing; Memphis, Tennessee, EUA
 Dorothy A. Jones, Boston College, Chestnut Hill, MA, EUA
 Ester Christine Gallegos-Cabiales, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México
 Geraldine Lyte, University of Manchester, Manchester, United Kingdom, EUA
 Helen M. Castillo, College of Health and Human Development, California State University, Northridge, California, EUA
 Jane Brokel, The University of Iowa, Iowa, EUA
 Joanne McCloskey Dotcherman, The University of Iowa, Iowa, EUA
 Kay Avant, University of Texas, Austin, Texas, EUA
 Luz Angelica Muñoz Gonzales, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago, Chile
 Margaret Lunney, Staten Island University, Staten Island, New York, EUA
 María Consuelo Castrillón Agudelo, Universidad de Antioquia, Medellín, Colômbia
 Maria Müller Staub, Institute of Nursing, ZHAW University, Winterthur, Suíça
 Martha Curley, Children Hospital Boston, Boston, New York, EUA
 Patricia Marck, University of Alberta Faculty of Nursing, Edmonton Alberta, Canadá
 Shigemi Kamitsuru, Shigemi Kamitsuru, Kangolabo, Tokyo, Japão
 Sue Ann P. Moorhead, The University of Iowa, Iowa, EUA

Escritório Editorial

Bruno Henrique Sena Ferreira
 Maria Aparecida Nascimento

Projeto Gráfico

Adriano Aguina



Acta Paulista de Enfermagem – (Acta Paul Enferm.), tem por missão divulgar o conhecimento científico gerado no rigor da metodologia, da pesquisa e da ética. O objetivo deste Periódico é publicar resultados de pesquisas originais para o avanço das práticas de enfermagem clínica, cirúrgica, gerencial, ensino, pesquisa e tecnologia da informação e comunicação. Membro da Associação Brasileira de Editores Científicos

Universidade Federal de São Paulo

Reitor da Universidade Federal de São Paulo

Soraya Soubhi Smaili

Vice-Reitor da Universidade Federal de São Paulo

Valéria Petri

Diretor da Escola Paulista de Enfermagem

Sonia Maria Oliveira de Barros

Vice-Diretor da Escola Paulista de Enfermagem

Heimar de Fátima Marin

Departamentos da Escola Paulista de Enfermagem

Administração e Saúde Coletiva

Anelise Riedel Abrahão

Enfermagem Clínica e Cirúrgica

Rosali Barduchi Ohl

Enfermagem Pediátrica

Myriam Aparecida Mandetta

Enfermagem na Saúde da Mulher

Ana Cristina Freitas Vilhena Abrão

Realização



Apoio



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons. No rumo da sustentabilidade e acessibilidade, a Acta Paulista de Enfermagem é publicada exclusivamente na versão digital.

Editorial

O conceito de qualidade associada aos cuidados de saúde evoluiu consideravelmente desde Florence Nightingale, passando por Ernest Codman e Avedis Donabedian até os nossos dias, sendo um foco de interesse crescente aos profissionais de saúde e investigadores.

Atualmente, a perspectiva e o propósito na gestão em saúde estão baseados no paradigma de prestar cuidados com foco na qualidade. Com este paradigma, é fundamental ter estratégias claras para o desenvolvimento sustentado desta nova cultura, de modo que ela possa agregar aos cuidados elevados níveis de excelência e segurança de forma coerente e integrada.

É fundamental monitorar a qualidade através de um observatório independente. Além disso, é necessário juntar aos indicadores de qualidade uma avaliação proativa de estatísticas, prescrições, reclamações, processos judiciais, casos sentinela, publicações, opinião de usuários e profissionais, etc.

O desempenho de enfermeiros emoldura um processo complexo, e eu realço os valores fundamentais da dignidade dos profissionais, estimulando sua autonomia para maximizar o bem-estar ao longo da vida. Então, apresentar competência, rigor e profissionalismo é importante para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Estes aspectos requerem proatividade na procura de respostas adequadas, planejamento e ação baseados na melhor evidência disponível, e melhora contínua com elevada eficiência e efetividade.

Investimento, reflexão e investigação sobre qualidade no atendimento continuam tendo um caráter crucial na formação de bons profissionais.

Manuela Frederico-Ferreira

RN, MS, PhD

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400049>

Sumário

Artigos Originais

Percepção materna da imagem corporal de seus filhos em aleitamento materno exclusivo

Maternal perception of their children's body image in exclusive breastfeeding

Joana Lidyanne de Oliveira Bezerra, Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, Francisca Márcia Pereira Linhares, Marly Javorski, Luciana Pedrosa Leal..... 293

A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial

Qualified listening and embracement in psychosocial care

Willams Henrique da Costa Maynart, Maria Cícera dos Santos de Albuquerque, Mércia Zeviani Brêda, Jorgina Sales Jorge 300

Validação do *Nursing Work Index-Revised* entre auxiliares e técnicos de enfermagem

Validation of the Nursing Work Index-Revised among nursing aides and technicians

Carla Fernanda Marcelino, Daniela Fernanda dos Santos Alves, Renata Cristina Gasparino, Edinêis de Brito Guirardello..... 305

Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV

Epidemiologic assessment of prevention of vertical transmission of HIV

Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima, Camila Chaves da Costa, Liana Mara Rocha Teles, Ana Kelve de Castro Damasceno, Mônica Oliveira Batista Oriá 311

Desobstrução ineficaz de vias aéreas: prevalência e espectro de seus indicadores clínicos

Ineffective airway clearance: prevalence and spectrum of its clinical indicators

Lívia Zulmyra Cintra Andrade, Viviane Martins da Silva, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Daniel Bruno Resende Chaves, Rafaela Carolini de Oliveira Távora 319

Aprendizagem do agente comunitário de saúde para identificar e cadastrar pessoas com deficiência

Learning of community health agents to identify and register disabled people

Evanira Rodrigues Maia, Lorita Marlena Freitag Pagliuca, Paulo César de Almeida 326

Associação entre a carga de trabalho agrícola e as dores relacionadas

Association between pain and agricultural workload

Laurelize Pereira Rocha, Marta Regina Cezar-Vaz, Marlise Capa Verde de Almeida, Diéssica Roggia Piexak, Clarice Alves Bonow..... 333

Avaliação da implantação do currículo integrado no programa de graduação em enfermagem

Evaluation of the implementation of the integrated curriculum in the nursing undergraduate program

Cilene Aparecida Costardi Ide, Sandra Lucia Arantes, Margarete Knoch Mendonça, Vilma Ribeiro da Silva, Arminda Rezende de Pádua Del Corona..... 340

Acesso e assistência à pessoa com anemia falciforme na Atenção Primária

Access to and care of individuals with sickle cell anemia in a primary care service

Ludmila Mourão Xavier Gomes, Igor Alcântara Pereira, Heloísa Carvalho Torres, Antônio Prates Caldeira, Marcos Borato Viana..... 348

Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo

Occurrence of pain in cancer patients in palliative care

Thaís Rezende Mendes, Rafaela Peres Boaventura, Marielly Cunha Castro, Maria Angélica Oliveira Mendonça 356

Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional

Contribution of a residency specialization program to professional know-how

Rosana Maria de Oliveira Silva, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro, Josicélia Dumêr Fernandes, Lázaro Souza da Silva, Giselle Alves da Silva Teixeira 362

Alterações nos parâmetros fisiológicos dos recém-nascidos sob oxigenoterapia na coleta de gasometria

Alterations in the physiological parameters of newborns using oxygen therapy in the collection of blood gases

Andréa Lopes Barbosa, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso 367

Construção da Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências

Construction of a Professional Competency Matrix of the nurse in emergency services

Flávia Lilalva de Holanda, Celina Castagnari Marra, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha 373

Fatores envolvidos na negativa da doação de tecido ósseo

Factors involved in the refusal to donate bone tissue

Maria Helena Pompeu, Silvia Sidnéia Silva, Bartira de Aguiar Roza, Sônia Maria Villela Bueno 380

Identificação dos efeitos dos filhos nas relações familiares

Identifying the effects of children on family relationships

Luísa Maria da Costa Andrade, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, Margareth Angelo, Alzira Teresa Vieira Martins Ferreira dos Santos, Jussara Gue Martini 385

Percepção materna da imagem corporal de seus filhos em aleitamento materno exclusivo

Maternal perception of their children's body image in exclusive breastfeeding

Joana Lidyanne de Oliveira Bezerra¹

Maria Gorete Lucena de Vasconcelos¹

Francisca Márcia Pereira Linhares¹

Marly Javorski¹

Luciana Pedrosa Leal¹

Descritores

Enfermagem pediátrica; Pesquisa em enfermagem; Enfermagem materno-infantil; Aleitamento materno; Imagem corporal

Keywords

Pediatric nursing; Nursing research; Maternal-child nursing; Breastfeeding; Body image

Submetido

13 de Janeiro de 2014

Aceito

23 de Junho de 2014

Resumo

Objetivo: Compreender a percepção materna da imagem corporal de seus filhos em aleitamento materno exclusivo.

Métodos: Estudo descritivo qualitativo realizado através de entrevistas semiestruturadas e projetivas envolvendo 14 mães de crianças com idades entre um e cinco meses. Realizou-se análise de conteúdo modalidade temática utilizando a Teoria das Representações Sociais. Uma análise do conteúdo temático foi realizada utilizando a Teoria das Representações Sociais.

Resultados: Em nove casos, a classificação visual e verbal materna em relação à imagem corporal de seus filhos correspondeu ao diagnóstico nutricional. Foram identificadas três categorias temáticas: distância entre a classificação visual e a percepção de peso normal; minimização e rejeição de extremos de pesos; e a percepção da saúde da criança versus o aleitamento materno exclusivo.

Conclusão: As mães rejeitam os extremos de peso, compreendem os benefícios do aleitamento materno, porém, demonstram certo distanciamento do conceito de peso normal.

Abstract

Objective: Understanding maternal perception of their child's body image in exclusive breastfeeding.

Methods: A descriptive, qualitative study was conducted through semi-structured and projective interviews, with 14 mothers of children aged one to five months old. An analysis of the thematic content was performed using the Theory of Social Representations.

Results: The visual and verbal classification of their children's body image by mothers matched the nutritional diagnosis in nine cases. Three thematic categories were identified: distance between visual classification and perception of normal weight; minimization and rejection of weight extremes; and perception of child health versus exclusive breastfeeding.

Conclusion: Mothers reject the weight extremes, understand the benefits of breastfeeding, but they show a distancing of the concept of normal weight.

Autor correspondente

Joana Lidyanne de Oliveira Bezerra
Avenida Professor Moraes Rego, 123,
Recife, PE, Brasil. CEP: 50670-901
jlidyanne@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400050>

¹Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Os benefícios proporcionados pelo leite materno já foram comprovados e estão relacionados à possibilidade de redução da mortalidade infantil devido à presença de fatores de proteção, bem como ao menor risco de desenvolvimento de doenças respiratórias ou gastrointestinais.⁽¹⁾

Partindo dessa premissa, tanto a Organização Mundial de Saúde quanto o Ministério da Saúde recomendam o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, e de forma complementar até os dois anos ou mais como complemento alimentar até a idade de dois anos ou mais.⁽¹⁾ Esta indicação declaratória é especialmente relevante para as crianças nascidas nos países em desenvolvimento, onde a substituição do leite materno frequentemente não assegura o suprimento das necessidades nutricionais de tais crianças, uma vez que as práticas alimentares estão relacionadas a aspectos sócio-culturais e econômicos.⁽²⁾

Embora o leite materno garanta o padrão de crescimento ideal para as crianças devido a sua incontestável qualidade nutricional,⁽³⁾ muitas mães questionam os benefícios da amamentação por não observarem certas características físicas nos corpos de seus filhos, como dobrinhas e formas arredondadas, as quais elas idealizam acreditam e são frequentemente propagadas pelos meios de comunicação como a imagem corporal padrão para crianças.⁽¹⁾

No entanto, nem todas as crianças amamentadas exclusivamente correspondem a tal imagem idealizada e, por isso, a percepção das mães sobre a imagem do corpo de seus filhos pode exercer efeito sobre a duração do aleitamento materno, incentivando o desmame. Apesar de todo o incentivo e promoção, proteção e apoio às ações desenvolvidas, no Brasil, a duração média da amamentação aumentou em pouco mais de um mês e meio, a saber, de 296 dias em 1999 para 342 dias em 2008, taxas que são consideradas insatisfatórias.⁽³⁾

Portanto, os padrões de beleza estabelecidos pela sociedade influenciam a percepção da imagem corporal e podem ser decisivos na formação da personalidade do indivíduo.⁽⁴⁾ Neste sentido, a satisfação ou insatisfação dos pais com o corpo de seus filhos, através de suposições de que eles estão gordos ou magros, pode

influenciar a satisfação da criança com o seu próprio corpo.^(5,6) Além disso, o padrão de corpo ideal e conceitos definidos pelos meios de comunicação também têm desempenhado um papel fundamental na definição do estilo de vida das pessoas,⁽⁷⁾ assim como as influências culturais podem transformar o padrão de beleza e representam o padrão compartilhado pelo grupo, conforme observado na aceitabilidade social da imagem corporal para crianças.⁽⁸⁾

Sendo assim, o incentivo ao aleitamento materno apenas pelos efeitos nutritivos não garantiu o empenho por parte das mulheres, pois, as mesmas continuam a questionar a qualidade do leite materno para a construção da imagem corporal socialmente desejada para crianças. Neste contexto, as Representações Sociais provêem dados para o estudo dos fenômenos de construção na vida social, tornando-os normais dentro da sociedade assim como ocorre com a imagem de crianças gordinhas.⁽⁹⁾

Como esta imagem corporal pode não corresponder à imagem de crianças em aleitamento materno exclusivo, as expectativas tanto materna quanto social podem interferir na prática da amamentação e desmame precoce.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi compreender a percepção materna da imagem corporal de seus filhos em aleitamento materno exclusivo.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório e qualitativo, utilizando a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico.

Os dados foram coletados no setor de imunização de uma Unidade de Saúde no Distrito de Camela, Ipojuca, estado de Pernambuco, na região nordeste do Brasil. A amostra foi não probabilística e seguiu o critério de saturação teórica. As participantes envolvidas eram 14 mães de crianças com idades entre um e cinco meses, no período entre março e junho de 2011, as quais preencheram os critérios de inclusão, a saber, ter filhos em aleitamento materno exclusivo e nascidos a termo. As mães que apresentaram alguma deficiência visual ou cognitiva, ou cujos filhos tiveram de ser hospitaliza-

dos ou tiveram doenças graves, ou ainda quando os respectivos dados antropométricos não puderam ser coletados, foram excluídas do estudo.

Duas técnicas de entrevista foram utilizadas na coleta de dados: a projetiva, com a utilização de fotografias, e a semiestruturada. Para a entrevista projetiva, foram selecionadas 12 fotos de crianças entre um e cinco meses de idade que estavam disponíveis na Internet em sites de domínio público, as quais apresentavam características físicas correspondentes ao estado nutricional de baixo peso, peso normal, sobrepeso e obesidade.

⁽¹⁰⁾ As fotografias foram validadas por seis enfermeiros para definir a melhor representação do estado nutricional, e quatro com a melhor qualidade de imagem foram selecionadas. ⁽¹¹⁾ As fotos foram aumentadas digitalmente a fim de exibir o mesmo tamanho, e faixas pretas foram inseridas sobre os olhos das crianças, bem como o respectivo número de identificação. A imagem número um representava uma criança eutrófica, a número dois correspondia a uma criança com excesso de peso, a número três, uma criança abaixo do peso e a número quatro, uma criança obesa.

Durante a apresentação das fotografias para as mães, as seguintes perguntas foram feitas: Qual foto se assemelha mais com a imagem corporal de seu filho? Por quê? Qual dessas crianças representa o corpo que você gostaria que seu filho tivesse? Por quê?

A entrevista semiestruturada consistiu em obter os dados pessoais da mãe e da criança e perguntar à mãe: como você vê o corpo do seu filho no que diz respeito à nutrição? Após as entrevistas, as crianças foram despidas, pesadas em uma balança pediátrica digital (Fabricante *Welmy*, modelo E-109 Digital, capacidade de 15 kg e divisões de 5g) e a altura foi medida com cada criança em decúbito dorsal e utilizando um medidor infantil de madeira, feito artesanalmente, com 100 centímetros de amplitude e 0,1 cm de graduação.

Os índices de massa corporal (IMC) foram calculados e os gráficos por idade foram construídos através do *software Anthro*, a fim de obter o diagnóstico nutricional da criança. ^(10,12) Para fins de análise, os diagnósticos nutricionais foram classificados como: magreza severa/baixo peso (escore $z < -2$), eutrofia (escore $z > -2$ e escore $z < 1$), risco de sobrepeso/sobrepeso (escore $z > 1$ e escore $z < 3$) e obesidade (escore $z > 3$).

As entrevistas foram organizadas tematicamente de acordo com a análise de conteúdo, resultando em três categorias: distância entre a classificação visual e percepção de peso normal, minimização e rejeição de extremos de peso, e a percepção da saúde da criança versus o aleitamento materno exclusivo.

⁽¹³⁾ Os dados foram interpretados à luz da Teoria das Representações Sociais. ⁽⁹⁾

O estudo obedeceu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa com seres humanos.

Resultados

A idade das mães variou entre 15 e 39 anos. Em relação à escolaridade, cinco mães haviam concluído o ensino médio, duas possuíam ensino médio incompleto, uma possuía o ensino fundamental completo, cinco possuíam o ensino fundamental incompleto e uma delas estava cursando a faculdade.

O índice de massa corporal das crianças é apresentado no quadro 1.

A escolha da mãe quanto à imagem corporal percebida e desejada e o diagnóstico nutricional das crianças estão organizados na quadro 2.

Na classificação da imagem corporal percebida, apenas uma entrevistada relacionou seu filho à imagem de uma criança obesa. As outras escolheram a imagem de uma criança eutrófica como a imagem semelhante à de seus filhos. Houve uma discrepância entre a imagem percebida e o diagnóstico nutricional da criança em cinco situações, com uma superestimação e quatro subestimações de peso. Quanto à imagem corporal desejada para os seus filhos, apenas a mãe que classificou seu filho como semelhante à criança obesa escolheu a imagem da criança com excesso de peso como desejada; as outras escolheram a imagem da criança eutrófica.

Diferença entre percepção e classificação visual de peso normal

As mães identificaram as imagens de crianças mais semelhantes a seus próprios filhos através das fotografias; no entanto, nenhuma delas foi precisa em sua opção, especialmente ao escolher o “peso normal”.

Quadro 1. Índice de massa corporal das crianças

Criança	Sexo	Idade	Peso Atual (g)	Altura Atual (cm)	IMC	Tabela de IMC por idade (escore z)
I01	Masculino	03 meses e 03 dias	6395	62,5	16,4	- 0,58
I02	Feminino	02 meses e 17 dias	5600	56,5	17,5	0,90
I03	Masculino	01 mês e 01 dia	4600	52	17,0	1,43
I04	Feminino	01 mês e 27 dias	4400	52	16,3	0,39
I05	Feminino	02 meses e 17 dias	4900	59,5	13,8	1,64
I06	Masculino	03 meses	7000	61	18,8	1,28
I07	Masculino	04 meses e 10 dias	6200	59	17,8	0,41
I08	Masculino	03 meses e 24 dias	7760	62,5	19,9	1,78
I09	Masculino	03 meses e 06 dias	6900	64	16,8	- 0,07
I10	Masculino	01 mês e 26 dias	5050	57,5	15,3	- 0,65
I11	Feminino	01 mês e 15 dias	5000	55	16,5	0,68
I12	Feminino	01 mês e 29 dias	4050	55,6	13,1	-1,91
I13	Feminino	01 mês e 17 dias	5100	54	17,5	1,39
I14	Feminino	01 mês e 13 dias	5120	56	16,9	1,14

Quadro 2. Correspondência entre a escolha materna da imagem corporal percebida, desejada e o diagnóstico nutricional

Entrevistada	Imagem corporal percebida	Imagem corporal desejada	Diagnóstico nutricional (Tabela de IMC por idade)
I01	Eutrófica	Eutrófica	Eutrófica
I02	Eutrófica	Eutrófica	Eutrófica
I03	Eutrófica	Eutrófica	Risco de sobrepeso/sobrepeso
I04	Eutrófica	Eutrófica	Eutrófica
I05	Eutrófica	Eutrófica	Eutrófica
I06	Eutrófica	Eutrófica	Risco de sobrepeso/sobrepeso
I07	Eutrófica	Eutrófica	Eutrófica
I08	Obesidade	Sobrepeso	Risco de sobrepeso/sobrepeso
I09	Eutrófica	Eutrófica	Eutrófica
I10	Eutrófica	Eutrófica	Eutrófica
I11	Eutrófica	Eutrófica	Eutrófica
I12	Eutrófica	Eutrófica	Eutrófica
I13	Eutrófica	Eutrófica	Risco de sobrepeso/sobrepeso
I14	Eutrófica	Eutrófica	Risco de sobrepeso/sobrepeso

Quando questionadas sobre o significado de peso normal, as mães o descreveram através da exclusão das outras condições nutricionais, como a obesidade ou magreza, ou classificaram a imagem corporal dos seus filhos pela presença de certos atributos físicos característicos de saúde.

Outra situação referente à aproximação do conceito de peso saudável ocorreu por meio da rejeição de outras condições nutricionais, especialmente ao se referir à imagem corporal desejada.

Observa-se que para essas mães, os conceitos de extremos de peso na realidade conceitual estavam mais próximos de serem compreendidos que as variações de classificação nutricional, os quais foram demonstrados pela dificuldade em definir a imagem corporal percebida e desejada para os seus filhos.

Minimização e rejeição de extremos de peso

As mães minimizaram a importância do diagnóstico nutricional de sobrepeso, obesidade e magreza. É evidente que foi fácil para as mães descrever as

características de excesso de peso; no entanto, elas atribuem o peso adequado a tais aspectos, o que representa o simbolismo envolvido na imagem do bebê gordinho.

A suposição de que uma criança muito gorda não é saudável é percebida pelas mães. Entretanto, o estado nutricional de sobrepeso não significa uma doença, o que não ocorre em relação à percepção da obesidade e magreza, e talvez seja por isso que uma das mães apontou a imagem correspondente a uma criança com excesso de peso como a imagem corporal desejada para o seu filho.

As mães querem seus filhos mais fortes, mais gordinhos e usam palavras no diminutivo para justificar o estado nutricional de sobrepeso e obesidade. No entanto, elas não mostram a mesma satisfação em relação à magreza, revelando sentimentos de piedade e caracterização de doença ao se referir às características da criança magra representadas pela foto número três.

O peso intermediário é aceitável, mesmo tendendo para o excesso de peso, mas as mães temem aceitar a imagem corporal em condições extremas de peso.

Percepção da saúde da criança versus aleitamento materno exclusivo

A satisfação materna com o peso corporal da criança foi atribuída ao aleitamento materno. Os benefícios do leite materno como única alimentação da criança aparecem no discurso das mães; no entanto, ao descrever o corpo de uma criança com peso adequado, elas não usam muitas palavras positivas ou adjetivos que demonstrem satisfação com a imagem corporal da criança.

As entrevistadas também atribuíram fatores como a ausência de problemas de pele, padrões de sono das crianças e boa saúde à prática do aleitamento materno. Também foi notado o conhecimento científico compartilhado de profissionais no que se refere aos benefícios do aleitamento materno exclusivo.

Apenas uma das mães correlacionou negativamente o uso exclusivo do leite materno ao crescimento da criança, expressando sua insatisfação com o peso de seu filho.

Discussão

As limitações do estudo estão relacionadas à abordagem qualitativa, a qual restringe a generalização dos resultados. No entanto, foram identificados aspectos relevantes a serem considerados na prática dos profissionais de saúde como uma estratégia para aumentar a duração do aleitamento materno e promover a saúde da criança.

Enfermeiros e outros profissionais estão passando por uma mudança nos paradigmas de peso e imagem corporal ideais relacionados ao aleitamento materno. Isso pode ter contribuído para a dificuldade das mulheres envolvidas neste estudo em conceituar o “peso normal”. Como o discurso profissional se limita a informação de que “o peso é adequado, a criança está crescendo e isso é saudável”, este não define claramente às famílias o significado do diagnóstico nutricional. Portanto, os enfermeiros precisam usar o conceito de “peso normal” de uma forma mais clara em sua prática clínica, auxiliando a desconstrução de uma representação cientificamente indesejável, uma vez que a criança bonitinha pode se tornar um adulto obeso, ao mesmo tempo en-

tendendo que a assimilação de uma representação requer tempo.

A maioria das mães conseguiu comparar a imagem corporal de seus filhos às fotos exibidas, classificando corretamente o estado nutricional, exibindo boa precisão ao avaliar o estado nutricional de seus filhos. Tal interpretação da imagem corporal com o modelo oferecido ocorreu por nomeação, um dos aspectos necessários para a assimilação de uma representação social.⁽⁹⁾

As mães demonstraram ter conhecimento sobre a representação de uma “criança com peso normal”, embora suas declarações demonstrem certa distância deste conceito. Isso foi identificado através de outros estudos que não observaram nenhuma correlação entre a percepção visual e verbal materna ao classificar o peso de seus filhos, especialmente quando eles estavam com sobrepeso ou obesos⁽¹⁴⁾ e imprecisão na percepção materna ao avaliar seu filho com excesso de peso, destacando também sua satisfação com o excesso de peso da criança.⁽¹⁵⁾ O oposto também pode ser verificado quando as mães cujos filhos estavam abaixo do peso mostraram insatisfação por acreditar que seus filhos estavam fora de uma imagem padrão e peso esperado para sua faixa etária.⁽¹⁵⁾

Apesar de nenhuma das crianças envolvidas neste estudo poderem ser classificadas como obesas, quatro mães subestimaram o peso de seus filhos, classificando-os com o peso adequado, ainda que estes estivessem em risco de sobrepeso/sobrepeso. Estes resultados são semelhantes às conclusões de outro estudo, que descobriu que os pais não percebem excesso de peso ou obesidade em seus filhos.⁽¹⁴⁾

A percepção dos pais na identificação do diagnóstico nutricional de seus filhos é um dos aspectos mais importantes relacionados à atividade de controle do peso e prevenção da obesidade infantil.⁽¹⁶⁾

Antigos paradigmas de saúde igualmente condicionam a saúde e felicidade ao peso das crianças, promovendo a imagem das crianças gordinhas. Tais aspectos relacionados com a dificuldade em identificar o estado nutricional das crianças ou a rejeição de sobrepeso ou baixo peso podem contribuir para a falta de tratamento de crianças com diagnósticos de nutrição inadequada durante a infância.⁽¹⁷⁾

A fim de classificar verbal e visualmente a imagem corporal de seus filhos, as mães utilizaram a associação, ainda que não tenham tomado as outras medidas necessárias para familiarização sequenciada pela Teoria das Representações Sociais, as quais são: comparação, interpretação e, em seguida, a reprodução como uma representação.⁽⁹⁾ Isto demonstra a dificuldade em caracterizar e conceituar o peso normal de seus filhos.

Tal aspecto é relevante porque um objeto ou ideia apenas se torna real e palpável a partir da atribuição de nomes e conceitos, e é possível transformar algo abstrato em realidade através das imagens e do arsenal de categorias ou ideias criadas pelo indivíduo, mediante a interação dentro de seu convívio social.

⁽⁹⁾ Embora a maioria das mães tenha classificado a imagem corporal de seus filhos como eutróficas, suas afirmações parecem trazer a representação da “criança gordinha e cheia de dobrinhas” construída, disseminada e socialmente compartilhada como imagem corporal idealizada para as crianças.

Ao expressar que “gordura” não é um sinal de saúde, as mães tiveram dificuldade em descrever esse “novo conceito” da imagem corporal levantado pela ciência e incorporado pelos profissionais de saúde. É importante levar em consideração que os conceitos de saúde estão passando por um processo de mudança, e talvez por isso as mães apresentem dificuldade em descrever as características físicas de uma criança eutrófica.

Seguindo esta lógica, enquanto os pais não forem capazes de identificar e de se acostumar com o peso adequado como um padrão de crescimento esperado de acordo com as etapas definidas na Teoria das Representações Sociais, os aspectos para a prevenção dos diagnósticos nutricionais inadequados estabelecidos pela família durante a infância podem não ser completamente eficazes, porque é entendido que a representação de um fenômeno orienta o comportamento do indivíduo neste respeito.^(9,10)

As características de sobrepeso parecem ser bem mais toleradas e desejadas pelas lactantes, conforme observado na representação simbólica do bebê “gordinho” e “bonitinho” compartilhada pelas mães e pela sociedade. Descrições como “enorme”

ou “forte” foram usadas por pais em outro estudo ao classificar a obesidade de seus filhos.⁽¹⁸⁾

Apesar do culto aos corpos magros, o qual é popularizado nos meios de comunicação como um símbolo de saúde, condição de sucesso e aceitação social, a magreza como padrão corporal não é a representação desejável para a infância, ao passo que a imagem de uma criança gordinha continua a ser mais valorizada.^(19,20) Conforme observado no confronto com a realidade social, os padrões de beleza criados pela mídia promovem que uma criança com excesso de peso e com algumas dobrinhas é aceitável, embora este estado nutricional não seja tolerável em outras fases da vida.⁽²¹⁾ Neste estudo, a descrição das mães com relação às características físicas das crianças confirma a predileção pelo corpo que mais se aproxima da representação do excesso de peso, apesar da rejeição da imagem das crianças que representam os extremos de peso.

A representação social da imagem da criança gordinha, tomado como padrão de beleza e saúde em outros tempos, ainda pode contribuir para o dilema das lactantes em pensar que seu leite é fraco, e acreditar que o leite não é o suficiente para nutrir seus bebês, pois, ao serem amamentados, eles costumam apresentar o peso adequado, o qual não corresponde ao ideal de beleza estabelecido pela sociedade e isto pode levar ao desmame precoce.⁽²²⁾

Ainda mais preocupante é o fato de que nem sempre esta dimensão subjetiva - o desejo da imagem de uma criança mais gordinha para os filhos - é considerada na abordagem dos profissionais de saúde, uma vez que a classificação verbal e visual de diagnóstico nutricional por parte dos pais pode contribuir para o melhor controle do crescimento da criança.⁽²³⁾

Isto pode ser observado no relato de uma mãe, que se contradisse ao reproduzir as orientações providas pelos profissionais ao reconhecer os benefícios do leite materno: “amamentação deve ser feita sim”, pois isto era uma garantia de que sua filha se manteria saudável. No entanto, a amamentação não estava correspondendo às expectativas da imagem corporal ideal, como mais tarde ela admitiu: “mas ela ainda não está ficando gordinha do jeito que eu queria”.

As mães ainda estavam em um processo de transformação para a aceitação dos padrões de crescimento. Elas compreendiam e justificavam positivamente as vantagens da amamentação e, na maioria dos casos, classificaram corretamente a imagem corporal de seus filhos.

Conclusão

As mães rejeitam os extremos de peso, compreendem os benefícios do aleitamento materno, porém, demonstram certo distanciamento do conceito de peso normal. Elas conseguem correlacionar à imagem corporal de seus filhos em aleitamento materno exclusivo com a imagem corporal de uma criança eutrófica quando eles têm um peso adequado. No entanto, elas não percebem quando seus filhos estão em risco de excesso de peso/excesso de peso e, erroneamente, classificam seus filhos como semelhantes à imagem das crianças eutróficas.

Colaborações

Bezerra JLO, Vasconcelos MGL, Linhares FMP, Javorski M e Leal LP declaram que contribuíram com a concepção, desenvolvimento da pesquisa e interpretação dos dados, redação, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasil: Ministério da Saúde; 2012.
2. Morgado CMC, Werneck GL, Hasselmann MH. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(2):367-76.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Série C. Projetos, Programas e Relatórios].
4. Castilho SM. A imagem corporal. São Paulo: Editores Associados; 2001.
5. Graup S, Pereira EF, Lopes AS, Araújo VC, Legnani RF, Borgatto AF. Association between body image perception and anthropometric variables among school children. *Rev Bras Educ Fis Esp*. 2008;22(2):129-38.
6. Santos AL, Leão LS. Anthropometric profile of preschool children of a day-care center in Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2008;26(3):218-24.
7. Guareschi PA, Romanzini LP, Grassi LB. The "commodity" information: a study on TV and radio commercials. *Paidéia*. 2008;18(41):567-80.
8. Alves D, Pinto M, Alves S, Mota A, Leirós V. Cultura e imagem corporal. *Motri*. 2009;5(1):1-20.
9. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. 6a ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Referência de Curvas OMS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Okino ET, Noce MA, Assoni RF, Corlati CT, Pasian SR, Jacquemin A. Adaptation of the BBT – The Profession Photos Test – to the Brazilian socio-cultural context. *Rev Bras Oriente Prof*. 2003;4(1-2):87-96.
12. World Health Organization. Anthro for personal computers, version 3.2.2, 2011: Software for assessing growth and development of the world's children. Geneva: WHO; 2010.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Editora Edições 70; 2010.
14. Moschonis G, Iatridi V, Mavrogianni C, Siatitsa P-E, Kyriakou AE, Dede V, Skouli G, Sakellaropoulou A, Manios Y. Accuracy and correlates of visual and verbal instruments assessing maternal perceptions of children's weight status: the Healthy Growth Study. *Public Health Nutrition*. 2011;14(11):1979-87.
15. Hager ER, Candelaria M, Latta LW, Hurley KM, Wang Y, Caulfield LE, Black MM. Maternal perceptions of toddler body size. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(5):417-22.
16. Sichieri R, Souza RA. Strategies for obesity prevention in children and adolescents. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 (Supl 2):S209-S234.
17. Boa-Sorte N, Neri LA, Leite ME, Brito SM, Meirelles AR, Luduvise FBS, Santos JP, Viveiros MR, Ribeiro-Junior HC. Maternal perceptions and self-perception of the nutritional status of children and adolescents from private schools. *J Pediatr*. 2007;83(4):349-56.
18. Jain A, Sherman SN, Chamberlin LA, Carter Y, Powers SW, Whitaker RC. Why Don't Low-Income Mothers Worry About Their Preschoolers Being Overweight? *Pediatrics*. 2001;107(5):1138-46.
19. Melo CM, Oliveira DR. The use of appetite inhibitors by women: an insight based on the gender perspective. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2523-32.
20. Aparício G, Cunha M, Duarte J, Pereira A. Olhar dos pais sobre o estado nutricional das crianças pré-escolares. *Millenium*. 2011;40:99-113.
21. Damasceno VO, Vianna VR, Vianna JM, Lacio M, Lima JR, Novaes JS. Body image and ideal body. *R Bras Ci Mov*. 2006;14(2):81-94.
22. Sampaio MA, Falbo AR, Camarotti MC, Vasconcelos MG, Echeverria A, Lima G, Ramos MR, Prado JV. Mother-child interactive psychodynamics and weaning. *Psic Teor Pesq*. 2010;26(4):707-15.
23. Marchi-Alves LM, Yagui CM, Rodrigues CS, Mazzo A, Rangel EM, Girão FB. Infant obesity in the past and nowadays: the importance of anthropometric assessment by nurses. *Esc Anna Nery*. 2011;5(2):238-44.

A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial

Qualified listening and embracement in psychosocial care

Willams Henrique da Costa Maynard¹

Maria Cícera dos Santos de Albuquerque¹

Mércia Zeviani Brêda¹

Jorgina Sales Jorge¹

Descritores

Acolhimento; Serviços de saúde mental; Cuidados de enfermagem; Instituições de cuidados especializados de enfermagem; Apoio social

Keywords

User embracement; Mental health services; Nursing care; Skilled nursing facilities; Social support

Submetido

13 de Janeiro de 2014

Aceito

10 de Junho de 2014

Resumo

Objetivo: Apreender a escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial, na perspectiva de usuários.

Métodos: Pesquisa qualitativa realizada com oito usuários de um centro de atenção psicossocial, por meio de entrevistas semiestruturadas, observação e registros de campo. Os dados foram organizados e analisados em categorias temáticas.

Resultados: Identificou-se o entendimento da escuta qualificada, mudanças produzidas por esta, e frustrações diante da sua ausência, nos usuários.

Conclusão: Verificou-se que a escuta qualificada possui potencial terapêutico quando realizada, e contribui para a melhoria da atenção centrada na pessoa com transtorno mental.

Abstract

Objective: To determine qualified listening and embracement in psychosocial care based on the users' perspective.

Methods: This qualitative study included eight users and was carried out at a Psychosocial Care Center. Data were collected using semi-structured interviews, observation and field records and were then organized and analyzed in thematic categories.

Results: The understanding of qualified listening was identified, along with changes produced afterward and user frustration over lack of listening.

Conclusion: We verified that qualified listening has therapeutic potential and can help improve centered care for patients with mental disorders.

Autor correspondente

Willams Henrique da Costa Maynard
Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro
dos Martins, Maceió, AL, Brasil.
CEP: 57072-970
willamshcmaynard@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400051>

¹Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesses a declarar.

Introdução

Desde os anos setenta, o processo da reforma psiquiátrica vem alterando conceitos e práticas na atenção aos transtornos mentais. Este movimento foca na desinstitucionalização e na implementação de ampla rede comunitária de serviços substitutivos. Este direcionamento da reforma psiquiátrica estava voltado para o cuidado dos pacientes com transtornos severos e persistentes, e para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial.⁽¹⁾

Este processo tem suscitado mudanças no modelo de atenção e, conseqüentemente, no modo de prestar cuidado em enfermagem. Abre-se para a enfermagem um campo mais abrangente, no que diz respeito às práticas relacionais e com foco no sujeito em sua integralidade.

Dentre as enfermeiras que atuaram na enfermagem psiquiátrica, destacaram-se Peplau, que formulou a Teoria das Relações Interpessoais, Trevelbee, que consagrou a relação de pessoa a pessoa, e Mizoni, no Brasil, que se preocupou com a humanização da assistência.⁽²⁾

Neste contexto, formas inovadoras de cuidado têm sido desenvolvidas, com destaque para a escuta qualificada, tecnologia leve que envolve relações do tipo diálogo, vínculo, acolhimento. Possibilita compreender o sofrimento psíquico a partir da pessoa, valoriza suas experiências e atenta para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano. É instrumento facilitador e transformador, estratégico no desenvolvimento da autonomia e inclusão social, e no agenciamento de modos “menos endurecidos” de trabalho.⁽³⁾

Sendo o Centro de Atenção Psicossocial um ambiente restaurador de vidas humanas, esta escuta pode ocorrer na abordagem individual e coletiva, de forma qualificada, com investimento nas pessoas e suas relações intra ou interpessoais. Quando não se consegue realizá-la, aumenta riscos e vulnerabilidade da pessoa em sofrimento mental.

A escuta e o diálogo são habilidades próprias dos seres humanos, sendo comum a concepção da escu-

ta como apenas o ouvir, levando a acreditar que a escuta é instintiva. É uma ferramenta essencial para que o usuário seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral; por meio dela, é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado.⁽⁴⁾

O objetivo de apreender a escuta qualificada e o acolhimento, na perspectiva dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial, veio da necessidade em compreender sua dinâmica, a forma como os atores interagem e os sentidos que lhes são atribuídos neste campo de atuação, pois suas contribuições evocam e delineiam novos modos de cuidar em enfermagem.

Métodos

Pesquisa qualitativa do tipo descritiva e exploratória, que possibilitou analisar a escuta qualificada em atenção psicossocial, por meio vivência dos usuários de um serviço de saúde mental. Foi realizada à luz do referencial teórico da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, que resgata fundamentos básicos como a escuta qualificada e que norteiam as práticas de saúde, reconhecendo o usuário como sujeito ativo e protagonista das ações de saúde.⁽⁴⁾

A seleção dos usuários foi definida de acordo com os seguintes critérios de inclusão: maiores de 18 anos, e período de frequência de no mínimo três meses no serviço. A amostra foi composta por oito pessoas, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial II, destinado a jovens e adultos com transtornos mentais graves ou persistentes.⁽⁵⁾

Houve triangulação na coleta de informação, por meio de entrevistas individuais; observação direta, estruturada e sistematizada, filmagens e fotografias; e registros em diário de campo. As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise do conteúdo.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

A maioria dos sujeitos entrevistados frequentava o Centro de Atenção Psicossocial entre três meses a um ano, era do sexo masculino, de religião evangélica, solteiro e em união estável, com escolaridade incompleta no ensino fundamental, renda de até um salário mínimo.

Para organização dos dados, utilizou-se a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade, que permitiu definir as seguintes categorias temáticas: 1) O entendimento de escuta qualificada; 2) Mudanças que uma escuta qualificada pode produzir; 3) Frustrações que uma escuta não qualificada pode produzir.

Categoria 1 - O entendimento de escuta qualificada

Os participantes relatam a situação em que se sentem escutados, quando há atenção, compreensão e disponibilidade. Ressaltam a importância em ser ouvido pelo profissional do serviço. Considera a escuta sinônimo de confiança e prontidão e respeito a sua singularidade. Salienta a importância do sigilo e que nem tudo deve ser redigido no prontuário para garantia da escuta.

Categoria 2 - Mudanças que uma escuta qualificada pode produzir

Um dos entrevistados afirma que é escutado pelos trabalhadores e que isso o faz gostar deles. Contudo, paradoxalmente, confirma que é a sua mãe quem mais conhece do seu problema. Outro usuário relata o sentimento de alívio, de despreocupação quando o profissional se disponibiliza para ouvi-lo. Afirma que percebia quando a Escuta acontecia. Ratifica que na escuta qualificada deve-se ouvir com atenção a história e necessidades da pessoa que vivencia o sofrimento mental. Considera a importância da relação terapêutica em profundidade. Endossa o atendimento individual como meio de permitir uma verdadeira escuta, por sentir-se à vontade quando está apenas com um entrevistador.

Explicita como seu corpo e mente manifesta-se mais saudavelmente quando escutado, ressaltando

a importância da disponibilização do profissional para tal.

Categoria 3 - Frustrações que uma escuta não qualificada pode produzir

O entrevistado demonstra insatisfação quando não é respeitado e compreendido, o que promove a quebra do vínculo e sentimento negativo. Afirma o bloqueio de expressar-se, resultado de não ter sido ouvido antes, e o agravamento de sua condição mental como consequência.

Compara o usuário em crise a um vidro sensível com risco de queda, pois, quando sua necessidade não é atendida, consequências são geradas e muitas vezes são irreparáveis, como um vidro quebrado.

Considera a escuta como atenção e uma forma de prevenir a concretização de suicídio.

Afirma a falta de ética de alguns profissionais ao repassar uma informação pessoal do usuário para outras pessoas, que afeta a capacidade de confiar no próximo.

Relaciona a escuta ao sentir-se “ouvido”. Manifesta o desejo de que sua questão de ordem familiar seja considerada na forma como concebe e lhe impacta.

Discussão

As limitações dos resultados relacionam-se à metodologia realizada, já que pesquisa qualitativa utiliza uma pequena amostra populacional, porém com aprofundamento do conteúdo, além do fato deste público ser composto por pessoas em sofrimento mental e que muitas vezes não estão em condições para expressar-se por questões emocionais, pessoais e éticas. Além disso, destaca-se a limitação de publicações recentes relacionadas ao tema abordado.

A partir dos resultados obtidos, percebe-se a necessidade de identificar o entendimento e nuances da Escuta Qualificada pela pessoa em sofrimento mental em um Centro de Atenção Psicossocial, o que contribui para a habilidade de relacionamento interpessoal e aplicabilidade da escuta qualificada pelos enfermeiros. Desta forma, estes resultados revelam modos de como fazer a consolidação das re-

des de atenção, por meio da afirmação dos vínculos, numa lógica usuário-profissional centrada e ampliada, o que permite, aos enfermeiros, um aperfeiçoamento dos modos de cuidado em saúde mental.

O estabelecimento do vínculo necessário com o usuário e favorável ao tratamento só é possível por meio da escuta que transcende questões superficiais e aparentes, e permite a quem escuta assumir uma conformação capaz de mergulhar na subjetividade e particularidade do modo que cada um manifesta seu sofrimento mental.

O usuário tece os elementos necessários para uma escuta qualificada, que são a liberdade, confiança, compreensão, paciência, prontidão para ajuda, atenção, abertura à fala para a fluência dos conteúdos mais profundos, não recriminação, e sigilo.

A escuta utiliza da ferramenta terapêutica empatia, um modo de comunicação entre sujeitos que acontece independentemente da intenção consciente, permitindo que se estabeleça um tipo de troca subjetiva sem a intervenção da fala. Como consequência do impacto desta troca, modificações na experiência dos sujeitos podem ocorrer.⁽⁶⁾

A relação manifesta-se como campo transferencial, na qual o terapeuta ocupa o lugar de suposto-saber, adotando, assim, uma estratégia onde o sujeito tenha sua palavra, seja escutado na sua singularidade, e possa também escutar e apropriar-se desse discurso.⁽⁷⁾

Percebe-se a sensibilidade do usuário em relação ao sentir-se escutado, com implicações terapêuticas diretas para seu tratamento. É decisivo, para este, que o profissional exerça a escuta deliberada, que lhe permita o aprofundamento na sua dinâmica interior. Afirma que quando não há escuta, regride em seu tratamento, sendo potencializados sentimentos negativos geradores de conflitos interiores, e às vezes decisões trágicas.

É preciso desmistificar a crença de que escuta e diálogo são dons. Há posturas profissionais e técnicas de comunicação que facilitam a conversa entre profissional e usuário, como a aceitação do outro, a empatia e o reconhecimento do usuário como um sujeito que possui direitos.⁽⁸⁾

Na saúde mental, a escuta, o acolhimento e o vínculo caracterizam-se como ações preponderantes para as intervenções, sendo tecnologias estratégicas para o cuidado no território, permitindo uma “intimidade terapêutica” no sentido de o trabalhador estar aberto à escuta das necessidades de saúde do usuário, em uma postura mais acolhedora.⁽³⁾

Considera a escuta indispensável para sua vida e que se a mesma estivesse presente desde cedo teria alcançado mais resultados positivos, relacionados à sua terapêutica. Quando a escuta é permeada de liberdade de expressão, torna-se decisiva para o tratamento.

A humanização deve fazer parte da enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana, que conduz o pensamento e as ações e permite construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam as instituições de saúde.⁽⁹⁾

Considera-se que, na saúde mental, o uso do eu do terapeuta é fundamental na relação com o sujeito em sofrimento psíquico, na qual a escuta serve enquanto um dos elementos dessa relação e é estabelecida no encontro face a face entre o terapeuta e o usuário, ou seja, quando ambos se comunicam compartilhando o mesmo tempo e o mesmo espaço.⁽¹⁰⁾

Há componentes básicos para comunicação eficiente na clínica, denominadas habilidades não seletivas de escuta, como comportamento verbal e não verbal; e habilidades seletivas, como realizar perguntas abertas, evitando reprimir o usuário com os ‘porquês’; parafrasear o conteúdo; exprimir sentimentos; concretizar e resumir a história contada.⁽⁸⁾

Esta escuta fortalece os laços vinculares, na medida em que valoriza e permite a expressão do sofrimento, das necessidades, das dúvidas e dos afetos. Também produz alívio e a sensação de resolutividade diante das demandas, essencial no trabalho em saúde, particularmente em saúde mental, quando se dá voz ao sofrimento do outro, propondo-se a auxiliá-lo na busca da resolução de seu problema.⁽³⁾

Conclusão

A escuta qualificada possui potencial terapêutico quando realizada, e contribui para a melhoria da atenção centrada na pessoa com transtorno mental. Esta escuta acessa o campo humano subjetivo, a partir do momento que é realizada qualificadamente, pois, para a pessoa em sofrimento mental, significa resolução de problemas, disponibilidade, compreensão, confiança, respeito. Quando oferecida, melhora condição e expressão do usuário; quando deficiente, dificulta tais expressões, corrobora com agravamento do estado mental e manutenção da vida.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL); da Secretaria de Estado da Saúde; da Secretaria de Estado da Ciência, da Tecnologia e da Inovação; do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ; do Ministério da Saúde, processo EFP - 00000931 PP-SUS 01/2008-2009.

Colaborações

Maynart WHC; Albuquerque MCS; Brêda MZ e Jorge JS declaram que contribuíram com a concepção e projeto; análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevan-

te do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Tanaka OY, Ribeiro EL. [Mental health in primary care: ways to reach an integral care]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(2):477-86. Portuguese.
2. Silva KV, Monteiro AR. The family in mental health: support for clinical nursing care. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1237-42.
3. Mielke FB, Olshowsky A. [Actions of mental health in family health strategy and the health technologies]. *Rev Esc Anna Nery*. 2011;15(4):762-8. Portuguese.
4. Raimundo JS, Cadete MM. Qualified listening and social management among health professionals. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(Spe 2):61-7.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3088/GM, de 23 de dezembro de 2011. 2011 [Internet]. *Diário Oficial União, Poder Executivo*. Brasília: Ministério da Saúde [citado 2013 Fev 15]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.jan.12/iels01/U_PT-MS-GM-3088-REP_231211.pdf.
6. Pimentel PK, Coelho Junior N. [Some notes about the use of empathy in borderline cases and situations]. *Psicol Clin*. 2009;21(2):301-14. Portuguese.
7. Vieira Filho NG, Rosa MD. [Unconscious and everyday life in the practice of psychosocial attention in mental health]. *Psicol Teor Pesqui*. 2010;26(1):49-55. Portuguese.
8. Barros RS, Botazzo C. [Subjectivity and a clinical approach in primary healthcare: narratives, life histories and social reality]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(11):4337-48. Portuguese.
9. Duarte ML, Noro A. [Humanization: a reading from the understanding of nursing professionals]. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(4):685-92. Portuguese.
10. Nasi C, Schneider JF. The Psychosocial Care Center in the everyday lives of its users. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1157-63.

Validação do *Nursing Work Index-Revised* entre auxiliares e técnicos de enfermagem

Validation of the Nursing Work Index-Revised among nursing aides and technicians

Carla Fernanda Marcelino¹

Daniela Fernanda dos Santos Alves¹

Renata Cristina Gasparino¹

Edinêis de Brito Guirardello¹

Descritores

Ambiente de instituições de saúde;
Serviço hospitalar de enfermagem;
Recursos humanos de enfermagem;
Esgotamento profissional; Estudos de validação

Keywords

Health facility environment; Nursing service, hospital; Nursing staff; Burnout professional; Validation studies

Submetido

21 de Janeiro de 2014

Aceito

10 de Junho de 2014

Resumo

Objetivo: Avaliar a confiabilidade e validade da versão brasileira do *Nursing Work Index - Revised* entre auxiliares e técnicos de enfermagem.

Métodos: Estudo metodológico, transversal, realizado em dois hospitais de ensino. A amostra foi composta por 150 sujeitos e para a coleta de dados foram utilizados: a ficha de caracterização pessoal e profissional, a versão brasileira do *Nursing Work Index - Revised* para auxiliares e técnicos de enfermagem e o Inventário de *Burnout* de Maslach.

Resultados: O coeficiente alfa de Cronbach variou de 0,58 a 0,77 entre as subescalas do *Nursing Work Index - Revised* e todas as suas subescalas obtiveram correlação significativa com as subescalas do Inventário de *Burnout* de Maslach e as variáveis "satisfação com o trabalho", "intenção de deixar o emprego" e "percepção da qualidade do cuidado".

Conclusão: O instrumento demonstrou confiabilidade e validade satisfatórias para avaliar o ambiente da prática desses profissionais.

Abstract

Objective: To assess the reliability and validity of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised among nursing aides and technicians.

Methods: A methodological cross-sectional study was conducted in two teaching hospitals. The sample consisted of 150 subjects and data were collected with the use of a personal and professional information sheet, the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised for nursing aides and technicians and the Maslach Burnout Inventory.

Results: Cronbach's alpha varied from 0.58 to 0.77 among the subscales of the Nursing Work Index-Revised and all its subscales obtained significant correlation with the subscales of the Maslach Burnout Inventory and the "job satisfaction," "intention to leave the job," and "nurse perception of quality of care" variables.

Conclusion: The instrument presented reliability and validity for evaluating the practice environment of these professionals.

Autor correspondente

Edinêis de Brito Guirardello
Av. Tessália Vieira de Camargo, 126,
Cidade Universitária "Zeferino Vaz",
Campinas, SP, Brasil. CEP: 13083-887
guirar@fcm.unicamp.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400052>

¹Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Características do ambiente da prática profissional da enfermagem constituem importantes fatores que podem afetar a qualidade e a segurança da assistência. A presença de atributos organizacionais, como autonomia, controle sobre o ambiente e colaboração entre médicos e enfermeiros, pode tornar o ambiente de trabalho mais favorável ao desenvolvimento dos cuidados e contribuir ainda para melhores resultados para o paciente, o profissional e a instituição.⁽¹⁻⁴⁾

Os resultados, para o paciente, traduzem-se, além da satisfação com os cuidados recebidos, na redução na taxa de mortalidade^(1,2,5,6) e na diminuição de eventos adversos decorrentes da assistência, como erros de medicação, quedas e infecção hospitalar.⁽⁷⁾

Para a instituição, a ausência de características favoráveis à prática profissional colabora para o aumento da rotatividade e das taxas de absenteísmo.⁽⁸⁾ Para os profissionais, a presença dessas características resulta em maior satisfação,⁽⁸⁾ menor intenção de deixar o emprego e menores níveis de *burnout*.⁽⁸⁾

O *burnout* é uma síndrome composta por três dimensões relacionadas – “exaustão emocional”, “despersonalização” e “diminuição da realização pessoal”, desenvolvida em resposta ao estresse físico e emocional no local de trabalho.^(9,10) Altos níveis de *burnout* na equipe de enfermagem estão associados à insatisfação com o trabalho, à intenção de deixar o emprego e à insatisfação dos pacientes com os cuidados recebidos, o que influencia diretamente na qualidade da assistência oferecida e na segurança do paciente.⁽⁵⁾

Diante do contexto que envolve a prática profissional do enfermeiro, alguns instrumentos foram desenvolvidos para medir os componentes organizacionais desse ambiente de trabalho, entre eles, o *Nursing Work Index-Revised* (NWI-R), com a finalidade de avaliar a presença de características do ambiente que favorecem a prática profissional.⁽¹⁾

O NWI-R tem sido identificado um dos instrumentos para medir o ambiente da prática, utilizado em diversos países e, a partir de estudos transversais, ele é capaz de relacionar como a estrutura organiza-

cional e a prática da enfermagem influenciam nos resultados dos serviços de saúde.⁽¹¹⁾

O NWI-R, originalmente, foi desenvolvido e validado para a cultura brasileira em uma amostra de enfermeiros^(12,13) e, posteriormente, foi submetido a validade de conteúdo para ser aplicado entre auxiliares e técnicos de enfermagem (AE/TE).

Considerando que, no Brasil, as ações de enfermagem são desenvolvidas em equipe e que muitos dos resultados da assistência estão relacionados ao cuidado prestado por AE/TE, o presente estudo teve por objetivo avaliar a confiabilidade e a validade da versão brasileira do NWI-R entre esses profissionais.

Métodos

Estudo transversal realizado nas unidades de internação de dois hospitais de ensino do interior do Estado de São Paulo. O hospital A presta assistência em nível terciário, atende pacientes de alta complexidade e conta com 419 leitos. O hospital B presta atendimento em saúde materno-infantil, em nível secundário, e possui 123 leitos. Ambas as instituições desenvolvem atividades de assistência, ensino e pesquisa.

Para a amostra, foram considerados os profissionais de enfermagem envolvidos na assistência direta aos pacientes, com tempo de experiência igual ou superior a três meses e que não estavam em período de férias ou licença. Por se tratar de um estudo de validação, considerou-se, para cálculo da amostra, o mínimo de dez sujeitos por item do instrumento, totalizando 150 sujeitos, distribuídos proporcionalmente entre os locais do estudo.

Para a coleta de dados, foram utilizados: a) ficha de caracterização pessoal e profissional; b) versão brasileira do *Nursing Work Index-Revised* (NWI-R) para auxiliar e técnico de enfermagem; c) Inventário de *Burnout* de Maslach (IBM).

a) A ficha de caracterização pessoal e profissional continha informações como sexo, idade, estado civil, formação, tempo de experiência e carga horária semanal de trabalho e três variáveis: “satisfação com o trabalho”, “percepção da qualidade do cuidado”

prestado ao paciente e “intenção de deixar o emprego” no próximo ano. A “satisfação” e a “percepção da qualidade do cuidado” foram avaliadas por meio de uma escala de resposta do tipo *Likert*, com quatro pontos, onde maiores pontuações representavam, respectivamente, maior satisfação e melhor percepção da qualidade da assistência prestada ao paciente. A “intenção de deixar o emprego” foi avaliada por meio de uma escala visual analógica de zero a dez e, quanto maior a pontuação, maior a intenção em deixar o emprego no próximo ano.

b) O NWI-R versão Brasileira é composto por 15 itens distribuídos conceitualmente em quatro subescalas: “autonomia” (cinco itens), “relação médico e equipe de enfermagem” (três itens), “controle sobre o ambiente” (sete itens) e “suporte organizacional” (dez itens), os quais são derivados das três primeiras subescalas.⁽¹⁾

A escala de medida utilizada é a do tipo *Likert* que varia entre um e quatro pontos, onde menores pontuações representam maior presença de atributos favoráveis à prática profissional da enfermagem. Os escores para cada uma das subescalas podem ser obtidos pela média dos escores das respostas dos sujeitos, podendo variar entre um e quatro pontos, sendo que escores elevados representam ambientes desfavoráveis.⁽¹⁾ Tal escala é um instrumento com índices de validade e confiabilidade satisfatórias.⁽¹³⁾

c) O IBM tem por objetivo mensurar o nível de *burnout* dos trabalhadores, o qual foi adaptado e validado para a cultura brasileira. É composto por 22 itens divididos em três subescalas: “exaustão emocional” (nove itens), “despersonalização” (cinco itens) e “diminuição da realização pessoal” (oito itens). A escala de medida é do tipo *Likert*, variando entre um e cinco pontos. Para cada subescala, deve-se obter a soma das respostas dos sujeitos em cada um dos itens.

Nas subescalas “exaustão emocional” e “despersonalização”, maiores pontuações expressam forte sentimento de esgotamento emocional e despersonalização e, na subescala “diminuição da realização pessoal”, que possui um escore inverso às outras subescalas, maiores pontuações indicam alta realização pessoal. Dessa forma, um alto ní-

vel de *burnout* é representado por altos escores nas subescalas “exaustão” e “despersonalização” e baixos escores na subescala “diminuição da realização pessoal”.⁽¹¹⁾ A classificação dos níveis de *burnout* é obtida por meio do cálculo dos tercís para cada subescala do IBM.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro de 2012 e fevereiro de 2013. Os auxiliares e técnicos de enfermagem foram abordados em seu local de trabalho e aqueles que aceitaram participar foram orientados a entregar os instrumentos respondidos, em envelopes lacrados, para uma das pesquisadoras.

Os dados foram tabulados no programa *Microsoft® Excel 2010 Windows* e analisados pelo programa *SAS for Windows® (Statistical Analysis System)*, versão 9.1.3. Para avaliação da confiabilidade da versão brasileira do NWI-R para AE/TE, utilizou-se a análise da consistência interna, e valores acima de 0,60 para o coeficiente alfa de *Cronbach* foram considerados satisfatórios.

Para avaliação da validade foram obtidas as correlações entre a versão brasileira do NWI-R para AE/TE, o IBM e as variáveis “satisfação com o trabalho”, “intenção de deixar o emprego” e “percepção da qualidade do cuidado”, expressa pelo coeficiente de correlação de *Spearman*. Os valores para esse coeficiente podem variar de -1 a +1, onde os valores próximos a zero indicam ausência de correlação. Quanto mais próximo de +1, mais forte e positiva é a correlação e quanto mais próximo de -1 mais forte e negativa é a correlação. O nível de significância adotado para todos os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

A amostra foi composta por 150 auxiliares e técnicos de enfermagem (Tabela 1). A idade média dos participantes foi 37,7 anos ($DP \pm 10$). A média de tempo de trabalho na unidade foi 7,0 anos ($DP \pm 7$) e na instituição foi 7,9 anos ($DP \pm 7,5$).

A média da carga horária semanal de trabalho, incluindo outro vínculo empregatício, foi 45,5 horas (DP± 14,55) e a média de pacientes sob a responsabilidade do profissional foi 6,32 pacientes (DP± 3,43).

Tabela 1. Características pessoais e profissionais dos Auxiliares e Técnicos de enfermagem

Variáveis	Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	
	Amostra	%
Local de trabalho		
Hospital A	115	76,7
Hospital B	35	23,3
Gênero		
Feminino	128	85,3
Masculino	22	14,7
Estado Civil		
Casado	75	50,0
Solteiro	55	36,7
Divorciado/Separado	18	12,0
Viúvo	2	1,3
Formação complementar		
Nenhuma	111	74,0
Graduação em enfermagem	22	14,7
Graduação em enfermagem em andamento	17	11,3
Tipo de vínculo		
CLT	146	97,3
CLE	4	2,7
Turno de trabalho		
Noite	84	56,0
Manhã	47	31,3
Tarde	19	12,7
Outro vínculo empregatício		
Não	110	73,3
Sim	40	26,7

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas; CLE – Consolidação das Leis referentes aos servidores extranumerários do Estado

Em relação à variável “satisfação com o trabalho”, 106 sujeitos (70,7%) consideraram-se satisfeitos, 12 (8%) muito satisfeitos e 32 (21,3%) insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o trabalho atual. Na “percepção da qualidade do cuidado”, a maioria (n= 92, 61,3%) avaliou como boa, 52 (34,7%) muito boa e 6 (4%) como ruim a qualidade da assistência prestada ao paciente. Na variável “intenção de deixar o emprego” nos próximos doze meses, a média encontrada foi 2,83 (DP± 3,57).

Na avaliação do ambiente da prática profissional, as médias e os valores de confiabilidade das subescalas do NWI-R estão apresentadas na tabela 2.

A confiabilidade foi analisada para cada subescala do IBM: “exaustão emocional” ($\alpha = 0,92$), “despersonalização” ($\alpha = 0,73$) e “diminuição da realização pessoal” ($\alpha = 0,72$).

A avaliação da validade das subescalas do NWI-R com as subescalas do IBM e as variáveis – “satisfação com o trabalho”, “intenção de deixar o emprego” e “percepção da qualidade do cuidado”, resultou em correlações significativas (Tabela 3).

Tabela 2. Média, desvio-padrão e coeficiente α de Cronbach da versão brasileira do *Nursing Work Index – Revised* para auxiliares e técnicos de enfermagem

NWI - R	Média	DP	α Cronbach
Autonomia	2,04	0,56	0,58
Relação médicos e AE/TE	2,25	0,71	0,82
Controle sobre o ambiente	2,40	0,65	0,78
Suporte organizacional	2,22	0,52	0,77

Tabela 3. Coeficiente de correlação de Spearman entre a versão brasileira do *Nursing Work Index – Revised* para auxiliares e técnicos de enfermagem, Inventário de *Burnout de Maslach*, Satisfação com o trabalho, Intenção de deixar o emprego e Percepção da qualidade do cuidado

NWI-R	Exaustão emocional	Despersonalização	Diminuição da realização pessoal	Satisfação com o trabalho	Intenção de deixar o emprego	Percepção da qualidade do cuidado
Autonomia	0,49**	0,33**	-0,18*	-0,35**	0,20*	-0,31**
Relação médicos e equipe de enfermagem	0,44**	0,35**	-0,30*	-0,44**	0,16*	-0,21*
Controle sobre o ambiente	0,64**	0,40**	-0,29*	-0,48**	0,19*	-0,37**
Suporte organizacional	0,62**	0,43**	-0,27*	-0,50**	0,25*	-0,34**

*p<0,05; **p<0,0001

Discussão

Neste estudo, como em outros realizados com profissionais de enfermagem, o perfil dos profissionais são adultos jovens, do sexo feminino, o que se justifica pela condição histórica da profissão.^(12,14) Embora uma pequena parcela desses profissionais possua graduação em enfermagem concluída ou em andamento, verifica-se que a maioria declarou não possuir nenhuma formação complementar, fato esse que pode ser considerado preocupante, se considerarmos as inovações tecnológicas e o mercado de trabalho exigente em relação à formação profissional e sua qualificação. Destaca-se a importância da realização de estudos sobre a formação dos auxiliares e técnicos de enfermagem no Brasil, por considerar que essas categorias constituem o maior contingente de profissionais responsáveis pelos resultados da assistência prestada ao paciente.

Os achados sugerem que os profissionais concordam, parcialmente, com a hipótese de que o ambiente possui atributos favoráveis à prática profissional, com destaque para a ‘autonomia’, que obteve a menor média em relação às demais subescalas. Em um estudo realizado em unidade de terapia intensiva, embora haja semelhança com as médias encontradas neste estudo, as relações entre médico e os auxiliares e técnicos de enfermagem foi a subescala com menor média. Essas diferenças podem refletir, em parte, os diferentes cenários da prática profissional da enfermagem.

No que se refere à confiabilidade da versão brasileira do NWI-R para a população em estudo, a subescala “autonomia” foi a que obteve o menor coeficiente, assim como em outros estudos nacionais e internacionais, demonstrando que os itens que a compõem podem não refletir o conceito de autonomia no ambiente da prática.⁽¹⁾

O ambiente da prática foi correlacionado de maneira significativa com a “satisfação com o trabalho”, a “intenção de deixar o emprego”, a “percepção sobre a qualidade do cuidado” e o *burnout*. Isso significa que em ambientes favoráveis à prática, os profissionais estão mais satisfeitos, possuem menor intenção de deixar o emprego, avaliam como boa a qualidade da assistência oferecida ao paciente e apresentam menor nível de *burnout*.^(1,3,12,14,15)

Conclusão

A versão brasileira do NWI-R apresentou confiabilidade satisfatória, com exceção da subescala ‘autonomia’. A validade do instrumento também foi confirmada ao se analisar que quanto melhor o ambiente da prática profissional, menores são os níveis de *burnout*, menor a intenção de deixar o emprego, maior a satisfação com o trabalho e melhor a qualidade do cuidado percebida pelos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP); bolsa de Iniciação Científica concedida à Carla Fernanda Marcelino, processo 2012/02515-5.

Colaborações

Marcelino CF colaborou com a concepção do projeto, execução da pesquisa e redação do artigo. Alves DFS contribuiu com a concepção do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Gasparino RC participou da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Guirardello EB cooperou com a concepção do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res*. 2000;49(3):146-53.
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*. 2008;38(5):223-9.
3. Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Poghosyan L, Cho E, You L, et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *Int J Qual Health Care*. 2011;23(4):357-64.
4. Duffield C, Diers D, O'Brien-Pallas L, Aisbett, Roche M, King M, Aisbett K. Nursing, staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Appl Nurs Res*. 2011;24(4):244-55.
5. McHugh MD, Kelly LA, Smith HL, Wu ES, Vanak JM, Aiken LH. Lower mortality in magnet hospitals. *Med Care*. 2013;51(5):382-8.
6. Friese CR, Lake ET, Aiken LH, Silber JH, Sochalski J. Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Serv Res*. 2008;43(4):1145-63.

7. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs*. 2009;65(11):2299-310.
8. Van Bogaert P, Meulemans H, Clarke S, Vermeyen K, Van De Heyning P. Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *J Adv Nurs*. 2009;65(10):2175-85.
9. França FM, Ferrari R, Ferrari DC, Alves ED. [Burnout and labour aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals]. *Rev Latinoam Enferm*. 2012;20(5):961-70. Portuguese.
10. Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M, Aiken LH. Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Res Nurs Health*. 2010;33(4):288-98.
11. Gasparino RC, Guirardello EB. Translation and cross-cultural adaptation of the Nursing Work Index-Revised into Brazilian Portuguese. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):281-7.
12. Gasparino RC, Guirardello EB, Aiken LH. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). *J Clin Nurs*. 2011;20(23-24):3494-501.
13. Orts-Cortés MI, Moreno-Casbas T, Squires A, Fuentelsaz-Gallego C, Maciá-Soler L, González-María E. Content validity of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):274-80.
14. Van Bogaert P, Clarke S, Vermeyen K, Meulemans H, Heyning PV. Practice environment and their association with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(1):55-65.
15. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas MT, González-María E. Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):274-80.

Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV

Epidemiologic assessment of prevention of vertical transmission of HIV

Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima¹

Camila Chaves da Costa¹

Liana Mara Rocha Teles¹

Ana Kelve de Castro Damasceno¹

Mônica Oliveira Batista Oriá¹

Descritores

Enfermagem materno-infantil; Cuidados de enfermagem; Instituições de cuidados especializados de enfermagem; Transmissão vertical de doença infecciosa/prevenção & controle; HIV; Epidemiologia

Keywords

Maternal-child nursing; Nursing care; Skilled nursing facilities; Vertical infectious disease transmission/prevention & control; HIV; Epidemiology

Submetido

28 de Janeiro de 2014

Aceito

23 de Junho de 2014

Resumo

Objetivo: Avaliar as ações direcionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV.

Métodos: Estudo epidemiológico e documental constituído por 1364 gestantes soropositivas notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no período de dez anos. Os dados foram expressos em frequências e uma análise de regressão linear foi aplicada. Utilizou-se para a análise estatística *software* R versão 2.12.1.

Resultados: Houve ascensão nos casos notificados de gestantes soropositivas no período; 41,72% usaram terapia antirretroviral no pré-natal; a cobertura pré-natal foi de 84,53%; houve 63,12% de prevalência de partos cesáreos; 67,01% das parturientes usaram antirretrovirais durante o parto e 71,48% das crianças iniciaram a terapia nas primeiras 24 horas de vida.

Conclusão: As ações direcionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV são parcialmente efetivas porque menos da metade das gestantes infectadas usaram terapia antirretroviral no período pré-natal.

Abstract

Objective: To assess actions directed toward prevention of vertical transmission of HIV.

Methods: Epidemiological and documental study with 1,364 seropositive pregnant women notified in the Notifiable Diseases Information System over ten years. Data were expressed as frequencies, and linear regression analysis was applied. The analysis was conducted by using the statistical software R, version 2.12.1.

Results: The number of notified cases of seropositive pregnant women increased during the 10-year period; 41.72% of women used antiretroviral therapy in the prenatal period and 84.53% of women did prenatal care. The prevalence of cesarean delivery was 63.12%; 67.01% of parturients used antiretroviral during labor and 71.48% of children started therapy within the first 24 hours of life.

Conclusion: Actions directed toward prevention of vertical transmission of HIV are partly effective because less than the half of infected pregnant women used antiretroviral therapy in the prenatal period.

Autor correspondente

Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima

Rua Alexandre Baraúna, 1115,
Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60430-160
aninhaaraujoc@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400053>

¹Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é uma das prioridades de saúde do mundo. Apesar dos progressos significativos na prevenção de novas infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e na redução anual de mortes relacionadas à doença, a quantidade de pessoas vivendo com o vírus permanece crescente.

O processo de feminização do HIV traz entre os agravantes um elevado número de mulheres em idade reprodutiva infectadas pelo vírus. No Brasil, de 2000 a 2009, 66% das mulheres soropositivas tinham entre 20 e 39 anos, acarretando o aumento do risco da transmissão vertical do HIV.⁽¹⁾

Há prevalência de 0,41% de contaminação pelo HIV em gestantes no território brasileiro, estimando-se que 12.456 recém-nascidos sejam expostos ao vírus por ano. Esse tipo de transmissão pode ocorrer ao longo da gestação, durante o trabalho de parto, parto ou por meio da amamentação, sendo que cerca de 35% da transmissão vertical ocorre durante a gestação, 65% no periparto e, no período de aleitamento materno, há um risco acrescido de 7% a 22% por mamada.⁽¹⁾ A transmissão vertical é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil, sendo responsável por 90% dos casos em menores de 13 anos no país.

O Ministério da Saúde do Brasil preconiza um conjunto de medidas a serem realizadas no pré-natal, parto e puerpério de mulheres soropositivas que, quando implementadas em sua totalidade, reduzem a taxa de transmissão vertical do HIV de 25% a níveis entre 1% e 2%. As principais medidas são: o uso de antirretrovirais a partir da 14ª semana de gestação; a utilização de zidovudina injetável durante o trabalho de parto; a realização de parto cesáreo, quando indicado; o uso de antirretroviral oral para os recém-nascidos expostos, do nascimento até o 42º dia de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade.

Nesse contexto, percebe-se a importância da vigilância epidemiológica como um dos meios de

controle da transmissão vertical do HIV, bem como a necessidade da realização de estudos referentes a esta temática, investigando-se a dimensão do problema e a realidade local ao longo de um período de tempo, a fim de se obter o retrato epidemiológico para a realização de medidas preventivas direcionadas e o planejamento de novas propostas de controle do agravado.

Diante do exposto, faz-se relevante avaliar as ações direcionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV, verificar a frequência de casos ocorridos de gestantes soropositivas, bem como o perfil sociodemográfico e obstétrico destas, analisando a efetividade das medidas de prevenção de sua transmissão vertical.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar epidemiologicamente as ações direcionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV em um estado do Nordeste brasileiro.

Métodos

Estudo do tipo epidemiológico, documental, descritivo e com abordagem quantitativa. Foi realizado em janeiro de 2011 na Secretaria da Saúde do Estado. A população constituiu-se em 1364 casos de gestantes soropositivas notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre 2000 e 2009 em um estado do Nordeste do Brasil.

Optou-se pela delimitação da investigação entre tal período em virtude de a vigilância dos casos de gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas ter-se tornado compulsória no Brasil em 2000, além de ter sido também o ano de implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, considerado um marco para a inserção de políticas voltadas para a saúde do binômio mãe e filho.

Vale ressaltar que, em 2006, houve mudança nas fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação referentes às gestantes soropositivas e crianças expostas ao HIV, de forma que a ficha de “notificação/investigação de gestantes HIV positivas e crianças expostas”, que perma-

neceu em uso até o ano de 2006, foi dividida em duas novas fichas: a de “notificação/investigação de gestantes infectadas pelo HIV” e a de “criança exposta ao HIV”, que permanecem em uso até os dias atuais. Porém, essa última é utilizada somente para notificação, não sendo lançada até então no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, o que inviabilizou a coleta de suas informações.

Os resultados estão apresentados em gráficos e expressos em frequências absolutas e relativas. Uma análise de regressão linear foi aplicada para descrever o comportamento dos seguintes dados: frequências de gestantes soropositivas por ano e uso de antirretrovirais no pré-natal e parto no estado. Assim, foram plotados gráficos de dispersão dos dados citados.

Para verificação dos pressupostos de linearidade e normalidade dos resíduos da regressão linear foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson* ($r = 0,9231$; $p = 0,0001$) e aplicado o teste de *Shapiro-Wilk* ($W = 0.9678$, $p\text{-value} = 0.8702$), respectivamente. Estas estatísticas mostram que os dois pressupostos foram respeitados. Para análise do ajuste do modelo foi calculado o coeficiente de determinação (R^2). As análises foram feitas com apoio do *software* R versão 2.12.1.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Entre os anos 2000 e 2009 foram notificados 1364 gestantes soropositivas no estado nordestino em estudo. Em relação aos dados sociodemográficos, verificou-se que a idade de maior prevalência foi entre 20 e 34 anos com 65,76%, a escolaridade mais frequente foi de 4 a 7 anos de estudo (23,02%), totalizando 509 (37,32%) mulheres com até sete anos de estudo, e a raça predominante foi a parda (50,44%). Destaca-se a elevada ocorrência de itens ignorados ou em branco na ficha de notificação. O quesito escolaridade foi o que apresentou maior subre-

gistro, com quase metade (43,62%) dos casos ignorados.

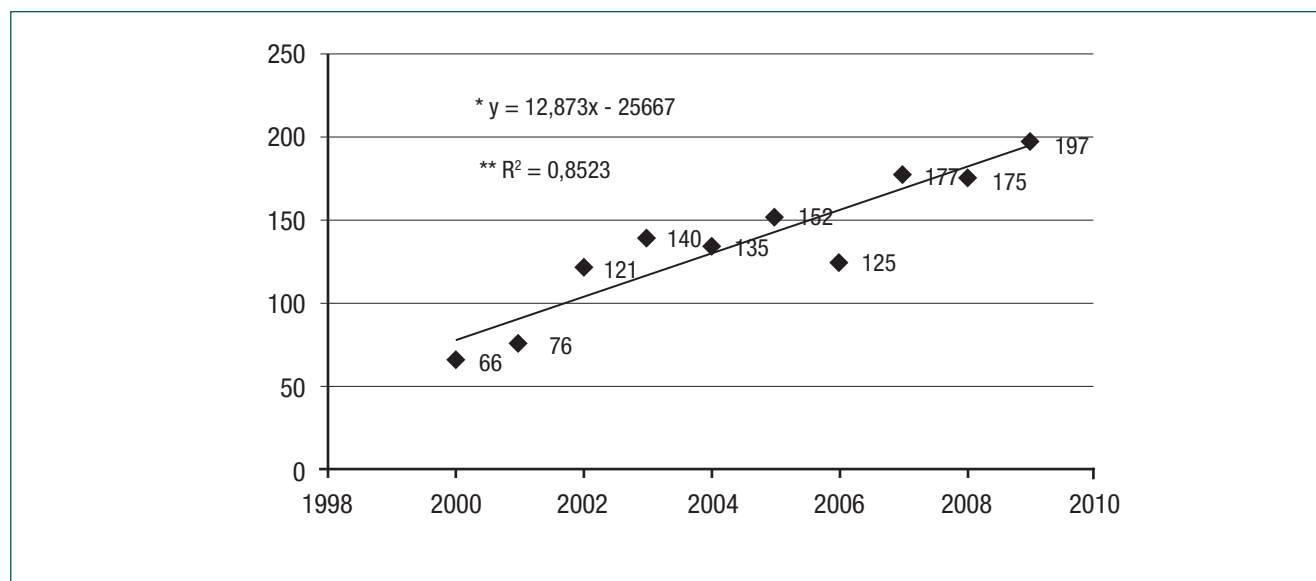
Quanto à distribuição da evidência laboratorial do HIV nas gestantes soropositivas no estado entre 2000 e 2009, percebeu-se que o maior número de diagnósticos confirmatórios da infecção pelo HIV em gestantes aconteceu durante o pré-natal com 675 (49,49%) casos, seguido pelo período de diagnóstico antes do pré-natal, com 406 (29,76%). Após o parto, contabilizou-se 116 (8,50%) evidências laboratoriais do HIV. Houve 108 (7,92%) casos de diagnósticos durante o parto e 59 (4,33%) encontravam-se com esta informação ignorada ou em branco nas fichas.

Em relação ao tipo de parto das gestantes infectadas pelo HIV, ao longo dos anos estudados houve predominância na realização do parto cesáreo, correspondendo a 861 (63,12%) partos, seguido de partos vaginais (290; 21,33%) e dados ignorados (212; 15,54%).

Quanto à realização de pré-natal entre as gestantes HIV positivas, a análise da série histórico entre os anos de 2000 a 2009 mostrou-se predominantemente ascendente, totalizando 1153 (84,53%) gestantes soropositivas que realizaram pré-natal. Um dado verificado que se mostra preocupante é ter uma quantidade razoável de gestantes que não realizaram o pré-natal (70; 5,13%) (Figura 1).

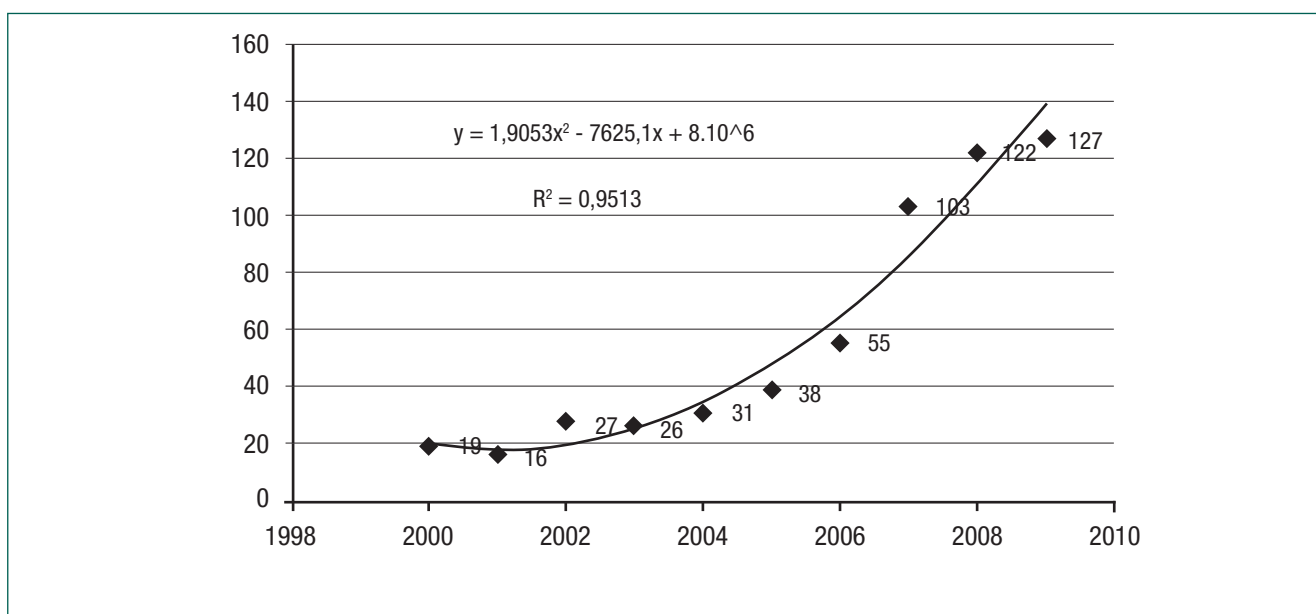
A frequência absoluta de gestantes HIV positivas no estado nordestino aumentou ao longo dos anos, passando de 66, no ano 2000, para 197, em 2009. O modelo de regressão linear ajustado mostrou que para cada unidade de tempo há um aumento de 12,873 na frequência absoluta de gestantes soropositivas por ano ($r = 0,3538$, $t = 1,0701$, $gl = 8$, $p = 0,3158$). O coeficiente de determinação mostra que 85,23% da variação na frequência absoluta de gestantes soropositivas é explicada pela variação do tempo. Vale salientar que foi identificada uma correlação linear fraca entre a proporção de gestantes com HIV notificadas e o período de tempo estudado.

A figura 2 mostra que o uso de antirretrovirais pelas gestantes soropositivas apresentou um comportamento polinomial de segundo grau, o



n= 1364; modelo de regressão linear: *intercepto e inclinação; ** coeficiente de determinação

Figura 1. Frequência de gestantes soropositivas



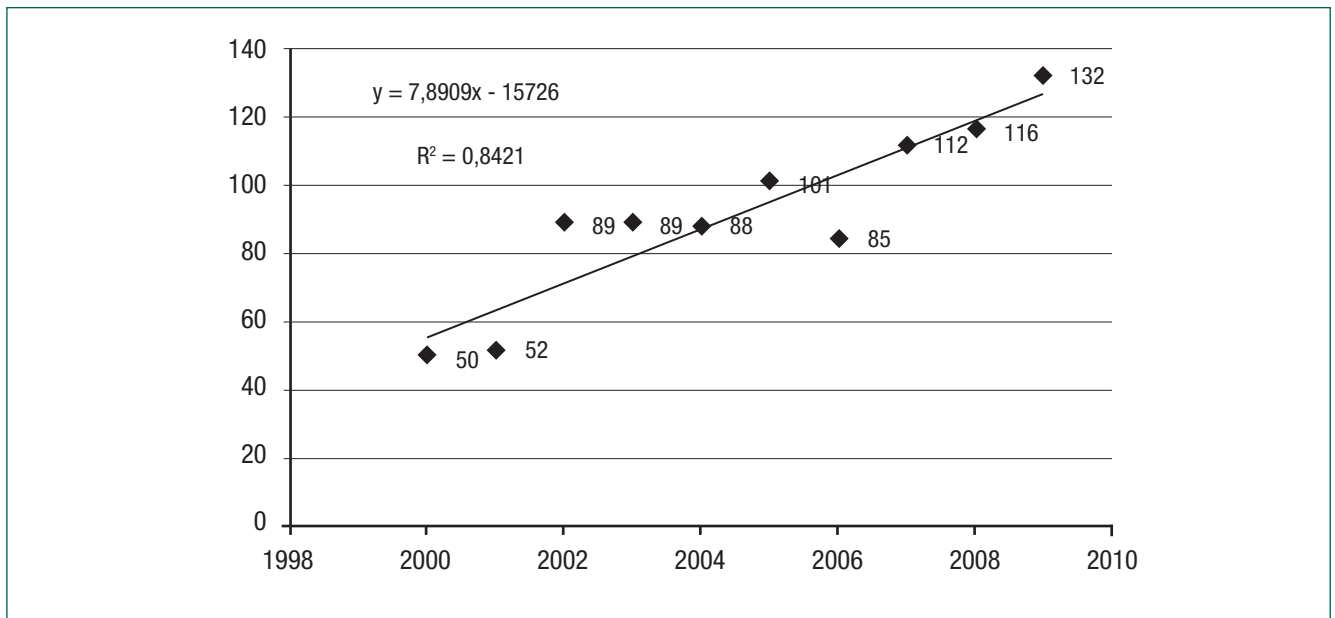
n= 1364; modelo de regressão linear: *intercepto e inclinação; ** coeficiente de determinação

Figura 2. Distribuição do uso de antirretrovirais por gestantes soropositivas durante o pré-natal

que evidencia um aumento exponencial ao longo dos anos em relação ao uso da terapia. Verificou-se um total de 569 (41,72%) casos de gestantes que usaram a terapia antirretroviral. O modelo de regressão linear ajustado mostrou que para cada unidade de tempo há um aumento de 1,90 no uso de antirretrovirais no pré-natal por ano ($r=0,3538$, $t=1,0701$ gl=8, $p=0,3158$). O coeficiente de determinação demonstra que 95,13% da variação no uso da terapia antirretroviral é

explicada pela variação do tempo. Percebeu-se também que, até 2005, a utilização dos antirretrovirais durante o pré-natal foi bastante tímida e, a partir de 2007, estes foram utilizados de forma mais expressiva, ano que coincide com o lançamento do Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis.

A partir da figura 3, pode-se inferir que 914 (67,01%) parturientes fizeram uso de antirretrovirais durante o parto e que sua utilização foi ascen-



n= 1364; modelo de regressão linear: *intercepto e inclinação; ** coeficiente de determinação

Figura 3. Distribuição do uso de antirretrovirais por gestantes soropositivas durante o parto

dente nos anos em estudo. O modelo de regressão linear ajustado mostrou que para cada unidade de tempo há um aumento de 7,89 no uso da terapia antirretroviral durante o parto por ano ($r=0,3538$, $t=1,0701$ gl=8, $p=0,3158$). Quanto ao coeficiente de determinação, percebe-se que 84,20% da variação da utilização dos antirretrovirais no parto é explicada pela variação do tempo. Nessa figura, também se percebe um aumento significativo do uso da terapia antirretroviral a partir de 2007.

Em relação ao início da profilaxia antirretroviral em crianças nascidas de mães soropositivas, a avaliação dos dados revela que 975 (71,48%) crianças iniciaram a profilaxia antirretroviral nas primeiras 24 horas do nascimento, 24 (1,76%) delas começaram o uso dos antirretrovirais após as 24 horas, 233 (17,08%) dos casos foram ignorados, 119 (8,72%) dos casos notificados foram classificados como não se aplica e 13 (0,95%) crianças não receberam a profilaxia. O uso da terapia antirretroviral nas primeiras 24h foi predominantemente ascendente ao longo do período e superior às demais variáveis. Além disso, os dados referentes à profilaxia nas crianças apresentam perfil semelhante às figuras 2 e 3 quanto ao aumento percentual mais significativo do uso da terapia antirretroviral a partir de 2007.

Discussão

A limitação dos resultados deste estudo refere-se à fonte secundária das informações, pois não se tem como verificar ao certo a credibilidade dos dados registrados. Além disso, o elevado número de subregistros em alguns itens compromete a qualidade da avaliação e reforça a limitação de estudos documentais.

Apesar de tais entraves, mostra-se relevante a realização de pesquisas epidemiológicas desse tipo, pois evidenciam a realidade local, possibilitando aos gestores e profissionais envolvidos, como os enfermeiros, a avaliação da problemática em análise e o planejamento e execução de medidas preventivas direcionadas. O aprimoramento das informações fornecidas por esses bancos de dados assim como a capacitação dos profissionais de saúde que o alimentam são medidas essenciais para uma avaliação mais adequada da prevenção da transmissão vertical do HIV.

De acordo com a figura 1, verificou-se aumento na frequência absoluta de gestantes soropositivas no estado do Nordeste do Brasil entre 2000 e 2009. Essa ascendência ao longo dos anos demonstra a necessidade de intensificação da elaboração de estratégias que visem à prevenção e à redução do aumento crescente do HIV entre gestantes, visto os riscos au-

mentados da própria infecção na gestação, somados ao da transmissão vertical.

Entretanto, esse crescimento também pode representar melhoria na notificação dos casos nos respectivos anos. Um dos aspectos que pode explicar tal inferência é o fato de que em 2006 a ficha de notificação de gestantes HIV positivas e crianças expostas foi substituída pela ficha de notificação de gestantes infectadas pelo HIV, o que possivelmente melhorou os índices de subnotificações, pois de 2007 a 2009 observaram-se os maiores números absolutos de casos notificados.

Porém, isso ainda pode ser reflexo da contribuição dos programas que impactaram a atenção básica do país nos últimos dez anos, como a Estratégia Saúde da Família, o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, Projeto Nascer, Plano Operacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis.

Em relação à idade das gestantes infectadas pelo HIV, a maioria concentrou-se na faixa etária entre 20 e 34 anos, o que consiste em um dado esperado, por tratar-se do ápice do período reprodutivo. Percebe-se que esses resultados refletem os dados gerais do Brasil, pois, em média, 55% dos casos notificados estão entre as gestantes de 20 a 29 anos.

Quanto à escolaridade, foi encontrado que a maior prevalência dos casos registrados ocorreu em mulheres com menos de sete anos de estudo (509; 37,32%), o que demonstra um baixo nível educacional. Estudos mostram que há relação inversamente proporcional entre a quantidade de anos de estudo e a ocorrência da infecção pelo HIV em gestantes.^(2,3)

Em se tratando de raça, verificou-se que quase a metade (50,44%) dos casos notificados foi da raça parda, resultado previsível, já que se trata de uma região com predominância dessa cor. Porém, também nesse quesito, o número de subregistros foi elevado (32,04%). Há grande diversidade quanto à raça nos resultados de alguns estudos, representando o aspecto com maior variação e inconstância nas pesquisas desenvolvidas em todas as regiões do país, sendo constantemente ignoradas ou deixadas em branco nas fichas de notificação.^(3,4)

Em relação ao momento do diagnóstico da infecção pelo HIV entre as gestantes, verificou-se que a maior proporção de diagnósticos se deu durante as consultas pré-natais (49,49%), corroborando com outros estudos.^(5,6)

Quanto à realização do pré-natal pelas gestantes soropositivas, observou-se que a maioria o realizou e houve aumento crescente ao longo dos anos, o qual revela um dado importante, pois, muitas vezes, a consulta de pré-natal é um dos únicos momentos em que a mulher comparece ao serviço de saúde, tendo, assim, a oportunidade de realizar o diagnóstico para o HIV e possibilitando a realização das devidas medidas preventivas para a transmissão vertical.

Apesar da realização do pré-natal entre as gestantes soropositivas do estudo ter-se revelado preponderante com 84,53%, esse número se mostra no limite da cobertura estimada a nível nacional (85%), apontando a necessidade de serem melhoradas as ações básicas de saúde do estado no que concerne à captação das gestantes para a realização do pré-natal. Além disso, outros estudos realizados com mulheres soropositivas revelam cobertura pré-natal superior à encontrada neste, com percentuais entre 92,7% e 97,7%.^(4,5)

Quanto à prevalência de partos cesáreos, os resultados encontrados estão compatíveis com outras pesquisas. Nesses casos, os profissionais se baseiam nas normativas ministeriais para realização do parto eletivo, porém esse tipo de parto não deve ser visto como uma regra, já que o vaginal também pode ser realizado em gestantes soropositivas, dependendo das condições clínicas e obstétricas apresentadas. Assim, percebe-se a necessidade de serem avaliados os riscos e benefícios de cada tipo de parto, levando-se em consideração também o desejo da gestante.

Um dos principais fatores que contribuem para a redução da transmissão vertical do HIV é a utilização dos antirretrovirais, conforme as recomendações, durante a gestação e parto e na criança exposta. É fato que a partir da implementação maciça e universal das ações profiláticas preconizadas, houve redução progressiva ao longo dos anos dos casos esperados de Aids por transmissão vertical.

De acordo com as figura 2 e 3, percebe-se que a partir de 2007 a utilização da terapia antirretroviral no pré-natal, parto e criança exposta mostrou crescimento acentuado, o que coincide com o lançamento do Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, podendo, assim, tal melhoria estar atrelada à implantação do Plano.

Esse crescimento pode também estar associado ao fato de, em 2006, a ficha de notificação de gestantes HIV positivas e crianças expostas ter sido substituída pela ficha de notificação de gestantes infectadas pelo HIV, o que pode ter aumentado os índices de notificações, aumentando, consequentemente, os números quanto à utilização da terapia antirretroviral.

Apesar desse progresso a partir de 2007, a figura 2 revela um dado preocupante quanto à qualidade da assistência pré-natal prestada no estado, pois menos da metade das gestantes usaram a profilaxia antirretroviral nessa ocasião. Assim, é incitada a seguinte indagação: se a maioria das mulheres é diagnosticada no pré-natal, conforme verificado nos resultados deste estudo, por que as gestantes não estão recebendo a profilaxia durante esse período?

Com isso, pode-se levantar algumas hipóteses, como a falta de qualificação dos profissionais que atendem as gestantes soropositivas, não iniciando a terapia antirretroviral, bem como a recusa das gestantes em usar a terapia e a indisponibilidade dos medicamentos, ou ainda, a burocratização do sistema de referência dessas gestantes para o serviço especializado, o que pode dificultar o seguimento das mesmas e a implementação do tratamento adequado. De qualquer forma, fica evidente essa lacuna no pré-natal, comprometendo, assim, a qualidade do atendimento das gestantes soropositivas e aumentando os riscos da transmissão vertical no estado.

Um ponto importante a ser destacado quanto à utilização dos antirretrovirais durante o pré-natal é que não basta usá-lo, mas, para uma profilaxia completa e eficaz, o início do mesmo deve dar-se entre a 14ª e a 28ª semana de gestação, conforme preconiza o Ministério da Saúde do Brasil ⁽⁴⁾, pois, quanto mais tarde for iniciado, maiores os riscos de a criança ser infectada. Porém a avaliação de tal in-

formação foi inviabilizada a partir da substituição da ficha anterior pela atual, já que o dado citado foi retirado desta.

A figura 3 mostra que 67,01% das parturientes fizeram uso de antirretrovirais durante o parto. Esse resultado mostra-se mais animador comparado ao uso da terapia antirretroviral no pré-natal, apesar de que um número significativo de parturientes não receberam a profilaxia, visto ser o parto o período mais crítico e de maiores riscos para a transmissão vertical. Além disso, é inaceitável esse alto percentual de não recebimento da terapia antirretroviral, sabendo-se que 87,17% das mulheres descobriram seu *status sorológico* durante o parto ou anteriormente.

Percebeu-se também neste campo uma deficiência na ficha de notificação, pois não se questiona quanto ao tempo de início da zidovudina endovenosa no período intraparto, já que é preconizado que deve ser de no mínimo três horas antes do parto cesáreo e desde o início do trabalho de parto no caso de parto normal.⁽⁷⁾

Assim, sugere-se revisão na atual ficha, de forma que esta possa levantar aspectos importantes no tocante à transmissão vertical e que atualmente não são contemplados, a fim de que se possa, a partir de uma ficha mais completa, melhor avaliar e prestar uma vigilância de maior qualidade e mais fidedigna.

Quanto ao início da profilaxia antirretroviral em crianças nascidas de mães soropositivas, observou-se que 71,48% das crianças expostas iniciaram a profilaxia antirretroviral nas primeiras 24 horas do nascimento. Esse foi o maior percentual de uso da profilaxia quando comparado ao uso no pré-natal e parto. Porém, 13 (0,95%) crianças não receberam a profilaxia.

Apesar de a terapia antirretroviral na criança ter sido a maior dentre as demais, ainda verifica-se que o percentual de crianças que utilizaram a profilaxia está aquém do esperado, visto que em estudo realizado na mesma região observou-se a possibilidade de uma cobertura superior, correspondendo a um percentual de 91% de uso do antirretroviral xarope nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido.

Dessa forma, através dos números encontrados, percebe-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido quanto às ações para prevenção

da transmissão vertical do HIV no estado até se atingirem os resultados ideais, devendo as medidas preventivas serem ampliadas, potencializadas e priorizadas a fim de que se possa, enfim, vislumbrar o alcance da redução da transmissão vertical do HIV a níveis indetectáveis.

As ações direcionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV no estado do Nordeste brasileiro em estudo seguem as orientações ministeriais quanto à realização da testagem sorológica para detecção do HIV no pré-natal ou o mais precocemente possível, à realização do pré-natal, tipo de parto e utilização da terapia antirretroviral durante o parto e em crianças expostas dentro das primeiras 24 horas de vida, apesar de os índices encontrados estarem aquém dos desejados. Entretanto, o dado mais alarmante foi que menos da metade das gestantes usaram a profilaxia antirretroviral no pré-natal, indicando necessidade de medidas interventivas urgentes para uma efetiva prevenção da transmissão vertical do HIV.

Conclusão

As ações direcionadas à prevenção da transmissão vertical do HIV são parcialmente efetivas porque menos da metade das gestantes infectadas usaram terapia antirretroviral no período pré-natal.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; bolsa de mestrado para Costa Lima ACMAC) e à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP; bolsa de doutorado para Costa CC).

Colaborações

Costa Lima ACMACC contribuiu com a concepção do projeto, execução da pesquisa, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Costa CC colaborou com a concepção do projeto, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Teles LMR; Damasceno AKC e Oriá MOB contribuíram com a análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Colasanti J, Rugama ML, Lifschitz K, Largaespada M, Flores-López B, Dodd C, et al. HIV testing rates among pregnant women in Managua, Nicaragua, 2010–2011. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):15-21.
2. Torres SR, Luz AM. Gestante HIV+ e crianças expostas: estudo epidemiológico da notificação compulsória. *Rev Gaucha Enferm*. 2007;28(4):505-11.
3. Lima CT, Oliveira DR, Rocha EG, Pereira ML. Manejo clínico da gestante HIV positivo nas maternidades de referência da região do Cariri. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3):468-76.
4. Konopka CK, Beck ST, Wiggers D, Silva AK, Diehl FP, Santo FG. Perfil clínico e epidemiológico de gestantes infectadas pelo HIV em um serviço do sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(4):184-90.
5. Cavalcante MS, Silveira AC, Ribeiro MA, Ramos Júnior AM. Prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana: análise da adesão às medidas de profilaxia em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2008;8(4):473-9.
6. Assunção Ramos AV, Ramos Júnior JN. Transmissão vertical de doenças: aspectos relativos ao vírus da imunodeficiência humana e ao *treponema pallidum* em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev APS*. 2009;12(2): 194-203.
7. Lana FC, Lima AS. Avaliação da prevenção da transmissão vertical do HIV em Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2010; 6(4): 587-94.

Desobstrução ineficaz de vias aéreas: prevalência e espectro de seus indicadores clínicos

Ineffective airway clearance: prevalence and spectrum of its clinical indicators

Lívia Zulmyra Cintra Andrade¹

Viviane Martins da Silva¹

Marcos Venícios de Oliveira Lopes¹

Daniel Bruno Resende Chaves¹

Rafaela Carolini de Oliveira Távora¹

Descritores

Cuidados de enfermagem; Enfermagem pediátrica; Diagnóstico de enfermagem; Infecções respiratórias; Manuseio das vias aéreas; Criança

Keywords

Nursing care; Pediatric nursing; Nursing diagnosis; Respiratory tract infections; Airway management; Child

Submetido

5 de Fevereiro de 2014

Aceito

23 de Junho de 2014

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência do diagnóstico de enfermagem de desobstrução ineficaz de vias aéreas, indicadores clínicos e espectro de manifestação em crianças com infecção respiratória aguda; determinar associação entre os indicadores e a probabilidade de identificação.

Métodos: Estudo transversal que incluiu 192 crianças internadas. Foram realizadas entrevistas e avaliação pulmonar, e os dados foram encaminhados a diagnosticadores para inferência diagnóstica. Utilizaram-se pacotes estatísticos para análise dos dados.

Resultados: 71,9% das crianças apresentaram o diagnóstico em estudo. Os indicadores clínicos foram: tosse ineficaz, ruídos adventícios respiratórios, quantidade excessiva de muco, dispnéia, ortopneia, mudança no ritmo respiratório e mudança na frequência respiratória; manifestados pelo espectro moderado. Os indicadores dispnéia, inquietação, ortopneia, quantidade excessiva de muco, ruídos adventícios respiratórios e tosse ineficaz apresentaram relação linear significativa.

Conclusão: O diagnóstico de enfermagem apresentou alta prevalência e associação entre os indicadores e a probabilidade de identificação do diagnóstico de enfermagem foi estabelecida.

Abstract

Objective: To identify the prevalence of nursing diagnosis of ineffective airway clearance, clinical indicators, and spectrum of manifestation in children with acute respiratory infection; to determine the association between its indicators and the probability of identification.

Methods: Cross-sectional study involving 192 hospitalized children. Interviews and pulmonary evaluations were performed, and the data were sent to diagnosticians for diagnostic inference. Statistical packages were used for data analysis.

Results: 71.9% of the children presented the diagnosis under study. The clinical indicators were ineffective cough, respiratory rales, excessive amount of mucus, dyspnea, orthopnea, change in breathing rate, and change in respiratory frequency; manifested by the moderate spectrum. The indicators of dyspnea, restlessness, orthopnea, excessive amount of mucus, respiratory rales, and ineffective cough showed a significant linear relationship.

Conclusion: The nursing diagnosis showed a high prevalence and association between indicators and the likelihood of identifying the nursing diagnosis was established.

Autor correspondente

Lívia Zulmyra Cintra Andrade
Av. da Universidade, 2853, Fortaleza,
CE, Brasil. CEP: 60020-181
liviacintraandrade@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400054>

¹Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

As infecções respiratórias agudas são causas importantes de morbimortalidade infantil em todo mundo, exercendo forte pressão nos serviços de saúde.⁽¹⁾ As manifestações clínicas associadas a estas infecções em crianças são e podem tornar-se bastante graves, desencadeando largo espectro de perturbações na função respiratória.⁽²⁾

A identificação de diagnósticos de enfermagem respiratórios é particularmente importante em pessoas portadoras de afecções respiratória, dado o comprometimento das vias aéreas.⁽³⁾ Destaca-se que, desobstrução ineficaz de vias aéreas, assim como outros diagnósticos respiratórios geralmente são prioritários, pois afetam diretamente a oxigenação tissular, necessitando de intervenções rápidas e resolutivas. Deste modo, é essencial uma avaliação criteriosa da função respiratória, bem como um bom julgamento clínico sobre as manifestações apresentadas, a fim de se elaborarem diagnósticos corretos e melhorar o planejamento das ações de enfermagem.

Entretanto, em situações clínicas específicas, como no cuidado a crianças com infecção respiratória aguda, é possível que os enfermeiros apresentem dificuldades em inferir, com exatidão, diagnósticos respiratórios, dada à ocorrência de indicadores clínicos comuns e a sobreposição entre esses diagnósticos. Ainda, ressalta-se a falta de familiaridade com os sistemas de classificação de diagnósticos de enfermagem e a subjetividade do processo de raciocínio diagnóstico, corroborando para uma maior incerteza e insegurança do julgamento clínico.⁽⁴⁾

As respostas humanas aos problemas de saúde são heterogêneas e particulares, diferindo de um indivíduo para outro. Tal situação contribui para a ocorrência de diferentes graus de comprometimento dos diagnósticos e de seus indicadores clínicos. Neste âmbito, a inferência diagnóstica pode sofrer forte influência da prevalência e do espectro de manifestação dos elementos integrantes do diagnóstico de enfermagem. Assim, estudos dessa natureza podem contribuir para embasar o raciocínio diagnóstico e a assistência de enfermagem.

Neste contexto, objetivou-se identificar a prevalência do diagnóstico desobstrução ineficaz

de vias aéreas, de seus indicadores clínicos e o espectro de manifestação desses indicadores em crianças com infecção respiratória aguda; determinar a associação entre os indicadores clínicos e a probabilidade subjetiva de identificação do diagnóstico de enfermagem.

Métodos

Estudo quantitativo, transversal, realizado em uma unidade de internamento de um hospital infantil na cidade de Fortaleza, região nordeste do Brasil. Os sujeitos do estudo foram crianças com idade até 5 anos e diagnóstico médico de infecção respiratória aguda, admitidos nos meses de abril a agosto de 2013, período da coleta de dados. Foram excluídas do estudo, crianças com quadro clínico instável, processos alérgicos medicamentosos, ou co-morbidades neurológicas ou cardiovasculares.

A amostra foi constituída por 192 crianças. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento adaptado de estudo anterior desenvolvido junto a crianças com infecção respiratória aguda.⁽⁵⁾ O instrumento foi composto por três partes. A primeira, com dados pessoais, sócio-demográficos e a história do problema de saúde da criança. A segunda, destinada à coleta dos sintomas respiratórios e a terceira parte consistiu no roteiro do exame físico pulmonar detalhado, contemplando os indicadores do diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas.⁽⁶⁾ A primeira e a segunda partes do instrumento foram preenchidas por meio de entrevistas com os responsáveis pelas crianças. As técnicas para a avaliação pulmonar seguiram os procedimentos descritos na literatura.

Os dados foram coletados por um enfermeiro e quatro acadêmicos de Enfermagem, bolsistas de iniciação científica, previamente treinados, para familiarização com o instrumento e padronização do exame físico pulmonar. O treinamento teve duração de oito horas, nas quais foram revisados e discutidos, minuciosamente, os métodos propedêuticos para a avaliação pulmonar, bem como os indicadores clínicos do diagnóstico em estudo.

Após a coleta dos dados, adotou-se um protocolo de pesquisa, elaborado pelos autores com base na

literatura específica, contendo as definições conceituais e operacionais, bem como o espectro de manifestação dos indicadores em estudo, permitindo sua avaliação e classificação.⁽²⁾ Os indicadores foram classificados, segundo seu espectro em: grave, moderado e leve. Destaca-se que, devido à dificuldade de quantificar o grau de comprometimento com base na literatura, não foram desenvolvidos espectros para os indicadores: quantidade excessiva de muco, olhos arregalados e inquietação. Ressalta-se que, a avaliação de tosse possibilitou a análise e classificação dos indicadores tosse ineficaz e tosse ausente. Para tosse ineficaz foram desenvolvidos dois espectros, leve e moderado. O espectro grave de tosse representa a manifestação de tosse ausente.

A avaliação pulmonar também possibilitou a identificação de outros sinais respiratórios. Essas informações foram consideradas importantes, para a inferência diagnóstica, sendo alocadas na categoria indicadores clínicos não listados na taxonomia NANDA Internacional (NANDA-I).

Para a inferência diagnóstica, foram selecionados quatro enfermeiros mestres, com prática clínica e/ou docente, que participam de grupos de pesquisa e desenvolvem estudos com diagnósticos de enfermagem na área de saúde da criança. Estes enfermeiros foram devidamente treinados e submetidos a avaliações para identificação do desempenho no processo de inferência diagnóstica. A mensuração da qualidade das inferências foi determinada pelo coeficiente *Kappa*. Ao final do teste, todos atingiram o perfil de desempenho aceitável (*Kappa* mínimo de 0,85).

As informações sobre a presença ou ausência dos indicadores clínicos, espectro de manifestação e indicadores não listados na NANDA-I, das crianças avaliadas, foram encaminhadas eletronicamente aos enfermeiros diagnosticadores. Estes julgaram a presença ou ausência de desobstrução ineficaz de vias aéreas, com base na probabilidade subjetiva de identificação do diagnóstico, organizada em quatro níveis: definitivamente ausente, provavelmente ausente, provavelmente presente, definitivamente presente. A ocorrência do diagnóstico foi determinada mediante concordância absoluta entre os diagnosticadores. Nos casos em que houve discordância, os diagnosticadores foram reunidos para que chegassem a um consenso sobre a inferência.

A análise estatística dos dados foi realizada com auxílio do SPSS versão 21.0 *for Windows*® e do *software* R versão 2.12.1. Para a análise descritiva, foram consideradas as frequências absolutas, percentuais e medidas de tendência central e de dispersão. Aplicou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para verificação da normalidade das variáveis numéricas. Para análise da relação linear e correlação entre os indicadores clínicos e a probabilidade subjetiva de identificação do diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas, foram utilizados, respectivamente, o teste qui-quadrado para tendência linear e o coeficiente de correlação de *Spearman*.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

A maioria das crianças avaliadas era do sexo masculino (59,4%), com idade média de 23,13 meses ($\pm 17,63$). A asma foi a doença respiratória mais prevalente nos familiares até segundo grau (43,5%). A renda familiar média dos responsáveis pelas crianças foi de R\$ 1002,70 reais. Os diagnósticos médicos mais prevalentes foram pneumonia (67,7%) e bronquiolite (20,8%).

Na tabela 1, são descritos os dados referentes à prevalência do diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas, de seus indicadores clínicos e o espectro de manifestação desses indicadores.

A partir da inferência diagnóstica, 71,9% das crianças apresentaram definitivamente o diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas, ao passo que 7,3% não apresentaram definitivamente o diagnóstico de enfermagem.

Os indicadores mais prevalentes foram: tosse ineficaz, ruídos adventícios respiratórios, dispneia, quantidade excessiva de muco, ortopneia, mudança no ritmo respiratório e mudança na frequência respiratória. Destaca-se que, duas crianças não apresentaram tosse ou sinais sugestivos de secreção, e nove apresentaram tosse eficaz. Cianose e olhos arregalados não foram identificados nas crianças avaliadas.

Tabela 1. Prevalência do diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas, de seus indicadores clínicos e do espectro de manifestação

Variáveis	n(%)
Desobstrução ineficaz de vias aéreas	
Provavelmente ausente	9(4,7)
Definitivamente ausente	14(7,3)
Provavelmente presente	31(16,1)
Definitivamente presente	138(71,9)
Indicadores clínicos NANDA-I	
Dispneia	130(67,8)
Espectro leve	8(4,2)
Espectro moderado	108(56,3)
Espectro grave	14(7,3)
Mudança na frequência respiratória	90(46,9)
Espectro leve	24(12,5)
Espectro moderado	28(14,6)
Espectro grave	38(19,8)
Mudança no ritmo respiratório	91(47,4)
Espectro leve	22(11,5)
Espectro moderado	50(26,0)
Espectro grave	19(9,9)
Ortopneia	97(50,5)
Espectro leve	25(13,0)
Espectro moderado	70(36,5)
Espectro grave	2(1,0)
Ruídos adventícios respiratórios	159(82,8)
Espectro leve	11(5,7)
Espectro moderado	148(77,1)
Sons respiratórios diminuídos	16(8,3)
Espectro leve	6(3,1)
Espectro moderado	10(5,2)
Tosse ausente	2(1,0)
Tosse ineficaz	179(93,2)
Espectro leve	98(51,0)
Espectro moderado	81(42,2)
Vocalização dificultada	51(26,6)
Espectro leve	13(6,8)
Espectro moderado	38(19,8)
Inquietação*	24(12,5)
Quantidade excessiva de muco*	130(67,7)
Indicadores não listados na NANDA-I*	
Frêmito toracovocal alterado	25(13,0)
Sons respiratórios aumentados	19(9,9)
Percussão pulmonar alterada	10(5,2)
Ausculta da voz alterada	4(2,1)

n - número de indivíduos; % - percentual; * não foi avaliado espectro de manifestação

Segundo o espectro de manifestação, a maioria das crianças manifestou dispneia, mudança no ritmo respiratório, ortopneia, ruídos adventícios respiratórios, sons respiratórios diminuídos e vocalização dificultada em espectro moderado, ao passo que, 19,8% manifestou mudança na frequência respiratória em espectro grave. Para tosse ineficaz, 51,0% das crianças manifestaram este indicador em espectro leve, enquanto 1,0% manifestou tosse em espectro grave (tosse ausente).

Na tabela 2, são apresentados os resultados dos testes de relação linear entre os indicadores clínicos listados na NANDA-I, indicadores não

Tabela 2. Tendência linear entre os indicadores clínicos, indicadores não listados na NANDA-I e a probabilidade subjetiva de identificação do diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas

Variáveis	Desobstrução ineficaz de vias aéreas				
	DA	PA	PP	DP	p-value*
Indicadores clínicos NANDA-I					
Dispneia					<0,001
Presente	0	3	19	108	
Ausente	9	11	12	30	
Inquietação					0,020
Presente	0	0	2	22	
Ausente	9	14	29	116	
Mudança na frequência respiratória					0,561
Presente	3	5	18	64	
Ausente	6	9	13	74	
Mudança no ritmo respiratório					0,509
Presente	3	5	18	65	
Ausente	6	9	13	73	
Ortopneia					<0,001
Presente	0	2	12	83	
Ausente	9	12	19	55	
Quantidade excessiva de muco					<0,001
Presente	0	0	13	117	
Ausente	9	14	18	21	
Ruídos adventícios respiratórios					<0,001
Presente	0	0	23	136	
Ausente	9	14	8	2	
Sons respiratórios diminuídos					0,492
Presente	0	1	3	12	
Ausente	9	13	28	126	
Tosse ausente					0,340
Presente	0	1	0	1	
Ausente	9	13	31	137	
Tosse ineficaz					<0,001
Presente	0	12	30	137	
Ausente	9	2	1	1	
Vocalização dificultada					0,174
Presente	2	2	6	41	
Ausente	7	12	25	97	
Indicadores não listados na NANDA-I					
Sons respiratórios aumentados					0,306
Presente	0	3	6	10	
Ausente	9	11	25	128	
Frêmito toracovocal alterado					0,004
Presente	0	0	0	25	
Ausente	9	14	31	113	
Percussão pulmonar alterada					0,320
Presente	0	2	3	5	
Ausente	9	12	28	133	
Ausculta da voz alterada					0,627
Presente	0	0	1	3	
Ausente	9	14	30	135	

DA - Definitivamente ausente; PA - Provavelmente ausente; PP - Provavelmente presente; DP - Definitivamente presente; * Teste qui-quadrado para tendência linear

listados na taxonomia e a probabilidade subjetiva de identificação do diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas.

Os indicadores dispneia, inquietação, ortopneia, quantidade excessiva de muco, ruídos adventícios respiratórios e tosse ineficaz apresentaram relação linear significativa ($p < 0,005$) com a identificação de desobstrução ineficaz de vias aéreas. Deste modo, a presença destes indicadores clínicos, em crianças com infecção respiratória aguda, está associada à maior probabilidade de identificação do diagnóstico. Para os indicadores não listados na NANDA-I, apenas frêmito toracovocal alterado apresentou relação linear significativa com a identificação do diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas.

A tabela 3 apresenta a correlação entre o espectro de manifestação dos indicadores clínicos e a probabilidade subjetiva de identificação de desobstrução ineficaz de vias aéreas.

Tabela 3. Correlação entre o espectro de manifestação dos indicadores e a probabilidade subjetiva de identificação do diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas

Espectro dos indicadores clínicos	Coefficiente de Spearman	p-value
Dispneia	0,380	<0,001
Mudança na frequência respiratória	0,009	0,897
Mudança no ritmo respiratório	0,005	0,943
Ortopneia	0,343	<0,001
Ruídos adventícios respiratórios	0,787	<0,001
Sons respiratórios diminuídos	0,032	0,660
Tosse ineficaz	0,320	<0,001
Vocalização dificultada	0,116	0,110

O espectro de manifestação dos indicadores dispneia, ortopneia, ruídos adventícios respiratórios e tosse ineficaz apresentaram correlação estatisticamente significativa ($p < 0,005$), com a probabilidade subjetiva de identificação de desobstrução ineficaz de vias aéreas. Deste modo, a manifestação de espectros mais graves desses indicadores clínicos, em crianças com infecção respiratória aguda, está associada à maior probabilidade de identificação do diagnóstico.

Discussão

Os limites dos resultados deste estudo estão relacionados a utilização da entrevista para a coleta dos

dados, considerando a subjetividade das variáveis clínicas. Destacam-se como contribuições do estudo a importância da identificação correta do diagnóstico, no planejamento e execução dos cuidados de enfermagem.

Os achados do presente estudo para as variáveis sexo e idade, corroboram com pesquisas similares, desenvolvidas com crianças acometidas por doença respiratória, em que a maioria das crianças avaliadas era do sexo masculino e as médias de idade foram, respectivamente, de 20,35 e 24,42 meses.^(7,8) A preponderância do sexo masculino quanto à morbidade por infecções respiratórias pode ser justificado pelo menor calibre e maior tonicidade das vias aéreas entre os meninos.

As infecções respiratórias mais frequentes foram pneumonia e bronquiolite, concordando com pesquisas similares, em que a pneumonia foi o principal diagnóstico médico identificado nas crianças avaliadas.^(5,7) Segundo inferência diagnóstica, 71,9% das crianças apresentaram definitivamente o diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas. A elevada prevalência desse diagnóstico de enfermagem, também foi verificada em outros estudos.^(3,5,8,9) Estudo de coorte prospectiva aberta, realizado com crianças com infecção respiratória aguda, identificou que 91,9% dos participantes desenvolveram o diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas no primeiro dia de seguimento. Ademais, este diagnóstico apresentou alta taxa de incidência, indicando a rapidez com que as crianças desenvolveram casos novos desse diagnóstico. Apesar das similaridades apresentadas, ressalta-se que, na presente investigação, diferentemente das pesquisas supracitadas, foi utilizada a probabilidade subjetiva para a inferência do diagnóstico.

A prevalência dos indicadores tosse ineficaz, ruídos adventícios respiratórios, quantidade excessiva de muco, dispneia, ortopneia, mudança no ritmo respiratório e mudança na frequência respiratória apresenta concordância com estudos encontrados na literatura.^(3,8-10) Esse resultado pode ser atribuído ao quadro clínico das doenças respiratórias mais prevalentes nas crianças avaliadas.

Os indicadores dispneia, inquietação, ortopneia, quantidade excessiva de muco, ruídos adven-

tícios respiratórios e tosse ineficaz apresentaram relação linear significativa com a identificação de desobstrução ineficaz de vias aéreas.

Em consonância com os presentes achados, estudos similares detectaram associação entre dispneia e ortopneia, e o diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas. Assim, as chances de as crianças com infecção respiratória desenvolverem desobstrução ineficaz de vias aéreas, na presença desses indicadores clínicos, aumentam quando comparadas àquelas que não manifestaram tais indicadores.^(3,8) A presença de vias aéreas obstruídas gera hipoventilação pulmonar, níveis excessivos de dióxido de carbono e de íons hidrogênicos no sangue, desencadeando dispneia, aumento na profundidade e na frequência respiratória. Assim, é imprescindível a busca por uma posição corporal que facilite a expansibilidade pulmonar. Em decúbito dorsal horizontal, a musculatura respiratória realiza maior esforço para expandir o tórax, impossibilitando a permanência desta posição por indivíduos com dificuldade respiratória, preferindo o decúbito dorsal elevado.

Resultados de outras pesquisas também detectaram associação entre ruídos adventícios respiratórios e desobstrução ineficaz de vias aéreas, de modo que a presença deste indicador clínico está associada a uma maior chance de crianças com infecção respiratória desenvolverem desobstrução ineficaz de vias aéreas, em relação àquelas crianças que não manifestaram tal indicador.^(3,5,8,10) O edema e a produção de exsudato na mucosa respiratória contribuem para obstrução das vias aéreas, desencadeando desconforto respiratório e respiração ruidosa. A passagem do ar nas vias aéreas ocluídas e a colisão do ar com as secreções traqueobrônquicas geram ruídos adventícios respiratórios como sibilos e estertores crepitantes.

Em condições patológicas, como nas doenças respiratórias, ocorre aumento na produção do muco com a finalidade de proteger o epitélio respiratório. Além disso, tais condições clínicas cursam com alterações desfavoráveis na composição físico-bioquímica das secreções respiratórias, dificultando sua eliminação pela atividade mucociliar e tosse, ocasionando acúmulo e retenção

de secreções nas vias aéreas. Esses aspectos fisiopatológicos determinam a redução da velocidade do fluxo aéreo e da pressão intratorácica necessária à remoção do muco, desencadeando diminuição da eficácia da tosse na mobilização e eliminação de secreções respiratórias.⁽¹¹⁾ Destaca-se ainda, a inabilidade da maioria das crianças no mecanismo de expectoração, corroborando para a manifestação dos indicadores quantidade excessiva de muco e tosse ineficaz. Corroborando com os presentes achados, resultados de outras pesquisas detectaram que tosse ineficaz esteve fortemente associado à desobstrução ineficaz de vias aéreas.^(5,10) Diante deste indicador, a probabilidade de ocorrência do diagnóstico foi de 96,4%.⁽⁵⁾

O quadro de obstrução de vias aéreas gera grande sofrimento ao seu portador, especialmente em crianças. Os movimentos respiratórios difíceis tornam a respiração um esforço consciente, o que é manifestado, em alguns pacientes, por agitação, irritabilidade e cooperação diminuída. Isto pode justificar a associação entre inquietação e o diagnóstico desobstrução ineficaz de vias aéreas.

Frêmito toracovocal alterado apresentou relação linear significativa com a identificação de desobstrução ineficaz de vias aéreas. Na consolidação do parênquima pulmonar, devido à presença de muita secreção brônquica, o frêmito está mais rude ou grosseiro à palpação. Nas condições de obstrução brônquica, derrame pleural ou pneumotórax, o som vocal não é transmitido à parede torácica, resultando em frêmito diminuído ou abolido.

Conclusão

O diagnóstico de enfermagem apresentou alta prevalência e associação entre os indicadores e a probabilidade de identificação do diagnóstico de enfermagem foi estabelecida.

Colaborações

Andrade LZC e Silva VM participaram da concepção do projeto, desenvolvimento da pesquisa, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica relevante do conteúdo intelec-

tual e aprovação final da versão a ser publicada. Lopes MVO colaborou com a concepção do projeto, desenvolvimento da pesquisa, análise e interpretação dos dados, realização do tratamento estatístico, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Chaves DBR e Távora RCO contribuíram com a concepção do projeto, desenvolvimento da pesquisa, redação, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Silva MD, Paiva MB, Silva LR, Nascimento MA. [Acute respiratory disease in the child: an integrative review]. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(2):260-6. Portuguese.
2. Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's Essentials of pediatric nursing*. 9th ed. St. Louis: Elsevier; 2012.
3. Silveira UA, Lima LH, Lopes MV. [Defined characteristics of the nursing diagnoses ineffective airway clearance and ineffective breathing pattern in asthmatic children]. *Rev Rene*. 2008;9(4):125-33. Portuguese.
4. Lunney M. Use of critical thinking in the diagnostic process. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2010;21(2):82-8.
5. Chaves DBR. Árvores de decisão para inferência de desobstrução ineficaz de vias aéreas e padrão respiratório ineficaz de crianças com infecção respiratória aguda [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem; 2011. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/3992/1/2011_dis_dbrchaves.pdf.
6. Herdman TH. *Nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014 edition*. Indianapolis: Wiley-Blackwell; 2011.
7. Pascoal LM, Beltrão BA, Chaves DB, Lopes MV, Silva VM, Sousa VE, Montoril MH, Coelho AD, Martins LC. Estudio longitudinal de los diagnósticos de enfermería respiratorios en niños con infección respiratoria aguda. *Enferm Clin*. 2012;22(5):255-60.
8. Mendes LC, Cavalcante JC, Lopes MV, Lima LH. [Ineffective airway clearance in children with asthma: a descriptive study]. *Texto & Contexto Enferm*. 2012;21(2):371-8. Portuguese.
9. Chagas KL, Lima LH, Oliveira EA, Luz GO. [Nursing diagnosis in children with signs and symptoms of asthma: a description study]. *Rev Rene*. 2011;12(2):302-8. Portuguese.
10. Lima LH, Lopes MV, Falcão RT, Freitas RM, Oliveira TF, Costa MC. Intervention for ineffective airway clearance in asthmatic children: a controlled and randomized clinical trial. *Int J Nurs Pract*. 2013;19(1):88-94.
11. Palheta Neto FX, Ramos CF, Silva AM, Santos KA, Azevedo AC, Palheta AC. [Chronic tussis in otorhinolaryngological routine]. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2011;15(2):231-40. Portuguese.

Aprendizagem do agente comunitário de saúde para identificar e cadastrar pessoas com deficiência

Learning of community health agent to identify and register disabled people

Evanira Rodrigues Maia¹

Lorita Marlena Freitas Pagliuca²

Paulo César de Almeida³

Descritores

Agentes comunitários de saúde/ educação; Capacitação profissional; Competência profissional; Pessoas com deficiência; Avaliação em enfermagem; Educação técnica em enfermagem; Enfermagem de atenção primária

Keywords

Community health workers/education; Professional training; Professional competence; Disabled persons; Nursing assessment; Education, nursing, associate; Primary care nursing

Submetido

6 de Fevereiro de 2014

Aceito

10 de Junho de 2014

Autor correspondente

Evanira Rodrigues Maia
Rua Coronel Antônio Luís, 1161, Crato,
CE, Brasil. CEP: 63100-000
evanira@bol.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400055>

Resumo

Objetivo: Avaliar a aprendizagem do agente comunitário de saúde, na forma de conhecimentos e habilidades para conceituar, identificar e cadastrar pessoas com deficiência auditiva, visual, física e múltipla.

Métodos: Estudo transversal que incluiu 173 agentes comunitários de saúde, que foram capacitados para identificar e cadastrar pessoas com deficiência. Os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados para cálculo da significância estatística.

Resultados: Os agentes comunitários de saúde identificaram 1.512 pessoas com deficiência. Os instrumentos dos deficientes auditivos foram corretamente preenchidos em 83,5% e o índice de erros no dos deficientes visuais foi de 15,3%, com ($p < 0,0001$). Os conceitos de pessoa com deficiência, baixa visão, deficiência auditiva e física foram compreendidos ($p < 0,0001$).

Conclusão: Foi satisfatória a avaliação dos conhecimentos e das habilidades dos agentes comunitários de saúde para conceituar, identificar e cadastrar pessoas com deficiência, evidenciando a necessidade de capacitação complementar nos conceitos abstratos.

Abstract

Objective: To assess the learning of community health agents, in the form of knowledge and skills, to conceptualize, identify and register people with hearing, visual, physical and multiple impairments.

Methods: Cross-sectional study involving 173 community health agents, who were trained to identify and register disabled people. The data were organized in an electronic worksheet and analyzed to calculate the statistical significance.

Results: The community health agents identified 1,512 disabled people. The instruments of the hearing impaired were correctly completed in 83.5% and the error rate for the visually impaired was 15.3%, with ($p < 0.0001$). The concepts of disabled person, low vision, hearing and physical impairment were understood ($p < 0.0001$).

Conclusion: The assessment of the community health agents' knowledge and skills to conceptualize, identify and register disabled people was satisfactory, showing the need for complementary training on abstract concepts.

¹Universidade Regional do Cariri, Crato, CE, Brasil.

²Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

³Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Indicadores sociodemográficos e da saúde da pessoa com deficiência no Brasil são raros e carecem de fidedignidade para demonstrarem as condições de vida e saúde dessa parcela significativa da população. Segundo o Censo 2010, aproximadamente 24% da população vive com algum tipo de deficiência sensorial, física ou intelectual, de forma parcial ou total.⁽¹⁾ Essa porcentagem pode estar subestimada, pois as organizações civis de defesa da pessoa com deficiência questionam os métodos censitários utilizados para estimar o número daqueles que vivem com deficiência.

Identificar e cadastrar os que têm deficiência é premente, do ponto de vista da formulação, implantação e materialização das políticas públicas de saúde.⁽²⁾ Ao mesmo tempo, conhecimentos, habilidades e atitudes devem ser desenvolvidas para prover competências aos profissionais de saúde de diferentes níveis assistenciais, para abordar os que vivem com deficiência de modo oportuno.

A Estratégia Saúde da Família constitui o nível de atenção proximal dos indivíduos e das famílias. Formar recursos humanos da Atenção Primária à Saúde para esse intento é urgente. Destaca-se o agente comunitário de saúde como mediador entre a equipe e a comunidade, justificando-se a formação de competência e habilidades para atuar junto da pessoa com deficiência. Assim, objetivou-se avaliar a aprendizagem do agente comunitário de saúde, na forma de conhecimentos e habilidades para conceituar, identificar e cadastrar pessoas com deficiência auditiva, visual, física e múltipla.

Métodos

Estudo transversal realizado no ano de 2010, na cidade do Crato, no Ceará, Estado da Região Nordeste do Brasil, cujos sujeitos eram agentes comunitários de saúde que participaram de curso por adesão após sensibilização. A capacitação de 40 horas abordou conceitos relativos a deficiência, necessidades especiais, desvantagem, deficiência física, deficiência auditiva, pessoa cega, baixa visão, deficiência visual

e deficiência múltipla. Simultaneamente, foram instrumentalizados para identificar e cadastrar pessoas com deficiência residentes no município, em zona urbana e rural. O conteúdo considerou o referencial curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde, de acordo com a legislação vigente em órgãos nacionais e internacionais de saúde.

Finalizada a capacitação, avaliaram-se os conhecimentos adquiridos no processo educativo, mediante aplicação presencial de questionário com nove questões objetivas de múltipla escolha, com cinco itens de respostas. Os quesitos não respondidos ou em branco foram considerados errados.

Em seguida, os agentes comunitários de saúde foram a campo para identificar e cadastrar pessoa com deficiência, preenchendo instrumentos de coleta de dados, para deficiência auditiva, visual, física e múltipla. Quando a pessoa tinha mais de uma deficiência, utilizava-se um formulário para cada. Constavam nome, endereço, características socioeconômicas (gênero, idade, escolaridade, cor, renda pessoal e familiar, e tempo de convivência com a deficiência) e características do agravo (tipo de deficiência, se esta era parcial ou total e sua lateralidade, sua causa, e sobre o uso de órteses ou próteses).

O preenchimento do instrumento foi classificado em escala com cinco níveis, que considerou ruim quando apresentava rasuras ou campos incompletos nos dados demográficos e socioeconômicos, caracterização do agravo, uso de órtese ou prótese, e tempo da deficiência; regular, os com falhas de preenchimento na identificação, endereço, dados socioeconômicos, caracterização do agravo e tempo da deficiência; bom para aqueles preenchidos inadequadamente nos itens uso de órtese ou prótese e tempo da deficiência; ótimo para aqueles com correto preenchimento na identificação, endereço, dados socioeconômicos, caracterização do agravo, prótese e tempo da deficiência; e excelentes para os instrumentos sem rasuras e com todos campos preenchidos corretamente.

Os dados foram organizados em planilha Excel® e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences* para análise descritiva dos dados, para os quais se calculou a significância estatística de $p < 0,001$, aplicou-se teste de proporções, e des-

creveram-se dados sociodemográficos e profissionais relativos aos agentes de saúde.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Participaram do curso para desenvolver competências para assistir a pessoa com deficiência 173 (93%) agentes comunitários de saúde em atividade no município em janeiro de 2010.

Na tabela 1 estão dispostas as características dos agentes comunitários de saúde que atuavam no período de estudo.

Tabela 1. Perfil do agente comunitário de saúde

Características	n(%)
Gênero	
Feminino	161(93,0)
Masculino	12(7,0)
Idade (anos)	
21,9-30,5	28(16,1)
30,6-39,2	39(22,6)
39,3-48,0	51(29,5)
48,1-56,8	35(20,2)
56,9-65,3	20(11,6)
Grau de instrução	
Ensino Fundamental	12(6,9)
Ensino Médio	136(78,6)
Graduado e Pós-Graduação	25(14,5)
Cursos	
Técnico de Agente Comunitário de Saúde	114(65,9)
Outros cursos	106(61,3)
Atua como agente comunitário de saúde (anos)	
Até 2	70(40,5)
3-10	22(12,7)
11-15	44(25,4)
16-20	37(21,4)

A tabela 2 apresenta conceitos relativos a pessoa com deficiência apreendidos pelos agentes comunitários de saúde no processo de capacitação. Nessa atividade compareceram 154 sujeitos, que responderam à avaliação pós-curso. Observou-se significância estatística, que demonstrou aquisição dos conceitos de deficiência física, auditiva, visual e deficiência múltipla. Os agentes, contudo, demonstram dificuldade em assimilar conceitos de deficiência, necessidades especiais, desvantagem, pessoa cega e baixa visão.

Tabela 2. Avaliação da aprendizagem dos conceitos relativos à deficiência apreendidos pelos agentes comunitários de saúde pós-curso

Conceito	Certo n(%)	Errado n(%)	Teste Z para proporções
Deficiência	98(63,6)	56(36,4)	0,016
Necessidades especiais	79(51,3)	75(48,7)	0,731
Desvantagem	76(49,3)	78(50,6)	0,954
Deficiência física	119(77,3)	35(22,7)	<0,0001
Deficiência auditiva	132(85,7)	22(14,3)	<0,0001
Pessoa cega	102(66,2)	52(33,8)	0,002
Pessoa com baixa visão	146(94,8)	8(5,2)	0,0001
Pessoa com deficiência visual	148(96,1)	6(3,9)	<0,0001
Deficiência múltipla	143(92,9)	11(7,1)	<0,0001

n=154

Foram identificadas 1.512 pessoas com deficiência, sendo estas deficiências física (595), visual (506), auditiva (235) e múltipla (176). Os 173 agentes comunitários de saúde que participaram da capacitação coletaram os dados desses sujeitos.

Na tabela 3, observam-se o melhor preenchimento dos instrumentos (ótimo e excelente) dos deficientes auditivos (83,5%) e o pior preenchimento (ruim ou regular) dos deficientes visuais, com 15,3% ($\chi^2 = 188,0$; $p < 0,0001$).

Tabela 3. Avaliação do preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, segundo escala *Likert*, por tipo de deficiência

Deficiência	Ruim n(%)	Regular n(%)	Bom n(%)	Ótimo n(%)	Excelente n(%)	p-value ¹
Visual	22 (4,3)	55 (10,9)	133 (26,3)	136 (26,9)	160 (31,6)	<0,0001
Auditiva	8 (3,4)	30 (12,8)	1 (0,4)	135 (57,4)	61 (26,0)	<0,0001
Física	-	15 (2,5)	172 (28,9)	285 (47,9)	123 (20,7)	<0,0001
Múltipla	7 (4,0)	15 (8,5)	29 (16,5)	79 (44,9)	46 (26,1)	<0,0001

$\chi^2=188,0$; $p < 0,0001$, (escala *versus* tipo de deficiência); p¹ teste de proporções

Discussão

Foi aceito como limite deste estudo o fato de os dados terem sido coletados em um município localizado. Os resultados foram interpretados à luz do referencial teórico de classificação brasileira para os conceitos de deficiência trabalhados, no que diz respeito à interpretação do preenchimento dos instrumentos de identificação e cadastro da pessoa com deficiência.

O estudo em tela demonstrou que o agente comunitário de saúde está sensível à problemática da deficiência, e que projetos pedagógicos conduzidos por enfermeiros e direcionados a esse público promovem a capacitação profissional para a aquisição das competências necessárias ao cuidado em saúde. Dessa forma, a enfermagem estará habilitada a prestar cuidado de qualidade a pessoas com deficiência.

O perfil apresentado pelos agentes comunitários de saúde neste estudo é semelhante àqueles atuantes em outros Estados,⁽³⁻⁵⁾ centralizado no gênero feminino, idade entre 20 e 49 anos, maioria com Ensino Médio Completo e/ou educação superior. Houve mudanças sutis no perfil identificado no ano de 2008 para os agentes comunitários de saúde que trabalhavam no município em estudo.⁽⁶⁾

A experiência profissional, antes entre 6 a 10 anos (30%), passou para menos de 2 anos, devido a concurso público realizado em 2008. Ademais, não houve continuidade das etapas formativas do curso técnico de Agente Comunitário de Saúde desde 2007, iniciado por 62% dos agentes comunitário de saúde de Crato, os quais ainda não galgaram o grau de profissional técnico.⁽⁶⁾ Essa situação pode contribuir para a baixa aquisição das competências necessárias para atuar junto à população, sobremaneira aos que vivem com deficiência.

Os agentes comunitários de saúde e demais componentes das equipes da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, serviços assistenciais que compõem o nível primário de saúde do Brasil, são destinatários de ações de educação permanente e possíveis técnicos na área da saúde. Dessa forma, eles devem, mediante formulação prévia, participar de processos educacionais que congreguem os descritores promoção da saúde, ação clínica, atividades educacionais, fundamentação epidemiológica e formação político-organizacional, para minimizar percalços no processo de trabalho em saúde.⁽⁷⁾

Facilidades e fragilidades concernentes à aquisição de competências encontradas por alguns agentes comunitários de saúde neste estudo podem estar relacionadas a aspectos como o modelo de seleção profissional, a ausência ou inadequação de programas de capacitação pautados em competência, e a

falta de discussão no nível local de formas de assistência individual e coletiva, com foco na promoção da saúde da pessoa com deficiência. Além disso, as competências gerais do agente comunitário de saúde não contemplam esse tema, conforme se verifica na legislação regulamentadora da profissão e da política nacional de atenção primária brasileira.

Nos documentos oficiais que regem a profissão não são citadas ações pertinentes aos que com deficiência. Indica-se apenas uma atuação geral para a população coberta. Por outro lado, a assistência a essa população está incluída no referencial curricular da profissão, no qual se propõe intensificar a atenção, especialmente àqueles com deficiência ou em situação de risco.

Análise em documentos do Ministério da Saúde identificou o conceito de competências organizado em eixos integradores e estruturantes da prática profissional, numa perspectiva crítico-emancipatória, isto posto, em relação ao processo de trabalho dos profissionais de saúde que, em cenários como o da Estratégia Saúde da Família, devem ser capazes de obter desempenho esperado, em tempo real, utilizando atributos de desempenho relativos ao contexto da prática profissional respeitando dimensões socioculturais, político-econômicas e histórico-geográficas.^(8,9) Nesse locus, os trabalhadores devem estar aptos a desenvolver atividades junto à pessoa com deficiência, suas famílias e comunidade.

Assim, os conceitos necessários à prática profissional avaliados neste estudo foram, em sua maioria, fortemente compreendidos pelos agentes comunitários de saúde, uma vez que eles, ao final do curso, foram capazes de identificar e cadastrar as pessoas com deficiência em suas áreas adstritas. Isso porque a avaliação do domínio dos conceitos teóricos mostrou-se estatisticamente significativa, para os conceitos relativos às deficiências, já discutidos e identificados no censo nacional. Aqueles mais abstratos demonstraram menor apreensão ou dificuldade de compreensão pelos agentes comunitários de saúde. Urge o desenvolvimento de competências dos profissionais para atuar na atenção primária, com base no conceito de promoção da saúde, no tocante às ações de assistência às pessoas com deficiência visual, auditiva, física e

múltipla, em suas áreas de abrangência, nos processos empreendidos para tal fim.

Promoção da saúde implica desenvolvimento e mobilização dos atores sociais nos processos de mudança. Ao mesmo tempo, o perfil de competências do agente comunitário de saúde está envolto por ideais da promoção da saúde nas dimensões expressas nos conhecimentos (saber-conhecer), nas habilidades (saber-fazer) e nas atitudes/valores (saber-ser), na expectativa de que o agente comunitário de saúde possa mobilizar essas competências nos cenários da comunidade, do domicílio e dos espaços sociais, para promover saúde e prevenir doenças individual e coletivamente.⁽¹⁰⁾

A dimensão atitude/valores incorpora aspectos de intercâmbio coletivos e individuais, de respeito à cultura, aos valores e às práticas tradicionais de saúde. Nesse campo, buscam-se desenvolver as capacidades de liderança e proatividade do agente comunitário de saúde em situações conflituosas, na perspectiva de detectar mecanismos de solução e/ou condução de problemas, com a tomada de decisão acertada e oportuna, fruto do trabalho em equipe, com vistas à integralidade e ao bem-estar dos indivíduos, das famílias e da comunidade sob sua responsabilidade.^(3,6,10)

O trabalho do agente de saúde requer o uso de instrumentos e ferramentas, como a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias. Como evidenciado, em nenhum momento são instituídas ações específicas relativas à pessoa com deficiência, embora não sejam excluídas tais atividades. A especificidade consta das ações descritas no referencial curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde.⁽⁶⁾

A pessoa com deficiência aparece no trabalho do agente comunitário de saúde na atividade de cadastro das famílias, na qual não se especifica o tipo nem as características relativas à deficiência. Entretanto, esse documento não especifica o tipo e nem as características relativas à deficiência. Assim, justifica-se a necessidade de aprendizagem para conceituar a pessoa com deficiência, quando se avaliou a dificuldade de absorver conceitos mais profundos e abstratos, como deficiência, necessidades especiais,

desvantagem e baixa visão, em um curso com 40 horas de duração.

Raramente há menção às experiências de formação dos agentes comunitários de saúde. Nessa perspectiva, esses processos devem considerá-lo um profissional estratégico à promoção da saúde e uma possibilidade concreta de rupturas com o formato tradicional de perceber e praticar a atenção à saúde, envolvendo as pessoas, seus conhecimentos e entornos.⁽¹¹⁾

O papel do agente de saúde é fundamental para a concretização da Estratégia Saúde da Família e a aplicabilidade do conceito ampliado de saúde. Assim, a ênfase está nas atividades, na análise do processo de trabalho, ou na avaliação dos resultados das atividades, e de seu papel nuclear e articulador entre famílias, equipe e comunidade.^(12,13) Essa temática é, pois, campo fértil para a produção científica. Ao se discutir a construção de identidade dos agentes comunitário de saúde no processo de trabalho percebem-se contradições quanto aos conhecimentos propostos e às necessidades de saberes por eles almejados, bem como quanto às facilidades e dificuldades enfrentadas no processo de trabalho.⁽¹⁴⁾

Descrever o processo de formação do agente comunitário de saúde para assistir pessoa com deficiência exige discutir o papel do Estado no tocante à educação permanente, inclusive quanto a promover a capacitação com alto padrão de avaliação de competências, para evitar o caminho tortuoso percorrido pelos cursos de graduação, que se fundamentam, muitas vezes, apenas numa conclusão do curso como exigência para ingressar no mercado de trabalho.⁽¹³⁾

Conhecimentos acerca da fisiopatologia das deficiências fornecem entendimento para o agente comunitário de saúde e para a comunidade, acerca do procedimento de cuidado das pessoas com deficiência, podendo influenciar na Qualidade de Vida por meio de uma assistência adequada a cada problema. Desse modo, a função de mediador, atribuída ao agente comunitário de saúde, aconteceria no exercício de uma prática pedagógica de educação para os problemas reais da comunidade correspondentes à deficiência e à necessidade de aprendizagem dos cuidadores, conforme mostram as tabelas 2 e 3 e

o estudo de Duarte et al.⁽¹⁵⁾ Além da concepção de deficiência como processo social e de saúde/doença, o agente comunitário de saúde deve ser competente para identificar, comunicar-se e abordar apropriadamente a pessoa com deficiência e sua família.

Em virtude das limitações decorrentes da deficiência, a família desempenha papel preponderante no repasse de informações pertinentes e complementares às dadas ao agente comunitário de saúde pela pessoa com deficiência, quando isso é possível. Nesse contexto, prezam-se pela abordagem e pela orientação adequada dessas famílias no cuidado da pessoa com deficiência, colaborando com a coleta de dados úteis para o agente comunitário de saúde realizar o cadastramento de forma completa e coerente. Neste âmbito, a apreciação das fichas cadastrais propiciará, ao agente comunitário de saúde e à equipe, reconhecer o perfil de saúde dos usuários e efetuar ações que permitam o conhecimento, pela comunidade, das informações obtidas nos levantamentos socioepidemiológicos construídos.⁽⁶⁾

Ademais, a avaliação da qualidade da atenção básica realizada pelo Ministério da Saúde brasileiro prevê que o processo de trabalho da equipe e do agente de saúde esteja voltado para a identificação, o cadastramento e a assistência a pessoa com deficiência, conforme instrumentos de avaliação aplicados pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Evidenciou-se, após esse curso de capacitação, que a avaliação dos conhecimentos e das habilidades do agente comunitário de saúde para conceituar, identificar e cadastrar pessoas com deficiência mostrou-se profícua. Recomenda-se ampliar o tempo de capacitação e aprofundar conceitos abstratos, como deficiência, desvantagem, necessidades especiais, pessoa cega e baixa visão.

De tal modo, o perfil do agente comunitário de saúde desenhado no discurso oficial para a profissão o caracteriza como um profissional multifacetado, mas suas qualificações evidenciam limitações sociais, econômicas e, sobretudo, educacionais. Processos educativos participativos, inseridos na realidade local, podem desenvolver competências extremamente complexas exigidas para assistir a pessoa com deficiência.

Formar competências requer prover os agentes comunitários de saúde com conteúdos e técnicas por meio de práticas significativas concernentes às realidades vividas pelas pessoas com deficiência de suas áreas de abrangência.

Conclusão

A avaliação dos conhecimentos e das habilidades do agente comunitário de saúde para conceituar, identificar e cadastrar pessoas com deficiência mostrou-se profícua, apesar da debilidade do tempo e da necessidade de aprofundar conceitos abstratos, como deficiência, desvantagem, necessidades especiais, pessoa cega e baixa visão.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia – CNPq; bolsa de doutorado, projeto: 562762/2008-6.

Colaborações

Maia ER e Pagliuca LMF contribuíram para a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Almeida PC colaborou com a análise, interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Dados preliminares. Município do Crato. Brasília (DF); IBGE; 2010. <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>.
2. Brasil AC. Promotion of health and human functionality [editorial]. Rev Bras Promoç Saúde. 2013;26(1):1-4.
3. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SA, Arcieri RM, Carvalho ML. [Community Health Agent: status adapted with Family Health Program reality?] Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(Supl. 1):1023-8. Portuguese.
4. Moura MS, Carvalho CJ, Amorim JT, Marques MF, Moura LF, Mendes RF. [Profile and procedures of the community health agents regarding oral health in the countryside of Piauí State, Brazil]. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(Supl.1):1487-95. Portuguese.
5. Mota RR, David HM. [The increasing schooling of the community health agent: an induction of the work process?] Trab Educ Saúde. 2010;8(2):229-48. Portuguese.
6. Maia ER, Pagliuca LM, Almeida SB, Oliveira WR. [Competencies for community health agents dealing with the Disabled: a documentary analysis]. Rev Enferm UERJ. 2009;17(4):485-90.

7. Saupe R, Cutolo LR, Sandri JV. [Building descriptors for the permanent basic care education process]. *Trab Educ Saúde*. 2007;5(3):433-52. Portuguese.
8. Marques CM, Egry EY. [The competencies of health professionals and the ministerial policies]. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):187-93. Portuguese.
9. Santos WS. [The Competency-Based Medical Curriculum]. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(1):86-92. Portuguese.
10. Maia ER, Almeida SB, Oliveira WR, Pagliuca LM. [Care delivery to disabled people: competencies of community health agents]. *Rev Enferm UFPE*. 2009; 3(4):937-44.
11. Peres CR, Caldas Junior AL, Silva RF, Marin MJ. [The community health agent and working as a team: the easy and difficult aspects]. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):905-11. Portuguese.
12. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LL, Araújo FM, Rodrigues CA. [Community health worker: a core element of health actionsente]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(7):2147-56.
13. Pereira IC, Oliveira MA. [The work of community health agents in health promotion: an integrative literature review]. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(3):412-9. Portuguese.
14. Sakata KN, Mishima SM. [Cooperative interventions and the Interaction of Community Health agents within the family health team]. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):665-72. Portuguese.
15. Duarte LR, Silva DS, Cardoso SH. [Building an educational program together health community agents]. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2007;11(23):439-47. Portuguese.

Associação entre a carga de trabalho agrícola e as dores relacionadas

Association between pain and agricultural workload

Laurelize Pereira Rocha¹

Marta Regina Cezar-Vaz¹

Marlise Capa Verde de Almeida¹

Diéssica Roggia Piexak¹

Clarice Alves Bonow²

Descritores

Enfermagem do trabalho; Carga de trabalho; Dor; Enfermagem em saúde pública; Agricultura/recursos humanos; Trabalhadores; Doenças dos trabalhadores agrícolas

Keywords

Occupational health nursing; Workload; Pain; Public health nursing; Agriculture/manpower; Workers; Agricultural workers' diseases

Submetido

10 de Fevereiro de 2014

Aceito

10 de Junho de 2014

Resumo

Objetivo: Analisar a associação entre a carga de trabalho agrícola e as dores atribuídas pelos agricultores.

Métodos: Estudo transversal que incluiu 259 agricultores de dois cenários rurais. Utilizou-se instrumento de pesquisa validado para a avaliação da carga de trabalho.

Resultados: As associações com maior magnitude ficaram entre a comercialização dos produtos e a dor nos pés e o preparo do solo associado às lombalgias. Os agricultores que apresentaram dores evidenciaram maior carga de trabalho, assim como a carga de trabalho foi significativa para os agricultores que apresentaram estresse, ansiedade e transtorno do ciclo vigília-sono.

Conclusão: As cargas de trabalho oriundas do processo de trabalho agrícola exercem influências na saúde e podem levar ao desgaste físico e emocional do agricultor, ocasionando dores e possíveis distúrbios e doenças relacionadas ao trabalho.

Abstract

Objective: To analyze the association between workload of farm work and pains attributed by farm workers.

Methods: This cross-sectional study included 259 farm workers from two rural scenarios. A validated research instrument was used to assess the workload.

Results: Two pairs, sale of products and sore feet and also tillage and low back pain, showed the highest values for association. Farm workers who had pain had high workload. In addition, workload was significant for farm workers who exhibited stress, anxiety, and disorder in the sleep-wake cycle.

Conclusion: Workload arising from the process of farm work influence farm workers health and may lead them to show emotional and physical wear, causing pain and possible work-related disorders and diseases.

Autor correspondente

Laurelize Pereira Rocha
Rua General Osório, s/nº, Rio Grande,
RS, Brasil. CEP: 96200-190
laurelize@gmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400056>

¹Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

²Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, RS, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A agricultura abrange a produção de produtos alimentícios, desde o plantio, a colheita até a comercialização, o uso e a manutenção de máquinas, ferramentas e instalações agrícolas, dentre outros.⁽¹⁾ O agricultor desenvolve seu trabalho mediante condições específicas do processo de trabalho agrícola, as quais são produtoras de carga de trabalho: diferentes condições climáticas; rotina intensificada de trabalho em determinados períodos do ano, de acordo com a necessidade de execução das atividades agrícolas; variedade de tarefas que o mesmo trabalhador precisa executar (capina, trato das culturas, colheita, carregamento dos produtos e etc).

As atividades desenvolvidas expõem o trabalhador ao contato com animais peçonhentos e plantas, que podem ocasionar picadas, mordidas, intoxicações, alergias, infecções, entre outras. Em sua maioria, são árduas e demandam exigências energéticas da capacidade humana, como força muscular, permanência em condições ambientais e de trabalho desgastantes, a permanência em posições corporais incômodas por longos períodos de tempo, ritmo intenso de produtividade, movimentos repetitivos, utilização de instrumentos de trabalho que o expõem a cargas de trabalho contínuas, possíveis geradoras de lesões, doenças e acidentes de trabalho.⁽¹⁾

Considera-se a carga de trabalho como resultado da inter-relação entre os elementos do processo de trabalho e os reflexos no corpo do trabalhador, que podem traduzir-se em dores, lesões e adoecimentos como um nexos causal biopsíquico. Nesse sentido, há necessidade de analisar o processo de trabalho específico, compreendendo suas particularidades, para poder investigar a carga de trabalho e o seu desfecho.⁽²⁾

Muitas evidências relacionadas a outros problemas de saúde oriundos do processo de trabalho desenvolvido pelo agricultor têm sido identificadas. A preocupação dos agricultores com relação à saúde para o trabalho em dias de clima quente, lesões musculares, lesões oculares e as quedas em ambientes de trabalho, desencadeadoras de luxações e fraturas foi foco de estudo.⁽³⁾

O *National Center for Farmworker Health* destaca o trabalho físico árduo e o trabalho com máquinas pesadas oriundos do trabalho agrícola como promotor de lesões musculoesqueléticas.⁽⁴⁾ As lesões podem, inicialmente, surgir com dores e evoluir para problemas maiores, como a Lesão por Esforço Repetitivo e o Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho – LER/DORT, dois dos maiores problemas de saúde na agricultura nos países europeus.⁽⁵⁾

Dessa forma, visualiza-se a necessidade dos enfermeiros contribuírem na produção do conhecimento em saúde do trabalhador e atuar no cuidado deste, em seus processos produtivos, na perspectiva de prevenção, vigilância e promoção da saúde. Assim, investigar a relação do processo saúde-trabalho-ambiente no âmbito da carga de trabalho é uma importante contribuição ao conhecimento na área de enfermagem do trabalho.

Considerando que a atenção prestada pelo enfermeiro à saúde do agricultor requer o conhecimento sobre a natureza do processo de trabalho, dos aspectos socioambientais e das implicações à saúde, justifica-se este estudo. Para tanto, apresenta-se como objetivo analisar a associação entre a carga de trabalho agrícola e a dor atribuída pelos agricultores.

Métodos

Estudo transversal realizado em dois ambientes rurais do estado do Rio Grande do Sul no Brasil: Ilha dos Marinheiros e zona rural de Uruguaiana, com a participação de 259 agricultores, 129 da Ilha dos Marinheiros e 130 da zona rural de Uruguaiana. Os critérios de seleção foram: agricultores residentes nas regiões mencionadas; idade mínima de dezoito anos completos; atuação na agricultura de hortifrutigranjeiros. Excluíram-se os que não realizavam atividades na agricultura no período de coleta de dados.

Diante da ausência do número de agricultores em fontes oficiais, os sujeitos foram selecionados intencionalmente por meio de uma amostragem não probabilística por conveniência. Realizou-se o cál-

culo amostral por meio da ferramenta *StatCalc* do programa *EpiInfo* versão 3.5.2., à qual foi inserido o número total de habitantes das regiões rurais com nível de confiança de 95%. Assim, obteve-se um cálculo amostral de 369 sujeitos: 179 na Ilha dos Marinheiros e 190 em Uruguaiana.

Em consonância à inexatidão do número de agricultores, buscaram-se estratégias para alcançar o maior número de sujeitos possíveis. A primeira iniciativa foi entrar em contato com os órgãos oficiais do estado e município, vinculados à assistência aos agricultores, como Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural e Secretaria Municipal da Agricultura. Somando-se às estratégias de rastreamento dos sujeitos, realizaram-se buscas, casa a casa, localizando agricultores e residências, mediante indicação dos próprios entrevistados. Considerando as regiões rurais de difícil acesso, obteve-se o total de 26 recusas e 36 perdas, a partir da não localização do trabalhador e estabelecidas por no mínimo cinco tentativas de contato em visitas à residência.

O processo de coleta dos dados ocorreu no período de março a outubro de 2013, por meio de um questionário semiestruturado com questões mistas referentes à caracterização dos agricultores, do processo de trabalho, implicações do trabalho para a saúde e estratégias para amenização de sintomas. A fim de analisar as dores relacionadas ao trabalho, utilizou-se um diagrama com a imagem do corpo humano, face anterior e posterior, para facilitar a localização de áreas dolorosas. Neste estudo, utilizou-se a seguinte definição de dor: experiência sensorial desagradável, portanto também emocional, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, considerando a subjetividade do indivíduo.⁽⁶⁾

Para mensurar a carga de trabalho, utilizou-se o instrumento NASA-TLX, desenvolvido pela *National Aeronautics and Space Administration*. Trata-se de um procedimento multidimensional, que avalia seis demandas: exigências mental, física, temporal, nível de esforço total, de desempenho e de frustração. O procedimento de avaliação envolve duas etapas: Primeira - o trabalhador

marca em uma escala contínua, não numérica de vinte pontos, com duas âncoras nas extremidades (baixa e alta), o quanto à demanda contribui para a carga de trabalho (taxas). Segunda - apresentam-se aos trabalhadores quinze pares distintos de demandas combinadas; em cada um é assinalada a demanda que mais contribui para a carga de trabalho (pesos).^(7,8)

A análise ocorreu por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0., realizando-se análise descritiva com base nos percentuais de respostas; o teste Qui-quadrado de *Pearson* (χ^2) buscando-se identificar possíveis associações entre as variáveis relacionadas à dor nas regiões corporais e atividades agrícolas desenvolvidas pelo agricultor. A partir de associações significativas, calculou-se o coeficiente *V-Cramer* (V) para verificar o tamanho do efeito da associação, considerando-se como efeito pequeno $r < 0,3$; moderado quando $0,4 < V < 0,5$ e grande quando $r > 0,5$. Na análise da carga de trabalho, foi realizada a média ponderada das demandas (taxas x pesos) e a taxa global ponderada de cada sujeito entrevistado; após, foi realizado o teste *Mann-Whitney* relacionando a variável carga de trabalho com a ocorrência de dor, o auxílio ao agricultor no trabalho e com transtornos do sistema nervoso. Para todos os testes realizados considerou-se o nível de significância de $\alpha < 0,05$.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

O estudo envolveu 148 (57,1%) trabalhadores homens e 111 (42,9%) mulheres, com média geral de idade de 51,2 anos. Os resultados relativos às características do trabalho dos agricultores são apresentados na tabela 1.

Conforme o teste de *Mann-Whitney* ($p=262$) verificou-se não haver diferença significativa entre a carga de trabalho do agricultor que possui auxílio no desenvolvimento do trabalho da agricultura para o trabalhador que não possui tal auxílio.

Tabela 1. Características do processo de trabalho dos agricultores

Variáveis	n(%)
Atividades desenvolvidas na agricultura	
Planejar produção	217(83,8)
Comercializar	189(73)
Administrar produção	194(74,9)
Preparar o solo	214(82,6)
Plantar	248(95,8)
Realizar tratos culturais	238(91,9)
Colher	253(97,7)
Possui auxílio no trabalho da agricultura	
Não	26(10,1)
Sim	232(89,6)
Pessoa que auxilia	
Esposo(a)	180(69,5)
Filho(s)	72(27,8)
Irmão(s)	21(8,1)
Funcionário(s)	20(7,7)

Apresenta-se a relação de associação entre as variáveis referentes ao processo de trabalho agrícola e às dores atribuídas pelos agricultores. As associações com maior magnitude ficaram entre a comercialização dos produtos e a dor nos pés ($V = 0,176$), e o preparo do solo associado às lombalgias ($V = 0,164$) (Tabela 2).

A realização de tratos culturais mostrou-se associada a dores na região das panturrilhas ($V = 0,158$). As cefaleias ($V = 0,123$) e dores nos pés ($V = 0,122$) estiveram associadas à administração da produção. Dores nos pés ($V = 0,127$) também mostraram associação significativa com o planejamento da produção; as dores nas mãos tiveram uma associação baixa entre os trabalhadores que realizaram o planejamento da produção ($V = 0,026$).

Verificou-se que os agricultores que apresentam dor em decorrência da realização do trabalho ($n=221$) evidenciam maior carga de trabalho (mediana = 15,60; $p=0,002$) em comparação com os que não apresentam dor (mediana = 12,53). A partir da definição de dor adotada neste estudo, entende-se como necessária a análise dos índices da carga de trabalho na relação com os transtornos mentais e

Tabela 2. Associação entre as atividades desenvolvidas pelo agricultor e a autorreferência de dores relacionadas ao trabalho

Variáveis	Planejar produção n(%)	Comercializar produtos agrícolas n(%)	Administrar produção n(%)	Preparar solo n(%)	Plantar culturas n(%)	Realizar tratos culturais n(%)	Colher produtos agrícolas n(%)
Cabeça	18(6,9)	15(5,8)	17 (6,6)****	16(6,2)	18(6,9)	16(6,2)	18(6,9)
Pescoço	12(4,6)	9(3,5)	9(3,5)	9(3,5)	12(4,6)	12(4,6)	12(4,6)
Ombros	42(16,2)	40(15,4)	41(15,8)	45(17,4)	52(20,1)	48(18,5)	52(20,1)
Tórax	9(3,5)	9(3,5)	8(3,1)	8(3,1)	9(3,5)	9(3,5)	9(3,5)
Coluna Cervical/Torácica	74(28,6)	65(25,1)	68(26,3)	73(28,2)	88(34)	87(33,6)	94(36,3)
Coluna Lombar/Sacral	123(47,5)	110(42,5)	116(44,8)	116(44,8) ²	142(54,8)	135(52,1)	138(53,3)
Braços	22(8,5)	19(7,3)	19(7,3)	24(9,3)	28(10,8)	26(10)	26(10)
Cotovelos	15(5,8)	13(5,0)	13(5,0)	14(5,4)	15(5,8)	15(5,8)	15(5,8)
Antebraços	11(4,2)	10(3,9)	9(3,5)	11(4,2)	11(4,2)	11(4,2)	10(3,9)
Punhos	5(1,9)	5(1,9)	5(1,9)	5(1,9)	5(1,9)	5(1,9)	5(1,9)
Mãos	8(3,1)*	8(3,1)	8(3,1)	10(3,9)	12(4,6)	11(4,2)	12(4,6)
Abdome	8(3,1)	8(3,1)	9(3,5)	3(1,2)	10(3,9)	9(3,5)	10(3,9)
Coxas	23(8,9)	21(8,1)	20(7,7)	26(10)	30(11,6)	28(10,8)	30(11,6)
Joelhos	33(12,7)	28(10,8)	28(10,8)	35(13,5)	37(14,3)	37(14,3)	40(15,4)
Pernas	18(6,9)	17(6,6)	17(6,6)	21(8,1)	23(8,9)	21(8,1)	23(8,9)
Panturrilhas	25(9,7)	22(8,5)	21(8,1)	22(8,5)	29(11,2)	24(9,3) ³	29(11,2)
Tornozelos	18(6,9)	18(6,9)	18(6,9)	20(7,7)	21(8,1)	20(7,7)	22(8,5)
Pés	12(4,6)**	8(3,1)***	10(3,9) ¹	14(5,4)	17(6,6)	18(6,9)	17(6,6)

* $\chi^2=4,985$; $p<0,026$; $V = 0,026$; ** $\chi^2=4,172$; $p<0,041$. $V = 0,127$; *** $\chi^2=7,983$; $p<0,005$; $V = 0,176$; **** $\chi^2= 3,929$; $p<0,047$; $V = 0,123$; ¹ $\chi^2=3,852$; $p<0,050$; $V = 0,122$; ² $\chi^2 = 6,953$; $p<0,008$; $V = 0,164$;

³ $\chi^2=6,440$; $p<0,011$; $V = 0,158$

do sistema nervoso relacionados ao trabalho. Desse modo, identificou-se diferença significativa da carga de trabalho para os agricultores que apresentaram os transtornos estresse ($n=98$; 37,8%; $p=0,006$; mediana 16,40), ansiedade ($n=94$; 36%; $p=0,007$, mediana = 16,49) e transtorno do ciclo vigília-sono ($n=70$; 26,9%; $p=0,025$; mediana = 16,46) do que para aqueles que não apresentaram. Foram ainda citados outros transtornos relacionados ao trabalho, como episódios depressivos ($n=38$; 14,6%).

Observaram-se também as estratégias que os agricultores ($n=221$) utilizam para minimizar as dores: 124 (77%) automedicação; 120 (77,7%) realizam cuidados com o corpo por meio da realização de caminhadas ou descanso; 49 (57%) recorrem à Unidade Básica de Saúde; 40 (51,7%) recorrem à especialista; 19 (33,1%) realizam massagens com infusões ou pomadas; 18 (32,7%) recorrem ao pronto socorro; 10 (19,3%) não realizam qualquer estratégia; 09 (18,9%) ingerem medicações caseiras e 08 (18,5%) realizam tratamento medicamentoso prescrito.

Discussão

Os limites dos resultados deste estudo estão relacionados ao desenho transversal que não possibilita o estabelecimento de relações de causa e efeito. Além disso, a característica subjetiva da variável dor e a ausência da análise da sua intensidade e frequência, bem como de suas características sensoriais somáticas.

Os resultados deste estudo indicam a necessidade do planejamento de ações em saúde, buscando a prevenção de dores, lesões e distúrbios relacionados à carga de trabalho do agricultor. Tais achados contribuem em potencial para que os enfermeiros promovam intervenções em saúde fundamentadas na Enfermagem do trabalho.

A análise da carga de trabalho mostrou-se não modificável diante do auxílio de outra pessoa no trabalho da agricultura, o que sugere que esta se mantém de acordo com a natureza do processo de trabalho desenvolvido. No presente estudo, verificou-se que a maioria dos agricultores recebe ajuda

da família, perspectiva que caracteriza o processo de trabalho voltado à agricultura familiar, considerada a principal atividade sócio-econômica no meio rural.⁽⁹⁾

Na análise do processo de trabalho desenvolvido pelo agricultor, identificou-se a diversidade de tarefas realizadas, com a predominância da colheita, plantio e trato das culturas agrícolas, o que pode ser justificado pela necessidade de maior força de trabalho diante da particularidade da produtividade e da relação com a CT exigida. Essas etapas do trabalho agrícola são mencionadas em estudo com agricultores na Nova Zelândia.⁽⁹⁾ A carga de trabalho oriunda das atividades agrícolas também é destacada em países como Holanda, França e Reino Unido, na relação com o aparecimento de sintomas gerados por distúrbios musculoesqueléticos associados às posturas inadequadas, longos períodos em pé, temperaturas extremas, jornada de trabalho prolongada.⁽⁵⁾

Associações significativas foram identificadas entre as atividades agrícolas e a localização de dores como: a comercialização dos produtos e dores nos pés, o preparo do solo com lombalgias e dor em região sacral, a realização dos tratos culturais e dor em região das panturrilhas, a administração da unidade com cefaleia e dor nos pés. Isso pode estar atrelado à exigência do processo de trabalho no corpo humano em função das posições assumidas pelo trabalhador, as quais em sua maioria são ou se tornam inadequadas pela rotina do trabalho ou em decorrência da dor adquirida; as cargas pesadas e repetições excessivas praticadas também são causadoras de dorsalgias, lombalgias, inflamações nos músculos, tendões e articulações.^(5,10)

Sintomas dolorosos em agricultores estão atrelados às atividades desenvolvidas, como é o caso das tarefas manuais (plantio, colheita, inspeção e embalagem dos produtos, poda, carregamento, transporte de mercadorias, aplicações de produtos químicos etc.). Considerando tais ações, várias podem ser as implicações para a saúde, entre elas: fadiga generalizada; transtornos traumáticos cumulativos; contraturas musculares, dores e lesões na região cervical, lombar, membros superiores e inferiores, articulares e musculoesqueléticas; lesões de mão e pulso.⁽¹¹⁾ Além disso, o esforço gerado pela carga de trabalho

das atividades associado à exposição a fatores ambientais, como temperaturas elevadas, pode levar o trabalhador a um estresse térmico por um desequilíbrio eletrolítico, o que pode acarretar em cefaleias e síncope relacionadas às alterações orgânicas, decorrentes da inadequada reposição hídrica.⁽¹⁾

A relação entre distúrbios musculoesqueléticos e dorsalgias, lombalgias, dor no pescoço, ombros, membros superiores, joelhos, mãos e pés com o processo de trabalho e condições de trabalho, como o levantamento de peso, movimentos bruscos, de flexão e má posição no trabalho são apresentados em pesquisas com agricultores.^(4,9-11)

Neste estudo, identificou-se que a carga de trabalho é percebida como superior para os agricultores que apresentaram dor em comparação aos que não apresentaram. Confirmando o achado, estudo com agricultores irlandeses apresenta elevado índice de lesões musculoesqueléticas no período de um ano, evidenciadas por dores em distintas regiões corporais como costas, ombros, pescoço, cotovelo, punhos, mãos, quadril, joelhos, tornozelos e pés. Tais aspectos foram associados às horas de trabalho diárias e anos de cultivo.⁽¹²⁾ Considera-se que a carga de trabalho abarca todas as condições de trabalho, as quais incluem o tempo que o trabalhador utiliza para desenvolver as tarefas, assim como as posturas exigidas: longas períodos em pé, em posições curvadas e cócoras, como no caso do agricultor.

A evidência do diagnóstico de dorsalgia ressalta a preocupação com o crescimento do número de trabalhadores afastados por DORT indefinida. Entre as categorias profissionais em benefício de auxílio-doença, o trabalhador rural predominou com média de 23%, ao longo de três anos.⁽¹³⁾

Identificou-se associação significativa entre os transtornos mentais e os do sistema nervoso relacionados ao trabalho com a carga de trabalho entre os trabalhadores que sofrem de estresse, ansiedade e transtorno do ciclo vigília-sono. Na Carolina do Norte (EUA) são evidenciados sintomas depressivos em agricultores latinos, sendo o ritmo de trabalho um dos estressores situacionais.⁽¹⁴⁾ Estudo apresenta a relação de sintomas depressivos relacionados com problemas musculoesqueléticos em agricultores.⁽¹⁵⁾ Outro estudo identifica além da depressão

a alta sonolência durante o dia entre trabalhadores agricultores, o que pode sugerir algum transtorno do ciclo vigília-sono.⁽¹⁶⁾

Entre as estratégias utilizadas pelos agricultores para minimizar as dores, observou-se a automedicação, os cuidados com o corpo e as medicações caseiras. O fato é identificado em outras publicações com trabalhadores rurais, relacionando o difícil acesso aos serviços de saúde e ao tratamento à dificuldade pela distância e ao tempo para iniciar o tratamento.^(9,10,17) Dessa forma, o estudo propicia um repensar dos profissionais da saúde na relação de ações direcionadas ao trabalhador rural e ao acesso a orientações e tratamento adequado à saúde.

O fato dos agricultores apenas realizarem cuidados com o corpo, como caminhadas e descanso, é confirmado em estudo que caracteriza trabalhadores desta categoria como resilientes, de modo que relacionam a dor com a carga de trabalho; porém, utilizam como um enfrentamento ignorar, pois é preciso seguir o trabalho, e muitos se habituariam com ela.⁽⁹⁾

Cabe ao agricultor efetuar escolhas no modo de realizar o seu trabalho e adaptar técnicas que minimizem a carga de trabalho, o que pode ser sugerido por meio da Enfermagem do trabalho.

Conclusão

As cargas de trabalho oriundas do processo de trabalho agrícola exercem influências na saúde e podem levar ao desgaste físico e emocional do agricultor, ocasionando dores e possíveis distúrbios e doenças relacionadas ao trabalho.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pelo financiamento da pesquisa “Natureza Humana Da Força De Trabalho Feminina: um estudo com mulheres trabalhadoras em dois ambientes rurais do Rio Grande do Sul”, processo nº. 405285/2012-4. À EMATER do município de Uruguaiana – RS, pela parceria e acolhimento durante o trabalho de campo.

Colaborações

Rocha LP; Cezar-Vaz MR declaram que contribuíram com a concepção e desenvolvimento da pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Almeida MCV; Piexak DR e Bonow CA colaboraram com o desenvolvimento da pesquisa, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. International Labour Organization (ILO). Sectoral Activities Programme. Code of practice on safety and health in agriculture. Geneva, Oct. 2010. [cited 2013 Dec. 10]. Available from: http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_159460/lang--es/index.htm.
2. Kirchhof ALC, Lacerda MR, Sarquis LM, Magnago TS, Gomes IM. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. *Colomb Med*. 2011;42(2):113-9.
3. Hofmann JN, Crowe J, Postma J, Ybarra V, Keifer MC. Perceptions of environmental and occupational health hazards among agricultural workers in Washington State *AAOHN J*. 2009;57(9):359-71.
4. National Center for Farmworker Health, Inc. NCFH. Farmworker occupational health and safety. March 2013. [cited 2013 Ago 03] Available from: <http://www.ncfh.org/docs/fs-Occ%20Health.pdf>.
5. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Musculoskeletal disorders in agriculture. Bilbao: EASHW [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 03]. Available from: https://osha.europa.eu/pt/sector/agriculture/index_html/msds.
6. International Association for the Study of Pain IASP. Part III - Pain Terms. A current list with definitions and notes on usage. [Internet]. 2011 [cited 2013 Dec 16]. Available from: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Publications&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=16283>.
7. Embrey D, Blackett C, Marsden P, Peachey J. Development of a Human Cognitive Workload Assessment Tool. MCA Final Report. Human Reliability Associates [Internet]. 2006 [cited 2013 Dec 03]. Available from: http://www.dft.gov.uk/mca/research_report_546.pdf.
8. Hart SG. NASA-task load index (NASA-TLX) 20 years later [Internet]. [cited 2014 Aug 7]. Available from: http://humansystems.arc.nasa.gov/groups/tlx/downloads/HFES_2006_Paper.pdf
9. Sarah GD, Hudson S, Jean E, Hay-Smith C, Milosavljevic S. Rural workers' experience of low back pain: exploring why they continue to work. *J Occup Rehabil*. 2011;21(3):395-409.
10. Weigel MM, Armijos RX. Exploratory study of the occupational health and health-seeking of migrant and seasonal farmworkers on the U.S.-Mexico Border. *J Immigrant Minority Health*. 2012;14:648-56.
11. Villarejo D, McCurdy SA, Bade B, Samuels S, Lighthall D, Williams D. The Health of California's immigrant hired farmworkers. *Am J Ind Med*. 2010;53(4):387-97.
12. Osborne A, Blake C, McNamara J, Meredith D, Phelan J, Cunningham C. Musculoskeletal disorders among Irish farmers. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(8):598-603.
13. Alcântara MA, Nunes GS, Ferreira BCMS. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: o perfil dos trabalhadores em benefício previdenciário em Diamantina (MG, Brasil) *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(8):3427-36.
14. Grzywacz JG, Quandt AS, Chen H, Isom S, Kiang L, Vallejos Q, et al. Depressive Symptoms among Latino Farmworkers across the Agricultural Season: Structural and Situational Influences. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2010;16(3):335-43.
15. Luque JS, Reyes-Ortiz C, Marella P, Bowers A, Panchal V, Anderson L, et al. Mobile farm clinic outreach to address health conditions among latino migrant farmworkers in Georgia. *J Agromedicine*. 2012;17(4):386-97.
16. Sandberg JC, Grzywacz JG, Talton JW, Quandt SA, H Chen, Chatterjee AB, et al. A cross-sectional exploration of excessive daytime sleepiness, depression, and musculoskeletal pain among migrant farmworkers. *J Agromedicine*. 2012;17(1):70-80.
17. Feldman SR, Vallejos QM, Quandt SA, Fleischer AB Jr, Schulz MR, Verma A, et al. Health care utilization among migrant latino farmworkers: The case of skin disease. *Rural Health*. 2009;25(10):98-103.

Avaliação da implantação do currículo integrado no programa de graduação em enfermagem

Evaluation of the implementation of the integrated curriculum in the nursing undergraduate program

Cilene Aparecida Costardi Ide¹

Sandra Lucia Arantes²

Margarete Knoch Mendonça²

Vilma Ribeiro da Silva²

Arminda Rezende de Pádua Del Corona²

Descritores

Enfermagem; Pesquisa em avaliação de enfermagem; Pesquisa em educação de enfermagem; Programas de graduação em enfermagem; Aprendizagem baseada em problemas; Educação superior

Keywords

Nursing; Nursing evaluation research; Nursing education research; Education, nursing, diploma programs; Problem-based learning; Education, higher

Submetido

25 de Fevereiro de 2014

Aceito

23 de Junho de 2014

Autor correspondente

Arminda Rezende de Pádua Del Corona
Av. Costa e Silva, s/n, Campus
Universitário, Campo Grande, MS,
Brasil. CEP: 79900-000
arminda.del@ufms.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400057>

Resumo

Objetivo: Avaliar a dinâmica de implantação do currículo integrado no programa de graduação em enfermagem. **Métodos:** Estudo transversal sobre a mudança do currículo integrado de curso de graduação em enfermagem, com a utilização de um instrumento de avaliação da dinâmica curricular que permitia atingir docentes e alunos.

Resultados: Dos 89 participantes, 22 eram docentes e 67 discentes. Na distribuição do conjunto, segundo os níveis de adequação da dinâmica curricular, 61% consideraram como Muito Adequado, 18% apontaram como Plenamente Adequado; 9% afirmaram ser Adequado e apenas 1% registrou ser Pouco Adequado.

Conclusão: A dinâmica de implantação do currículo integrado de enfermagem foi avaliada como positiva nos diferentes componentes constitutivos do movimento de mudanças.

Abstract

Objective: Evaluating the implementation dynamics of the integrated curriculum in the nursing undergraduate program.

Methods: A cross-sectional study on the change of the integrated curriculum of the nursing undergraduate course, with the use of an instrument for assessing the curricular dynamics that allowed reaching students and teachers.

Results: Among the 89 participants, 22 were teachers and 67 students. In the group distribution, according to the adequacy levels of curriculum dynamics, 61% considered it as Very Adequate, 18% identified it as Fully Adequate; 9% said it was Adequate, and only 1% reported it to be Partially Adequate.

Conclusion: The implementation dynamics of the integrated nursing curriculum was assessed as positive in the different components that constitute the movement of changes.

¹Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A evolução requerida pelo sistema formador em saúde caracteriza-se por sua dinamização, que demanda espaços de conhecimentos e de ações abrangentes, os quais devem se basear em proposições do conjunto de saberes a serem organizados de forma integrada, construtiva e constitutiva de um novo ser profissional.

Nesse contexto premente por mudanças, as profissões, as relações entre elas e entre elas e a sociedade tornam-se cada vez mais complexas, flexíveis e permeáveis a investimentos educativo-assistenciais capazes de reconhecer e responder, de forma sustentada, às demandas por outros perfis de atuação, cada vez mais presentes em novos contextos e cenários de prática.

A prática de mudança é difícil, porém necessária, em especial no interior das instituições e também no cotidiano, com docentes e estudantes, além da comunidade, que, por vezes, fica alheia às discussões tão necessárias à transformação do processo de ensinar-aprender e também de assistir-cuidar.⁽¹⁾

Assim, parece-nos que um sistema formador capaz de ensinar esses saberes deve, além de aceitar os dispositivos e postulados que orientam as reformulações curriculares, formular projetos, tendo por base uma pedagogia ativa e apta a transpor as fronteiras da sala de aula, utilizando um modelo pedagógico que equilibre excelência técnica e relevância social, com métodos ativos de ensino-aprendizagem centrados nos alunos. Deve também inserir reflexões e atividades práticas com e nos serviços de Saúde parceiros, com a comunidade, com as entidades e outros setores da sociedade civil.⁽¹⁾

Cabe salientar que essa formação tem por base extensa fundamentação bibliográfica no campo da pedagogia, privilegiando abordagens ativas;⁽²⁾ expectativa governamental por profissionais formados para uma prática assistencial que atenda às proposições do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos dispositivos legais das Diretrizes Curriculares;^(3,4) e produção científica que evidencie aspectos relativos ao perfil de competências, requerido para uma atuação compatível com o conjunto de valores e de práticas

que orientam as mobilizações e a diversificação do trabalho em saúde.⁽⁵⁻⁷⁾

Nesse sentido, implementar um processo de avaliação apto a apreender mobilizações e resultados decorrentes da experiência de implantação do novo currículo pressupõe privilegiar não somente sua estrutura formal, as experiências de aprendizagem efetivadas, o desenvolvimento de competências requeridas e consideradas como necessárias, certificando seus estudantes para a entrada no mercado de trabalho, como também o modo de estar em aula, os compromissos e os pactos que levaram professores e estudantes a superar obstáculos e desencontros inerentes ao processo de mudança.

Esta pesquisa objetivou avaliar a dinâmica de implantação do currículo integrado de enfermagem.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal sobre a mudança do currículo do curso de graduação em enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, campus de Campo Grande, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, na região Centro-Oeste do Brasil. Foram sujeitos da pesquisa os docentes de enfermagem e do ciclo básico, os estudantes formandos e os que, naquele período, cursavam o terceiro ano (6º semestre).

O estudo fundamentou-se nas seguintes estratégias: reuniões com docentes da comissão de ensino para análise, reformulação e aprovação final da proposta e do instrumento da coleta de dados; análise documental dos diferentes registros (projeto pedagógico do curso, atas de reunião, cadernos do tutor e aluno, instrumentos de avaliação, portfólio do aluno, provas realizadas, dentre outros); e aplicação do instrumento Avaliação Pluridimensional da Dinâmica Curricular.

Esse instrumento foi constituído pelos seguintes itens: identificação; representações do processo de mudança, detectando graus de dificuldades dos participantes na efetivação de diferentes aspectos da Prática Educativa e gradientes de reação ao processo de mudança; e avaliação curricular a partir de quatro unidades de análise (Estrutura Curricular,

Dinâmica Relacional, Prática Educativa, percepção de Competências Discentes), cada uma delas constituída por sete descritores específicos a serem avaliados numa escala de zero a 10. As “escalas de atitudes” estudam as percepções e a subjetividade, quantificam atitudes e comportamentos, e demonstram a singularidade e a individualidade.⁽⁸⁾ A cada uma das quatro unidades, foi atribuída uma nota, que variou de zero a 70 pontos.

O instrumento possuía também a síntese dos resultados, item preenchido pelas pesquisadoras considerando a soma das notas dos descritores relativos a cada uma das quatro unidades de análise, classificando-as a partir da pontuação final em: Inadequada (zero a 13 pontos); Pouco Adequada (14 a 27); Adequada (28 a 41); Muito Adequada (42 a 55) e Plenamente Adequada (56 a 70). O gradiente pluridimensional da dinâmica curricular também foi preenchido pelas pesquisadoras.

Considerando a somatória dos pontos obtidos nas quatro unidades de análise, cujo montante poderia variar de zero a 280 pontos, o currículo foi avaliado como: Inadequado (zero a 56), merecendo por isso reformulação completa; Pouco Adequado (57 a 112), requerendo grandes reformulações; Adequado (113 a 168), indicando reconsiderações de componentes específicos; Muito Adequado (169 a 224), com ajustes pontuais em descritores identificados; e Plenamente Adequado (225 a 280), sendo apto à replicação.

Assim, as informações obtidas foram organizadas e analisadas para descrever e caracterizar a implantação desse currículo, compondo um conjunto de dados cuja apresentação, neste artigo, resumiu-se à versão quantitativa dos resultados.

Resultados

A finalidade de exploração da unidade de análise relativa à Estrutura Curricular foi buscar informações relativas à viabilidade dos referenciais pretendidos, enfocando indicadores capazes de interpretá-los, incluindo desde a coerência quanto à efetivação dos princípios até a forma como conteúdos e práticas foram selecionados, organizados, veiculados e avaliados, conforme dados na quadro 1.

Quadro 1. Médias dos descritores das unidades de análise do currículo

Estrutura curricular					
Participantes	Estudantes		Professores		Total
Descritores	6º semestre	Formandos	Básico	Enfermagem	
Coerência interna	6,7	6,8	7,4	5,8	6,7
Organização dos conteúdos	6,6	6,4	6,2	5,5	6,2
Seleção dos conteúdos	6,8	6,7	6,6	6,6	6,7
Distribuição dos tempos	6,7	5,7	7,2	6,3	6,5
Campos de aprendizagem	7,4	7,8	6,8	7,7	7,4
Materiais curriculares	7,3	7,5	8,6	7,4	7,7
Processo avaliativo	6,8	6,7	6,8	5,9	6,5
Total	6,9	6,8	7,1	6,5	6,8
Dinâmica relacional					
Participantes	Estudantes		Professores		Total
Descritores	6º semestre	Formandos	Básico	Enfermagem	
Investimentos nos discentes	6,2	6,8	8	6,6	6,9
Assimilação dos papéis sociais	7,7	7,3	8	6,6	7,4
Dinâmica interativa	7,1	7,3	8,4	7,1	7,5
Organização social	6,7	7,3	8	7,0	7,3
Desenvolvimento de competências	7,4	7,3	8,8	7,0	7,6
Estratégias de resolução	7,2	7,9	8	6,6	7,4
Sistemas de apoio	6,7	7,1	8,2	6,4	7,1
Total	7	7,3	8,2	6,8	7,3
Prática educativa					
Participantes	Estudantes		Professores		Total
Descritores	6º semestre	Formandos	Básico	Enfermagem	
Suporte institucional	7,2	7,1	8,4	3,8	6,6
Recursos organizativos	7,5	7,1	8,8	4,9	7,1
Alcance do método	7,1	6,8	8	5,2	6,8
Envolvimento docente	7,6	7,7	7,6	6,4	7,3
Engajamento discente	6,7	6,6	7,4	6,6	6,8
Consecução dos objetivos	7,0	7,1	7,6	6,6	7,1
Resultados da implementação	7,3	7,3	7,6	6,8	7,2
Total	7,2	7,1	7,9	5,7	7,0
Competências discentes					
Participantes	Estudantes		Professores		Total
Descritores	6º semestre	Formandos	Básico	Enfermagem	
Desenvolvimento humano	7,2	7,5	7,8	6,9	7,4
Domínio teórico-prático	7,2	7,6	7,4	6,8	7,2
Capacidade de reflexão	7,4	8,0	7	7,4	7,4
Envolvimento crítico	7,8	7,9	7	7,3	7,5
Competência relacional	7,5	8,2	7,8	7,5	7,8
Atitude profissional	7,6	8,2	8	7,1	7,7
Iniciativa na formação contínua	7,5	8,3	7,6	7,3	7,7
Total	7,5	8,0	7,5	7,2	7,5

A avaliação curricular, a partir da unidade de análise Estrutura Curricular, demonstrou que os estudantes do 6º semestre, os formandos e os docentes de enfermagem consideraram como potencialidade o descritor “campos de aprendizagem”, com 7,4, 7,8 e 7,7 pontos, respectivamente. Os docentes do básico atribuíram 8,6 a “materiais curriculares”. A menor pontuação nos mesmos descritores foi atribuída à “organização dos conteúdos”, respectivamente 6,6, 6,2 e 5,5 pontos pelos estudantes do 6º semestre, formandos e docentes da enfermagem. Os docentes do básico atribuíram a menor pontuação (5,7) para o critério “distribuição dos tempos”.

A segunda unidade, relativa à Dinâmica Relacional, buscou explorar um conjunto de atuações e relações que permearam a aprendizagem voltada para a autonomia discente sem prescindir da ajuda docente necessária ao seu desenvolvimento, considerando capacidades e esforços pessoais. A avaliação curricular, a partir dessa unidade, demonstrou que os docentes de enfermagem atribuíram 7,1 pontos para o descritor “dinâmica interativa”, enquanto que os estudantes do 6º semestre consideraram como potencialidade o descritor “assimilação dos papéis sociais” (7,7 pontos). Os estudantes formandos atribuíram 7,9 pontos a “estratégias de resolução”. O descritor “desenvolvimento de competências” obteve 8,8 pontos pelos docentes do básico.

A menor pontuação foi atribuída a “investimentos nos discentes”: 6,2, 6,8 e 8 pontos pelos estudantes do 6º semestre, formandos e docentes do básico, respectivamente. Os docentes do básico atribuíram, ainda, 8 pontos para os critérios “assimilação dos papéis sociais”, “organização social” e “estratégias de resolução”. Para os docentes da enfermagem, o menor descritor foi “sistemas de apoio” (6,4 pontos).

A avaliação da terceira unidade curricular, Prática Educativa, tendo como foco sua própria viabilização, baseou-se em parâmetros que ajudam a compreender a maneira como as intervenções se efetivaram, o modo como os recursos, atitudes e disposições foram articuladas para orientar a ação didática, tendo, por isso, influência nos resultados de sua implementação.

Desse modo, a avaliação curricular, a partir da unidade de análise Prática Educativa, apontou que o descritor “resultados da implementação” foi pontuado pelos docentes de enfermagem (6,8 pontos), enquanto que “envolvimento docente” foi apontado pelos estudantes do 6º semestre e formandos com 7,6 e 7,7 pontos, respectivamente. Os docentes do básico pontuaram o critério “recursos organizativos” com 8,8 pontos.

O descritor “engajamento discente” foi pontuado com 6,6, 6,7 e 7,4 pelos formandos, estudantes do 6º semestre e docentes do básico, respectivamente. A partir das respostas dos docentes da enfermagem, o descritor “suporte institucional” (3,8 pontos) revelou um aspecto frágil da mudança curricular.

A quarta unidade, Competências Discentes, buscou informação mais aprofundada acerca das capacidades adquiridas pelos estudantes, visando ao seu crescimento pessoal e profissional. Os descritores dessa unidade obtiveram os seguintes resultados: 8,3 pontos para “iniciativa na formação contínua”, segundo as respostas dos estudantes formandos; 8 pontos para “atitude profissional”, segundo os docentes do Básico; 7,8 pontos para “envolvimento crítico”, para os estudantes do 6º semestre; e 7,5 pontos para “competência relacional”, para os docentes de Enfermagem.

Buscamos também articular as lógicas que permearam a construção das unidades de análise curricular com as diferentes possibilidades de êxito em sua efetivação, conforme resultados demonstrados na tabela 1.

É possível verificar que os resultados oscilaram positivamente, sendo o nível Muito Adequado (169 a 224 pontos) o mais frequentemente referido pela maioria dos participantes.

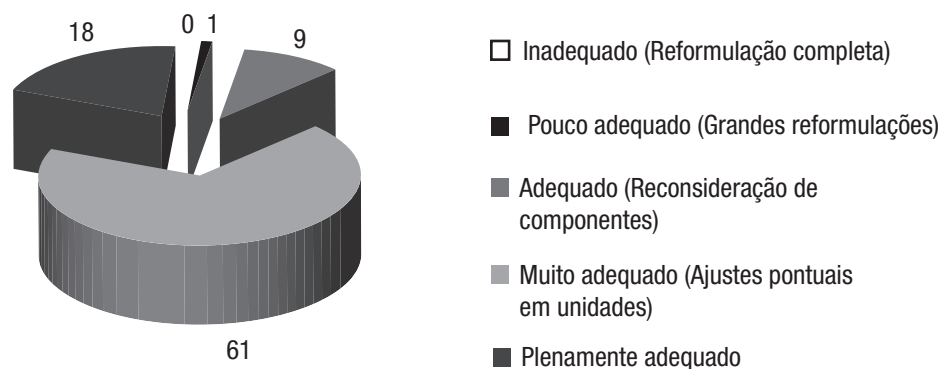
Estudantes e docentes do ciclo básico também expressaram um consenso refletido na indicação do nível Plenamente Adequado (225 a 280 pontos) como a segunda maior frequência avaliativa, considerando os diferentes componentes analisados, cabendo aos docentes do básico a maior referência a esse nível.

Tabela 1. Níveis de avaliação das unidades de análise curricular segundo diferentes participantes

Sujeitos/nível	Unidades de análise				
	Estrutura n(%)	Relacionamento n(%)	Prática n(%)	Competências n(%)	Total n(%)
Estudantes do 6º semestre					
Inadequado (0-13)	0(0)	1(3)	0(0)	0(0)	1(1)
Pouco adequado (14-27)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Adequado (28-41)	5(15)	5(15)	6(18)	3(9)	19(14)
Muito adequado (42-55)	21(64)	18(55)	17(52)	18(55)	74(56)
Plenamente Adequado (56-70)	7(21)	9(27)	10(30)	12(36)	38(29)
Total	33(100)	33(100)	33(100)	33(100)	132(100)
Estudantes formados					
Inadequado (0-13)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Pouco adequado (14-27)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Adequado (28-41)	4(12)	3(9)	3(9)	0(0)	10(7)
Muito adequado (42-55)	26(76)	20(59)	23(67)	15(44)	84(62)
Plenamente adequado (56-70)	4(12)	11(32)	8(24)	19(56)	42(31)
Total	34(100)	34(100)	34(100)	34(100)	136(100)
Docentes/básico					
Inadequado (0-13)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Pouco adequado (14-27)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Adequado (28-41)	1(20)	0(0)	0(0)	0(0)	1(5)
Muito adequado (42-55)	2(40)	2(40)	2(20)	3(60)	9(45)
Plenamente adequado (56-70)	2(40)	3(60)	3(60)	2(40)	10(50)
Total	5(100)	5(100)	5(100)	5(100)	20(100)
Docentes/Enfermagem					
Inadequado (0-13)	0(0)	1(6)	1(6)	0(0)	2(3)
Pouco adequado (14-27)	2(12)	0(0)	0(0)	1(6)	3(4)
Adequado (28-41)	3(18)	3(18)	8(47)	2(12)	16(24)
Muito adequado (42-55)	10(58)	9(52)	8(47)	7(41)	34(50)
Plenamente adequado (56-70)	2(12)	4(24)	0(0)	7(41)	13(19)
Total	17(100)	17(100)	17(100)	17(100)	68(100)

Assim, segundo os níveis de adequação da dinâmica curricular, 61% consideraram como Muito Adequado, 18% apontaram como Plenamente

Adequado; 9% afirmaram ser Adequado e apenas 1% registrou ser Pouco Adequado. A síntese dessa análise pode ser visualizada na figura 1.

**Figura 1.** Distribuição do conjunto de participantes segundo níveis de adequação da dinâmica curricular

Discussão

Um dos limites desta pesquisa foi o fato de que esse achados não permitiram avaliar, de forma definitiva, a implantação de um currículo integrado, cabendo, assim, a continuidade das reflexões para ajustes pontuais.

Na distribuição do conjunto dos 89 participantes e nos níveis de adequação da dinâmica curricular, 61% avaliaram a implantação do currículo integrado como Muito Adequado (169 a 224 pontos), 18% apontaram como Plenamente Adequado (225 a 280 pontos); 9% afirmaram ser Adequado (113 a 168 pontos); e apenas 1% registrou ser Pouco Adequado (57 a 112 pontos). As médias da unidade de análise Estrutura Curricular oscilaram em torno de 6,8 pontos.

Os dados enfatizam uma construção curricular reconhecida por todas as categorias de participantes como adequada a requerer ajustes, considerando-se a totalidade dos indicadores da unidade. Cada descritor encerra as transformações curriculares, cada vez mais perceptíveis, consolidadas e pautadas em princípios da integração e da interdisciplinaridade na formação dos profissionais da área da saúde.⁽⁹⁾

As Diretrizes Curriculares Nacionais traçam parâmetros básicos para o ensino em Saúde, além de normatizarem currículos flexíveis e a corresponsabilização das instituições formadoras e dos docentes na escolha dos referenciais éticos, políticos e pedagógicos, e nas reformas curriculares.⁽¹⁰⁾

A análise dos dados apresentados na Dinâmica Relacional foi hegemonicamente aprovada (7,3 pontos), configurando uma relação interativa, dialógica com um objetivo comum reconhecida como oportuna. As atividades comunicativas efetivamente se estabeleceram, facilitando a construção do conhecimento, a aprendizagem significativa dos conteúdos e a autonomia ajustada aos diferentes níveis de desenvolvimento discente.

Um currículo integrado deve privilegiar a experiência do eu com o outro,⁽¹¹⁾ a formação de vínculos entre as pessoas no interior da escola e nos cenários de imersão, desenvolver a consciência crítica, relacionar as informações trazidas e assimiladas durante o curso e o conhecimento reconstruído, aplicado e registrado.⁽¹²⁾

O envolvimento docente mereceu crédito entre os estudantes que relativizaram o próprio engajamento na análise da unidade Prática Educativa (7,0 pontos). Os docentes de enfermagem foram mais críticos quanto ao próprio desempenho e o dos estudantes, parecendo retratar uma postura dúbia: ao mesmo tempo engajada e cautelosa, frente a metas autodelimitadas de êxito ainda não atingidas.

A avaliação identificou, no envolvimento docente ao projeto, um marco propulsor para uma atuação responsável e competente. Para o estudante, concordante com a literatura, foi identificada a necessidade de uma trajetória acadêmica de formação sólida, e que isso depende da organização curricular e dos papéis do aluno, do professor e do enfermeiro do campo no contexto formativo, tidos como atores facilitadores ou limitadores desse processo.⁽¹³⁾ Foi exposta, inclusive, a oportunidade da proposta e a eficiência da resposta capaz de orientar a ação didática de forma equilibrada, permitindo chegar ao nível relevante de satisfação, sem caracterizar uma abordagem estritamente estrutural.

Nessa prática, estão imbuídas as mudanças que almejamos na formação superior dos profissionais de Saúde, educação tradicional para educação inovadora, para haver mudanças nas práticas de Saúde.⁽¹⁾

Quanto a Competências Discentes (7,5 pontos), os estudantes foram, ao mesmo tempo, objetos e sujeitos da análise. Independentemente da posição, esses participantes confirmaram um processo de formação capaz de encaminhá-los para um desenvolvimento ampliado investido de competências necessárias à atuação profissional.

O ensino utilizando metodologias ativas torna o aluno protagonista de seu processo de ensino-aprendizagem, além de possibilitar a construção de reflexões e postura crítica diante da realidade no contexto da saúde.⁽¹⁴⁾

Para o Ministério da Saúde, os processos formativos devem considerar o acelerado ritmo do conhecimento, as mudanças do processo de trabalho, as transformações demográficas e epidemiológicas. Para isso, espera que sejam formados cidadãos-pro-

fissionais críticos e reflexivos, com conhecimento e atitudes que os tornem aptos para o sistema de saúde qualificado e integrado.⁽¹⁵⁾

Reflexões críticas e propositivas, que contemplem o processo de formação na área de Enfermagem, destacam a necessidade de repensá-lo como um todo e atentar especialmente para as necessidades sociais, e para o perfil demográfico e epidemiológico da população.⁽¹⁶⁾

Entretanto são preocupações persistentes nas avaliações de currículos de enfermagem o (des)preparo do professor, assim como a falta de condições materiais de trabalho (livros, computadores, laboratórios, campos de estágios, verbas para pesquisa). São necessárias experiências pedagógicas que envolvam propostas curriculares críticas, processos avaliativos e metodologias problematizadoras e interdisciplinares.⁽¹⁶⁾

Nesse aspecto, é importante salientar que os estudantes, profissionais e professores de enfermagem, ao trabalharem coletiva e cotidianamente, compartilham suas práticas e seus conhecimentos, e redefinem suas experiências. Essas vivências constituem as relações, as interações, as leituras e o processo de formação, que vão dando contornos às identidades docentes e à formação profissional.^(16,17)

Esse resultado aponta que a mudança curricular implementada possui coerência interna, uma vez que nenhum indicador pode aportar certeza absoluta quanto aos resultados de uma ação ou de um processo, pois sua função é apenas sinalizar.⁽⁸⁾

Finalizando, cabe enfatizar a coerência e a consistência do currículo implementado, assim como a possibilidade de continuidade, que poderá evoluir para criar articulações diferenciadas entre as distintas ciências que compõem o ensino e a prática em Enfermagem.

Conclusão

A avaliação pluridimensional da implantação do currículo integrado de enfermagem apontou que a Estrutura Curricular foi avaliada como adequada

por todas as categorias participantes, requerendo ajustes pontuais.

Agradecimentos

Pesquisa parcialmente financiada pelo projeto do curso de enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) - Ministério da Saúde. Carta Acordo OPAS -BR nº 12.00094.001.

Colaborações

Ide CAC declara que contribuiu com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada. Mendonça KM; Silva VR e Arantes SL contribuíram com a concepção do questionário da pesquisa. Del Corona ARP colaborou com a concepção do projeto, coleta de dados e adequação do artigo às normas da revista.

Referências

1. Ferreira ML, Cotta RM, Oliveira MS. Construção coletiva de experiências inovadoras no processo ensino-aprendizagem na formação de profissionais da saúde. *Rev Bras Educ Méd.* 2009;33(2):240-6.
2. Rodrigues JA, Rocha LS, Anjos DS, Cavalcante LP, Rozendo CA. Tendências pedagógicas: conflitos, desafios e perspectivas de docentes de enfermagem. *Rev Bras Educ Méd.* 2013;37(3):333-49.
3. Gomes AP, Rego S. [Transformation of medical education: can a new physician be trained based on changes in the teaching-learning method?]. *Rev Bras Educ Méd.* 2011;35(4):557-66. Portuguese.
4. Braccialli LA, Oliveira MA. Desafios na formação médica: a contribuição da avaliação. *Rev Bras Educ Méd.* 2012;36(2):268-80.
5. Souza NV, Correia LM, Cunha LS, Eccard J, Patrício RA, Antunes TCS [The FENF/UERJ nursing graduate in the working world]. *Rev Esc Enf USP.* 2011;45(1):250-7. Portuguese.
6. Martinelli DD, Moura CR, Cesarino CB, Beccaria LM, Pinto MH, Paschoal VD. Avaliação do currículo da graduação em enfermagem por egressos. *Cogitare Enferm.* 2011;16(3):524-9.
7. Niemeyer F, Silva KS, Kruse MH. [Curricular directives for nursing: governing nurses' bodies]. *Texto & Contexto Enferm.* 2010; 19(4):767-73. Portuguese.
8. Minayo MC. [The construction of qualitative indicators for the evaluation of changes]. *Rev Bras Educ Méd.* 2009;33(1 Supl. 1):83-91. Portuguese.
9. Silva MJ, Sousa EM, Freitas CL. [Nursing education: interface between the curriculum guidelines and content of primary health attention]. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(2):315-21. Portuguese.

10. Pereira ID, Lages I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? *Trab Educ Saúde*. 2013;11(2):319-38.
11. Rios IC, Schraiber LB. [The teacher-student relationship in medicine - a study on pedagogical encounters]. *Rev Bras Educ Méd*. 2012;36(3):308-16. Portuguese.
12. Paranhos VD, Mendes MM. [Competency-based curriculum and active methodology: perceptions of nursing students]. *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(1):109-15. Portuguese.
13. Keiser DE, Serbim AK. Diretrizes curriculares nacionais: percepções de acadêmicos sobre a sua formação em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(4):633-40.
14. Vieira JE, Tamousauskas MR. Avaliação das resistências de docentes as propostas de renovações em currículos de graduação em medicina. *Rev Bras Educ Méd*. 2013;37(1):32-8.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde [Internet]. 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [citado 2014 fev 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf.
16. Bagnato MH. Recontextualização curricular no ensino de enfermagem. *Currículo sem Fronteiras*. 2012;12(3):173-89.
17. De Domenico EB, Matheus MC. Didática em saúde: representações de graduandos em enfermagem e utilização de metodologia inovadora de ensino. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(3):413-9.

Acesso e assistência à pessoa com anemia falciforme na Atenção Primária

Access and care of individuals with sickle cell anemia in a primary care service

Ludmila Mourão Xavier Gomes¹

Igor Alcântara Pereira²

Heloísa Carvalho Torres¹

Antônio Prates Caldeira²

Marcos Borato Viana¹

Descritores

Anemia falciforme; Qualidade da assistência à saúde; Enfermagem de atenção primária; Enfermagem em saúde pública; Enfermagem em saúde comunitária

Keywords

Sickle cell anemia; Quality of health care; Primary care nursing; Public health nursing; Community health nursing

Submetido

26 de Fevereiro de 2014

Aceito

23 de Junho de 2014

Autor correspondente

Ludmila Mourão Xavier Gomes
Av. Antônio Carlos, 6627, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP 31270-901
ludyxavier@yahoo.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400058>

Resumo

Objetivo: Conhecer a opinião dos agentes comunitários de saúde sobre o acesso e a assistência à pessoa com anemia falciforme.

Métodos: Pesquisa qualitativa realizada por meio de grupo focal, com 14 agentes comunitários de saúde em município de elevada prevalência da doença. Os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo.

Resultados: O acesso da pessoa com doença falciforme à unidade de saúde ocorre apenas em situações de episódios agudos. Verificou-se a existência de barreira entre a pessoa doente e a unidade de saúde. Na assistência não há priorização do atendimento em casos de sinais de alerta, não há seguimento específico de puericultura, as vacinas especiais e a medicação não são acompanhadas, as visitas domiciliares são assistemáticas.

Conclusão: Na perspectiva dos agentes comunitários de saúde a situação da assistência à pessoa com anemia falciforme se mostrou precária e o acesso limitado.

Abstract

Objective: To determine health community agents' opinions on access and care delivery to individuals with sickle cell anemia.

Methods: This was a qualitative study conducted among 14 health community agents from a municipality with a high prevalence of sickle cell disease. Data were submitted to analysis of thematic content.

Results: Access to the basic health unit of individuals with sickle cell disease occurred only in situations of acute episodes. We observed a barrier between patients and basic health units. Care for patients with sickle cell disease was not prioritized for those with alert signs, nor was there specific follow-up in child rearing, vaccines, or medicines. Home visits were conducted without a systematic plan.

Conclusion: According to the perspective of health community agents, the care of individuals with sickle cell disease was inadequate and individuals' access to care was limited.

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

²Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

As hemoglobinopatias constituem grupo de distúrbios hereditários que envolvem os genes responsáveis pela síntese da globina. Estima-se que 7% da população mundial tenha transtornos de hemoglobina, sendo o mais comum, a doença falciforme. Esta é a enfermidade hereditária mais comum no Brasil e no mundo. Estima-se que a prevalência do traço falciforme esteja entre 2 e 8% e que o número de pessoas com anemia falciforme esteja entre 25.000 e 30.000 no Brasil.⁽¹⁾ Devido à sua prevalência e importância clínica, a doença falciforme é problema de saúde pública em muitos países, inclusive no Brasil. Além disso, é doença crônica caracterizada pela variabilidade clínica entre pacientes e no mesmo paciente, com períodos de bem-estar intercalando-se com situações que requerem atendimento de urgência ou emergência. Trata-se de enfermidade que predomina na população negra⁽²⁾ que, devido a questões sociais e econômicas, carece de atenção à saúde mais equitativa.

Para cuidar da pessoa com doença falciforme, é imprescindível o envolvimento dos diversos níveis de atenção à saúde para que se reduza a morbimortalidade. A atenção primária à saúde no Brasil tem ênfase na Estratégia Saúde da Família, que atua principalmente na promoção da saúde e na prevenção de agravos e doenças. Em tese, as equipes de Saúde da Família devem ser a porta de entrada da rede de atenção à saúde e devem estar preparadas para acompanhar, durante toda a vida, a pessoa com doença falciforme. Estudos já apontaram deficiências no conhecimento^(3,4) e na prática diária dos profissionais da atenção primária sobre doença falciforme.⁽⁵⁾ Entretanto, há lacunas na literatura sobre o acesso e o atendimento à pessoa com doença falciforme na unidade básica de saúde.

Estudo realizado em uma coorte de base populacional mostrou que, apesar da implantação do diagnóstico precoce para a doença falciforme por meio da triagem neonatal, a taxa de óbitos de crianças ainda é elevada. Destacou-se, também, a falta de conhecimento das equipes de saúde no atendimento à família e à pessoa com doença falciforme no momento de procura do serviço de saúde.⁽⁶⁾

A Estratégia Saúde da Família possui papel muito importante na assistência à pessoa com doença falciforme. A formação de vínculo dos pacientes e seus familiares com a equipe de saúde da atenção primária é essencial para facilitar a compreensão sobre a doença, antecipar situações de riscos e evitar complicações que necessitem de admissão hospitalar.⁽⁴⁾ Além disso, ressalta-se a função do acompanhamento nutricional e do crescimento e desenvolvimento, monitoração da adesão à antibioticoterapia profilática e das vacinas do calendário de rotina e as especiais, incluindo também diversas orientações com destaque aos cuidados com o ambiente e outros fatores desencadeantes de episódios agudos.⁽⁵⁾

A Estratégia Saúde da Família é composta por equipe multiprofissional e conta com profissionais de nível médio que são fundamentais para a criação e fortalecimento do vínculo com a pessoa com doença falciforme, os agentes comunitários de saúde. O trabalho do agente é voltado para ações domiciliares ou comunitárias que podem ser individuais ou em grupos. Atuando na comunidade, o agente comunitário de saúde representa um elo entre a equipe de saúde e a população assistida.⁽⁷⁾

O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde tem relação direta com o enfermeiro da equipe de saúde que supervisiona as atividades de identificação dos marcadores de saúde e de usuários que precisam receber atenção diferenciada pelos demais profissionais, acompanha os usuários com determinados agravos de saúde por meio de visitas domiciliares frequentes, e reconhece as inconformidades que devem ser direcionadas à equipe.⁽⁷⁾ Ademais ressalta-se o papel do enfermeiro como um dos responsáveis pela educação permanente desses profissionais.

Tendo em vista as importantes atribuições do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família, o fato de a doença falciforme impactar a família e constituir-se em problema de saúde pública relevante no País. O objetivo deste estudo foi conhecer a opinião dos agentes comunitários de saúde sobre o acesso e a assistência à pessoa com anemia falciforme.

Métodos

Trata-se de estudo qualitativo realizado no município de Janaúba, situado ao norte do estado de Minas Gerais, sudeste do Brasil. A cidade conta com aproximadamente 72 mil habitantes e se destaca por estar na segunda região de maior contingente de pacientes com doença falciforme do estado.

Para a escolha dos 14 participantes do estudo, foi necessária a identificação das pessoas com doença falciforme residentes nos municípios por meio dos registros do Programa de Triagem Neonatal, disponibilizados pelo Núcleo de Ações e Pesquisas em Apoio Diagnóstico. Foi pesquisada, então, a vinculação de cada paciente com a respectiva unidade de saúde da família na qual ela residia, conforme a área de abrangência. Foram convidados a participar do estudo somente os agentes comunitários de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família que possuíam pessoas com doença falciforme em sua área de abrangência. Participaram deste estudo profissionais selecionados a partir dos seguintes critérios: (1) estar em atividade laboral na Estratégia Saúde da Família no período do estudo, ou seja, não estar em férias ou qualquer licença; (2) possuir pessoas com doença falciforme na microárea de abrangência; (3) aceitar participar da pesquisa.

A coleta de dados se deu mediante a técnica do grupo focal, a fim de investigar o assunto em profundidade.⁽⁸⁾ Essa técnica propiciou momentos de reflexão e de discussão sobre a assistência prestada à pessoa com doença falciforme. Para a operacionalização do grupo focal, houve um moderador/coordenador e dois observadores. A condução da sessão focal foi realizada abordando-se o tema mediante um roteiro que contemplou os seguintes tópicos: acesso da pessoa com doença falciforme à unidade básica de saúde e realidade da assistência à pessoa com doença falciforme na unidade básica de saúde. Os discursos dos profissionais foram registrados em gravador digital e, posteriormente, transcritos na íntegra. Os registros de fala dos observadores também foram considerados para a análise dos dados. O tempo de duração máximo do grupo foi de uma hora e meia.

Os dados apreendidos nas falas dos participantes e observadores foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade de análise temática. Os dados foram organizados em categorias com base interpretativa.⁽⁹⁾ As etapas realizadas foram: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

A partir da análise dos discursos dos participantes, foi possível identificar a situação dos cuidados de saúde prestados à pessoa com doença falciforme sob a ótica dos agentes comunitários de saúde da atenção primária. Os dados foram organizados em três categorias temáticas (Figura 1).

A primeira categoria contemplou o acesso da pessoa com doença falciforme aos serviços disponibilizados pela unidade básica de saúde. O primeiro tema referiu-se aos motivos de procura da pessoa com doença falciforme à unidade básica de saúde. A procura é mínima e, para alguns profissionais, inexistente. O que leva a pessoa com doença falciforme a procurar a unidade básica de saúde está relacionado ao agendamento de exames, marcação de consultas especializadas, consultas de crescimento e desenvolvimento e situações de intercorrências, tais como em episódios de crises algícas e febre. Nos casos de intercorrências clínicas, a procura pela assistência é associada ao fato de a unidade de saúde ser o local de assistência à saúde mais próximo da residência.

No segundo tema evidenciou-se uma barreira que faz com que a pessoa com doença falciforme não procure o serviço de saúde da atenção primária, deslocando-se diretamente à atenção secundária, representada pelo hemocentro. Essa barreira é explicada pelo fato de os profissionais da atenção primária não estarem preparados no que diz respeito ao conhecimento, habilidades e atitudes para atender à pessoa com doença falciforme. Ressalta-se a preferência da família pelo acompanhamento da atenção secundária em detrimento da atenção primária. A

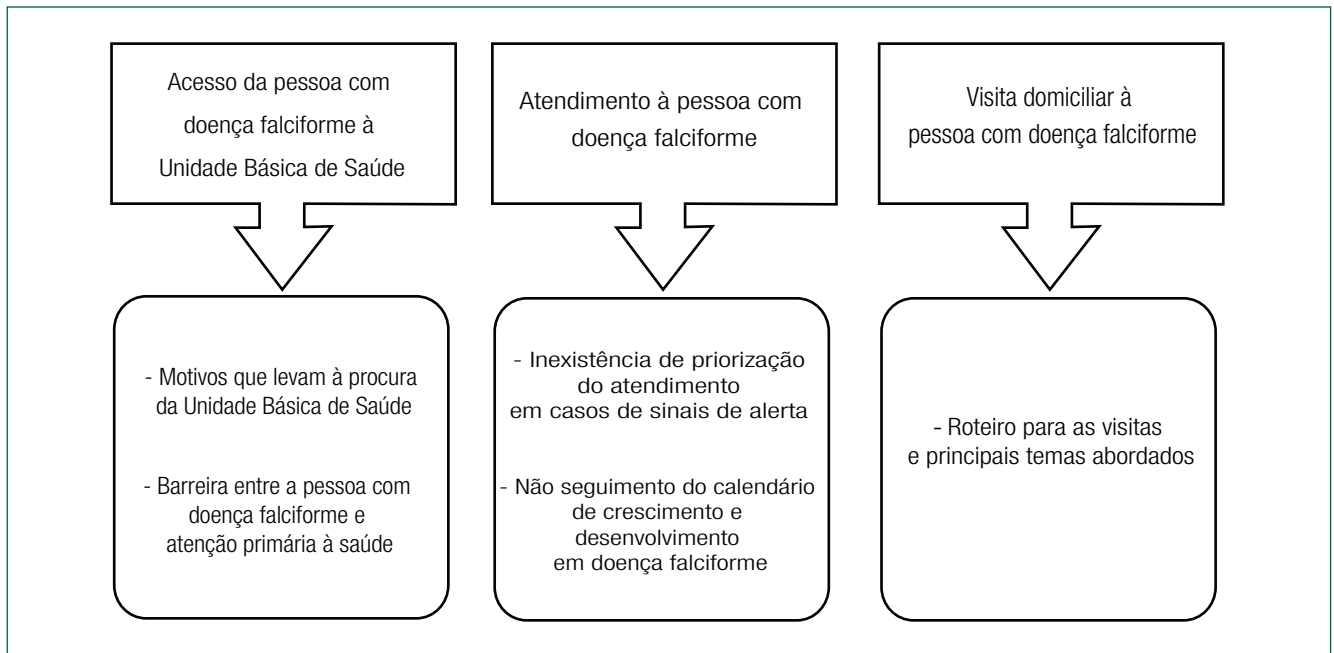


Figura 1. Categorias temáticas do estudo

família faz o acompanhamento somente no hemo-centro e considera-o suficiente para atender às suas necessidades de saúde.

Na segunda categoria observaram-se aspectos do atendimento à pessoa com doença falciforme na unidade básica de saúde. No primeiro tema notou-se que a priorização do atendimento em caso de sinais de alerta ainda não é uma realidade para a pessoa com doença falciforme. Muitas vezes eles têm que esperar atendimento por ordem de chegada, como os demais pacientes. Se a criança estiver com febre ou sentindo-se muito mal ela tem prioridade. Apreende-se a falta de conhecimento dos profissionais acerca da priorização do atendimento e também sobre os sinais de alerta para eventos potencialmente graves. Nas unidades de saúde da atenção primária, o acolhimento da demanda espontânea é realizado sem padronização. Não há critérios no atendimento.

O segundo tema retrata que as consultas de crescimento e desenvolvimento para as crianças com doença falciforme são realizadas de acordo com o calendário de rotina preconizado para todas as crianças. Não há o seguimento do intervalo preconizado em calendário específico para a criança com doença falciforme. Destaca-se a inexistência do saber dos profissionais sobre esse

calendário específico. Nessa perspectiva, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento fica comprometido.

A terceira categoria aborda que a visita domiciliar não é realizada de forma sistematizada pelos agentes comunitários de saúde. Os pontos destacados pelos agentes como importantes nas visitas foram: doenças infecciosas, medicação, dor, próximas consultas, exames e situação escolar da criança. A monitoração da medicação foi a ação mais citada pelos profissionais, todavia estes não acham relevante o acompanhamento em todas as visitas, só considerando importante quando há mudança de medicação. A ação do agente comunitário de saúde na visita pressupõe adentrar nas relações familiares. Em casos de negação ao tratamento, a visita domiciliar é instrumento imprescindível para maior adesão da família.

Nota-se o desconhecimento dos profissionais em relação aos medicamentos necessários para a criança com doença falciforme e ao calendário de vacinas especiais, o que implica na falta de acompanhamento do uso correto dos medicamentos e das vacinas da criança com doença falciforme. O acompanhamento relatado pelos agentes comunitários de saúde limita-se somente ao calendário básico de vacinas preconizado para todas as crianças.

Discussão

A limitação dos resultados do estudo estão relacionados ao método qualitativo que não permite generalização dos resultados ou estabelecimento de relações de causa e efeito.

A contribuição dos resultados desta pesquisa está relacionada a situação dos cuidados de saúde prestados às pessoas com doença falciforme na ótica dos agentes comunitários de saúde da atenção primária. Constatou-se situação preocupante, visto que os profissionais desconhecem as especificidades do acompanhamento da pessoa com doença falciforme. Portanto, a qualidade da assistência é comprometida.

O acesso da pessoa com anemia falciforme aos serviços de saúde deve ocorrer por meio da Estratégia Saúde da Família, que é considerada a porta de entrada para todo o sistema de saúde. Assumindo o papel de coordenação do cuidado, também deve ser a Estratégia Saúde da Família a responsável pelo encaminhamento do paciente aos demais níveis de atenção, idealmente organizados em redes assistenciais integradas. No presente estudo, a equipe de saúde da atenção primária só é procurada em caso de exames, consultas e em situações de intercorrências clínicas, tais como crises episódios de dor e febre. Apreende-se que os demais serviços ofertados como vacinação, curativos, consultas de enfermagem, distribuição de medicação, grupos educativos, ações de prevenção e promoção à saúde e marcação de consultas não são reconhecidas como importantes pelas famílias das pessoas com doença falciforme.⁽⁵⁾ Os resultados denotam ainda que a equipe de saúde não se sente responsável pela coordenação dos cuidados de saúde das pessoas com doença falciforme, delegando à própria família a busca pelo melhor itinerário para o cuidado.

Ressalta-se que o papel da Estratégia Saúde da Família⁽¹⁰⁾ transcende a doença e propõe atendimento, ao longo do tempo, às necessidades e aos problemas de saúde das pessoas. Investigação realizada em Juiz de Fora – MG, sudeste do Brasil⁽¹¹⁾ com profissionais da Estratégia Saúde da Família constatou que o acesso dos usuários aos serviços remonta ao

modelo de atendimento tradicional, caracterizado substancialmente pela consulta médica.

Por acesso entende-se a capacidade de gerar serviços e de atender às demandas de saúde de determinado grupo. A acessibilidade pode ser considerada, ainda, como as características dos serviços e dos recursos que facilitam ou dificultam seu uso pelos usuários. Dessa forma, há muitos fatores influenciadores do acesso, tais como fatores geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos.⁽¹²⁾

As pessoas com doença falciforme já possuem dificuldades no acesso à atenção primária por algumas questões especiais: por possuírem uma doença genética⁽¹³⁾ e por serem população predominantemente negra.^(14,15) As doenças genéticas em geral não possuem diretrizes definidas na atenção primária, ocorrendo o prejuízo para o acompanhamento adequado das famílias. Além disso, o enfoque é voltado para a atenção especializada e há poucos registros de como estruturar a atenção primária no sentido de lidar com as doenças genéticas.⁽¹³⁾ Nesse contexto das doenças genéticas, a doença falciforme difere das demais por ser objeto de diretrizes para atenção primária propostas pelo estado de Minas Gerais e pelo Governo Federal. Entretanto, não há protocolos de atendimento como para as demais doenças crônicas, como hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, o que pode dificultar o acesso, uma vez que os profissionais desconhecem qual seria seu papel no atendimento às pessoas com doença falciforme. Com relação ao acesso da população negra brasileira, destaca-se quadro de vulnerabilidade social que implica em dificuldades no acesso aos serviços de saúde, em geral.^(14,15)

Na assistência à pessoa com doença falciforme, o acesso e a utilização dos serviços da atenção primária pressupõem duas questões: como o usuário entraria no sistema e a resolutividade dos cuidados e serviços prestados. O acesso envolve a localização da unidade bem como horários e dias de atendimento à população, agilidade na obtenção de consultas na unidade e de consultas especializadas, além de priorização do atendimento em caso de sinais de alerta. A resolutividade tem relação direta com a capacidade dos serviços de saúde em atender às necessidades dos usuários. Para a pessoa com doença

falciforme, pressupõe acompanhamento odontológico semestral, oferta de exames, provisão de medicamentos, acompanhamento do uso de ácido fólico e de antibiótico profilático até os cinco anos, disponibilização de vacinas, acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento, educação em saúde envolvendo a família, entre outras ações.

Detectou-se que o acesso das pessoas com doença falciforme à atenção primária é reduzido pelo fato de procurarem diretamente a atenção secundária, representada, em muitos casos, pelo hemocentro. Essa procura da atenção secundária se dá, historicamente, pelo fato de o tratamento da doença falciforme ser percebido como complexo e de competência exclusiva dos hemocentros. Assim, os profissionais dos demais níveis de assistência desconheciam ou ignoravam as pessoas com a doença, fazendo com que o paciente reconhecesse somente os centros hematológicos como locais para cuidar da sua saúde. Para muitas famílias, essa ainda é a realidade.

A pessoa com doença falciforme, em caso de sinais de alerta, deve ter prioridade nos serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família, fato esse não referido pelos agentes comunitários de saúde. Verificou-se o desconhecimento dos profissionais sobre a priorização do atendimento em caso de sinais de perigo: febre, dor, aumento súbito da palidez, acentuação da icterícia, distensão abdominal, aumento do baço ou do fígado, tosse ou dificuldade respiratória, priapismo, alterações neurológicas, impossibilidade de ingerir líquidos, desidratação, vômitos e hematúria. Outro estudo feito com as famílias de crianças com doença falciforme identificou que o atendimento na presença de sinais de alerta nunca, ou raramente, é priorizado.⁽⁵⁾

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família têm demonstrado insatisfação com a demanda espontânea, referindo-a como excessiva o que causa dificuldade no estabelecimento de acolhimento humanizado. O acolhimento da demanda espontânea consiste no atendimento tradicional com o objetivo de saber o motivo pelo qual o usuário procurou a unidade de saúde.⁽¹¹⁾ Quem está na linha de frente para o acolhimento é, geralmente, o técnico de enfermagem, o agente comunitário de saúde e o enfermeiro que, muitas vezes, desconhecem a priorização

do atendimento à pessoa com doença falciforme em caso de sinais de perigo.

As consultas de puericultura na atenção primária possuem o enfoque de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável da criança, bem como ações voltadas para imunização, prevenção de acidentes e atenção às doenças prevalentes na infância.⁽¹⁶⁾ Além disso, são importantes para acompanhar as desordens nutricionais que podem estar presentes em crianças com doença falciforme. O calendário de consultas para as crianças com doença falciforme é, pela natureza da doença, diferenciado, sendo mensal até um ano, trimestral até os cinco anos e semestral até os dez anos. No presente estudo, as consultas das crianças com doença falciforme tiveram seguimento semelhante às das demais crianças não se observando as idades previstas por calendário específico. Esse fato deve-se ao baixo conhecimento dos profissionais relacionado ao crescimento e desenvolvimento da criança com doença falciforme. Estudo prévio detectou que 88,5% dos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem pesquisados não conheciam o calendário diferenciado de consultas.⁽⁴⁾

A avaliação do crescimento e desenvolvimento seguramente detecta as condições de saúde da criança com doença falciforme. No acompanhamento dessa criança, é possível perceber problemas que interferem nesse processo e minimizar a ocorrência e gravidade das doenças.⁽¹⁶⁾ Nesse sentido, as consultas de puericultura na doença falciforme são primordiais para a prevenção de eventos agudos e de sequelas do acometimento crônico de vários órgãos e tecidos. Os autores acreditam que uma criança que possua o seguimento das consultas de acordo com o calendário das crianças com doença falciforme apresentará menos eventos agudos do que aquelas que apenas seguem o calendário de rotina de todas as outras crianças. A puericultura é um dos momentos em que ocorre contato mais íntimo da família com o profissional de saúde.⁽¹⁷⁾ Assim, os profissionais devem aproveitar esse espaço para atividades individuais de educação em saúde, abordando os sinais de alerta, a palpação do baço, o cuidado com o ambiente (por exemplo, frio ou calor excessivos, muito

prejudiciais à criança com doença falciforme), o uso da medicação e das vacinas especiais, a frequência escolar, a ingesta hídrica, a prática de atividades físicas, entre outras orientações. É nesse momento que também se deve incentivar a mãe a expor as suas dúvidas e medos de modo a propiciar uma vinculação e maior adesão aos cuidados decorrentes de “ser criança com doença falciforme”.

No acompanhamento da pessoa com doença falciforme são imprescindíveis as visitas domiciliares regulares. No presente estudo verificou-se que as visitas domiciliares não são feitas de forma sistematizada. A visita é uma tecnologia que permite atuação terapêutica no domicílio a pacientes acamados, reconhecimento das condições reais de vida da família, busca ativa aos faltosos, verificação da demanda reprimida, ações de promoção e prevenção em saúde, educação em saúde a nível individual e familiar.⁽¹⁸⁾

A visita domiciliar deve ser desenvolvida de maneira planejada e sistematizada. Estudo realizado em Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, sudeste do Brasil, identificou⁽¹⁹⁾ que são os agentes comunitários de saúde quem definem seus próprios critérios de visita, de forma a facilitar o seu deslocamento no território. Eles organizam as visitas estabelecendo as prioridades de visitas a partir de suas próprias experiências. Com visitas desenvolvidas de forma assistemática, geram-se iniquidades, pois famílias que residem em locais mais distantes ou com problemas crônicos mais complexos, do ponto de vista dos agentes comunitários, podem não receber prioridade para visitação.

Verificaram-se alguns itens que deveriam ser observados pelos profissionais nas visitas às pessoas com doença falciforme, tais como medicação, frequência escolar e eventos de dor. Na percepção do profissional, não é necessário fazer o acompanhamento da medicação em todas as visitas. A prescrição da profilaxia com penicilina é, no momento, função dos hemocentros, mas o incentivo à adesão e ao acompanhamento deve ser feito pela Estratégia Saúde da Família.⁽⁵⁾ Estudo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, sudeste do Brasil⁽²⁰⁾ avaliou a adesão à antibioticoterapia profilática por meio de três métodos e demonstrou falhas na administração

contínua e percentuais de adesão inferiores ao relatado pelas mães das crianças. As explicações para a falta de adesão centram-se em crenças familiares e religiosas, preocupação dos pais sobre as consequências do antibiótico administrado em longo prazo, entre outras. Além da antibioticoterapia profilática, deve-se monitorar nas visitas o uso do ácido fólico, necessário para fazer frente à eritropoiese acelerada. Dessa forma, a prática de acompanhamento das medicações deve ser feita em todas as visitas domiciliares para garantir maior adesão.

A falta de conhecimento dos profissionais em relação à doença falciforme esteve presente principalmente no que diz respeito aos medicamentos e às vacinas especiais. Pesquisas realizadas no norte de Minas Gerais^(3,4) já apontaram o baixo conhecimento dos profissionais das Estratégias Saúde da Família de nível superior e de nível médio sobre os vários aspectos do cuidado à pessoa com doença falciforme. O conhecimento aferido se traduziria, indiretamente, na qualidade do cuidado em saúde que os profissionais estão prestando aos pacientes sob sua responsabilidade. Pesquisa realizada com 63 famílias das crianças com doença falciforme apontou que a cobertura vacinal do calendário de rotina mostrou-se dentro de níveis aceitáveis em detrimento do calendário de vacinas especiais. A deficiência de cobertura nas vacinas especiais também foi registrada no estado do Espírito Santo, sudeste do Brasil, onde se constatou que 50% das crianças com doença falciforme apresentavam esquema vacinal incompleto.⁽²¹⁾

Como são poucos os relatos científicos sobre doença falciforme na atenção primária à saúde, recomenda-se a realização de outras pesquisas, principalmente aquelas que mostrem resultados concretos da capacitação dos profissionais da atenção primária à saúde no sentido de propiciar mudanças na realidade constatada no presente relato.

Conclusão

A situação da assistência à saúde prestada à pessoa com doença falciforme na percepção dos agentes comunitários de saúde mostrou-se precária: os

profissionais desconhecem as peculiaridades do acompanhamento às pessoas com doença falciforme; elas tem acesso limitado à unidade básica de saúde e não reconhecem a atenção primária como lugar para cuidar de vários aspectos de sua saúde. Recomendam-se estratégias educativas com as famílias que abordem o importante papel da unidade de saúde e o papel de cada nível de atenção no cuidado à saúde das pessoas com doença falciforme. É imprescindível a capacitação dos profissionais de nível médio da atenção primária para que possam assumir esse cuidado.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, processo 471019/2011-9, da Coordenação de Apoio e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, do Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio e Diagnóstico-NUPAD/FM/UFGM e das Faculdades Santo Agostinho de Montes Claros.

Colaborações

Xavier Gomes LM; Pereira IA; Torres HC; Caldeira AP e Viana MB declaram que contribuíram com a concepção do projeto, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- Cançado RD, Jesus JA. A doença falciforme no Brasil. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2007; 29(3):204-6.
- Luna CA, Rodrigues MJ, Menezes VA, Marques KM, Santos FA. Caries prevalence and socioeconomic factors in children with sickle cell anemia. *Braz Oral Res.* 2012; 26(1):43-9.
- Gomes LM, Vieira MM, Reis TC, Andrade-Barbosa TL, Caldeira AP. Knowledge of family health program practitioners in Brazil about sickle cell disease: a descriptive, cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2011;12 (89):1-7.
- Gomes LM, Vieira MM, Reis TC, Andrade-Barbosa TL, Caldeira AP. Understanding of technical education level professionals regarding sickle cell disease: a descriptive study. *Online Braz J Nurs.* 2013; 12 (2): 482-90.
- Gomes LM, Reis TC, Vieira MM, Andrade-Barbosa TL, Caldeira AP. Quality of assistance provided to children with sickle cell disease by primary healthcare services. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2011; 33(4):277-82.
- Fernandes AP, Januário JN, Cangussu CB, Macedo DL, Viana MB. Mortality of children with sickle cell disease: a population study. *J Pediatr.* 2010; 86(4):279-84.
- Santos KT, Saliba NA, Moimaz AS, Arcieri RM, Carvalho ML. [Community health agent: status adapted with Family Health Program reality?]. *Cienc Saúde Coletiva.* 2011;16(S1):1023-28. Portuguese.
- Dall'Agnol CM, Magalhães AM, Mano GC, Olschowsky A, Silva FP. [The notion of task in focus group]. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(1):186-90. Portuguese.
- Freitas ICF, Silva CN, Adan LF, Kitaoka EC, Paolilo RB, Vieira LA. [Qualitative research in health: an innovative look on the production of scientific knowledge]. *Rev Baiana Saude Publica.* 2011; 35(4):1001-12. Portuguese.
- Brandão AL, Giovanella L, Campos CE. [Evaluation of primary care from the perspective of users: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers]. *Cien Saude Coletiva.* 2013;18(1):103-14. Portuguese.
- Faria RC, Campos SE. [Spontaneous demand in family health strategy: an analysis of the factors which influence it and the challenges posed by changes in the SUS health care model]. *Rev APS.* 2012;15(2):148-57. Portuguese.
- Souza MF, Pinto IC, Figueiredo, LA. [Analysis of the use of emergency services from the users' perception]. *Cien Cuid Saúde.* 2010;9(1):13-20. Portuguese.
- Vieira DK, Attianezi M, Horovitz DD, Lierena Jr JC. [Attention in medical genetics in the Brazilian Health System: the experience of a medium-sized municipality]. *Physis.* 2013; 23(1):243-61. Portuguese.
- Barata RB, Ribeiro MC, Cassanti AC. Social vulnerability and health status: a household survey in the central area of a Brazilian metropolis. *Cad Saude Publica.* 2011;27(Suppl 2):164-75.
- Trad LA, Castellanos ME, Guimarães MC. [Accessibility to primary health care by black families in a poor neighborhood of Salvador, Northeastern Brazil]. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(6):1007-13. Portuguese.
- Victora GC, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet.* 2011;377(9780):1863-76. Portuguese.
- Melo DF, Furtado MC, Fonseca LM, Pina JC. [Child health follow-up and the longitudinality of caring]. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(4):675-9. Portuguese.
- Albuquerque AB, Bosi ML. [Home visits as a component of the Family Health Program: user's perceptions in Fortaleza, Ceará State, Brazil]. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(5):1103-12. Portuguese.
- Cunha MS, Sá MC. [Home visits within the family health strategy (estratégia de saúde da família - ESF): the challenges of moving into the territory]. *Interface.* 2013; 17(44):61-73. Portuguese.
- Bitaraes EL, Oliveira BM, Viana MB. Compliance with antibiotic prophylaxis in children with sickle cell anemia: a prospective study. *J Pediatr.* 2008;84(4):316-22.
- Frauches DO, Matos PA, Vatanabe JH, Oliveira JF, Lima AP, Moreira-Silva SF. [Vaccination against pneumococcus in children with sickle cell anemia in the State of Espírito Santo, Brazil, between 2004 and 2007]. *Epidemiol Serv Saude.* 2010;19(2):165-172. Portuguese.

Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo

Occurrence of pain in cancer patients in palliative care

Thaís Rezende Mendes¹

Rafaela Peres Boaventura²

Marielly Cunha Castro¹

Maria Angélica Oliveira Mendonça¹

Descritores

Dor; Cuidados paliativos; Pesquisa em Enfermagem, Cuidados de Enfermagem; Enfermagem oncológica; Qualidade de vida

Keywords

Pain; Palliative care; Nursing research; Nursing care; Oncology nursing; Quality of life

Submetido

27 de Fevereiro de 2014

Aceito

23 de Junho de 2014

Autor correspondente

Maria Angélica Oliveira Mendonça
Av. Pará, 1720, Uberlândia, MG, Brasil.
CEP 38400-902
mangelica@famed.ufu.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400059>

Resumo

Objetivo: Avaliar a ocorrência da dor e qualidade de vida entre pacientes oncológicos em cuidado paliativo.

Métodos: Estudo transversal, incluindo 56 pacientes com câncer em tratamento paliativo, avaliados quanto a dor referida (escalas verbal, numérica e visual), uso de analgésicos (adjuvantes, opióides fracos, fortes ou não opióides) e qualidade de vida (WHOQOL *brief*).

Resultados: A maioria dos pacientes (n=53, 94,6%) usava algum tipo de analgésico e pouco mais da metade (n=30, 53,7%) referia dor. Considerando a qualidade de vida como consequência da intensidade de dor (leve, moderada ou intensa) tratada ou não com analgésicos, observou-se que a dor intensa - a mais frequente - obteve pior escore para o domínio físico. Por outro lado, o meio ambiente apresentou maior escore (77,4), independente da dor referida ou uso de analgésicos.

Conclusão: Os resultados mostraram a ocorrência de dor, afetando a qualidade de vida e comprometendo as atividades diárias de vida.

Abstract

Objective: Evaluating the occurrence of pain and quality of life among cancer patients in palliative care.

Methods: Cross-sectional study including 56 cancer patients in palliative care evaluated for reported pain (verbal, numerical and visual scales), analgesic treatment (adjuvants, weak opioids, strong opioids or non-opioids) and quality of life (WHOQOL-BREF).

Results: Most patients (n = 53, 94.6%) used some type of analgesic drug and just over half (n = 30, 53.7%) reported pain. Considering the quality of life as consequence of pain intensity (mild, moderate or intense), treated with painkillers or not, it was observed that intense pain - the most common - had the worst score for the Physical domain. On the other hand, the Environment domain showed the highest score (77.4), regardless of reported pain or analgesic use.

Conclusion: The results showed that the occurrence of pain affects the quality of life and compromises the daily life activities.

¹Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

²Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O aumento da expectativa de vida e o controle das doenças infectocontagiosas tem sido responsável pela modificação no panorama das causas de morbimortalidade em todo o mundo. Neste sentido, destacam-se as doenças crônicas e, em particular o câncer.⁽¹⁾

No Brasil, um dos principais problemas envolvidos no diagnóstico do câncer está relacionado ao estadiamento tumoral. A maioria dos casos é diagnosticada em fase avançada, conferindo pior prognóstico, menor sobrevida e maior risco de recidivas e metástases.⁽²⁾ As metástases são responsáveis pela maioria dos casos incuráveis e estão associadas a diversas manifestações clínicas, tais como a dor.⁽³⁾

A dor, quinto sinal vital, afeta significativamente a qualidade de vida do paciente e requer prevenção e tratamento adequados, prioritariamente para aqueles já em Cuidados Paliativos.⁽³⁾ É demonstrado que a adoção de práticas terapêuticas eficazes podem reduzir em 80% a 90% dos casos de dor oncológica.⁽⁴⁾ Neste sentido, para padronização da analgesia farmacológica da dor oncológica, a Organização Mundial de Saúde introduziu a Escada Analgésica em três degraus, recomendando o uso de fármacos em acordo com a intensidade da dor.⁽⁴⁾ Em estudos recentes, um quarto degrau foi sugerido a fim de incluir, além dos analgésicos clássicos, procedimentos minimamente invasivos capazes de produzir uma analgesia eficaz em casos de dores de difícil controle.⁽⁵⁾

Apesar disto, dados estimam que 62% a 90% dos brasileiros portadores de neoplasias ainda apresentam algum tipo de dor.⁽⁵⁾ Esta condição sugere, dentre outras, que as práticas analgésicas atuais não são suficientemente eficazes para o controle da dor oncológica. É importante salientar que a cessação da dor promove diminuição do estresse do paciente e aumento de sua qualidade de vida, refletindo positivamente sobre as relações com seus familiares, cuidadores e equipe de saúde.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a ocorrência de dor e qualidade de vida entre pacientes oncológicos em cuidado paliativo.

Métodos

Estudo transversal realizado com pacientes adultos com câncer de diferentes etiologias, atendidos em nível domiciliar por equipe multiprofissional do Programa de Cuidado Paliativo do Hospital do Câncer de Uberlândia, região sudeste do Brasil, durante o período de janeiro a agosto de 2013.

Foram incluídos 56 pacientes que estavam recebendo analgésicos para tratamento da dor, obedecendo ao cálculo amostral realizado a partir do *software Epi Info*TM 7.1.3, 95% de confiança e 5% de risco de erro (alfa 2). A amostra foi selecionada por amostragem não probabilística, por conveniência e de forma consecutiva no período de realização do estudo até completar o número previsto de sujeitos.

Os dados foram obtidos durante atendimento domiciliar, por meio de três instrumentos aplicados a cada participante em um único encontro: (1) formulário para coleta de dados pessoais (idade e sexo) e clínicos (sítio tumoral e tratamento oncológico e analgésico nas últimas duas semanas que antecederam a coleta), (2) escalas de avaliação da dor (numérica, verbal e analógica) e (3) questionário WHOQOL *bref* versão validada para a língua portuguesa e disponibilizada pelos seus autores.

WHOQOL-*bref* é uma versão abreviada do WHOQOL-100, com características psicométricas satisfatórias para avaliação da qualidade de vida percebida por um adulto jovem. Sua estrutura compreende um total de 26 questões que compõem, de forma distinta, os quatros domínios: Físico (avaliação da dor, desconforto, fadiga, sono, mobilidade, dependência de medicamentos e capacidade para o trabalho); Psicológico (sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, auto-estima, imagem corporal, espiritualidade); Relações Sociais (relações pessoais, apoio social e atividade sexual); e Meio Ambiente (segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer e transporte). Cada questão possui uma escala tipo *Likert*, ranqueada com alternativas que variam de um a cinco. Os pontos obtidos para cada domínio foram transformados em uma escala de zero a cem e quanto mais alto o resultado melhor foi considerada a qualidade de vida percebida.⁽⁶⁾

Os dados foram avaliados por meio do *software GraphPad Prism*®, versão 5. As variáveis foram submetidas a análise univariada, com verificação das frequências e cálculo das medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão (DP) e valores mínimos e máximos). O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

O estudo envolveu 56 pacientes com idade média ($\pm$ DP) de $65,77 \pm 14,69$ anos, variando de 28 a 92. Pouco mais da metade era do sexo feminino ($n=31$, 55,4%) e o sítio tumoral primário de maior frequência foi o trato gastrointestinal ($n=20$, 30,7%). A maioria dos pacientes ($n=43$, 76,8%) não estava em tratamento quimioterápico, radioterápico ou cirurgia recente, mas estava em uso de alguma droga analgésica ($n=53$, 94,6%), perfazendo uma média ($\pm$ DP) de $2,2 \pm 1,2$ analgésicos por paciente. Quanto à percepção de dor, 30 (53,7%) pacientes referiram alguma dor, sendo a de forte intensidade a mais frequente ($n=11$, 36,7%), seguida pela dor leve ($n=10$, 33,3%) e moderada ($n=9$, 30,0%) (Tabela 1).

A tabela 2 demonstra que apenas três (5,4%) pacientes não utilizaram drogas analgésicas, apesar de um deles (33,3%) queixar dor leve. Drogas não opiáceas e adjuvantes foram utilizadas pela maioria dos pacientes ($n=33$, 58,9% e $n=32$, 57,1%, respectivamente). Dentre aqueles em uso de não opiáceos, aproximadamente metade ($n=17$, 51,5%) estava sem dor e os demais pacientes ($n=16$, 48,5%) ou com dor leve ($n=5$, 15,2%), moderada ($n=6$, 18,2%) ou intensa ($n=5$, 15,2%). Já para os adjuvantes, a dor foi relatada pela maioria ($n=22$, 68,7%), sendo a de maior intensidade observada em 31,1% dos casos. Os opiáceos foram utilizados pela maioria dos pacientes ($n=37$, 69,8%) em uso de algum analgésico ($n=53$). Considerando o grupo sem dor, os opiáceos fracos foram responsáveis pelo maior controle da dor (54,5%). Por ou-

tro lado, para o grupo em uso de opióides fortes ($n=26$, 49,0%) observou-se o pior controle da dor (sem dor: $n=5$, 19,2%), sendo a dor moderada e intensa relatada por 15 (57,7%) pacientes.

Tabela 1. Caracterização dos pacientes ($n=56$) quanto aos dados pessoais e da doença, ocorrência de dor e uso de analgésicos

Variáveis	n(%)
Idade (anos)	
Média $\pm$ DP	$65,77 \pm 14,69$
Mediana (mín – máx)	65,5 (28 – 92)
Sexo n(%)	
Feminino	31(55,4)
Masculino	25(44,6)
Sítio tumoral primário	
Trato gastrointestinal	20(30,7)
Trato respiratório	8(14,3)
Trato geniturinário	8(14,3)
Cabeça e pescoço	6(10,7)
Ginecológico	5(8,9)
Mama	4(7,1)
Outros	5(8,9)
Tratamento oncológico*	
Nenhum	43(76,8)
Quimioterapia	9(16,1)
Radioterapia	4(7,1)
Analgésicos*	
Sim	53(94,6)
Não	3(5,4)
Analgésicos por paciente	
Média $\pm$ DP	$2,2 \pm 1,2$
Dor* n(%)	
Não	26(46,4)
Sim	30(53,6)
Intensidade da dor**	
Leve	10(33,3)
Moderada	9(30,0)
Intensa	11(36,7)

*ocorrência nas duas últimas semanas que antecederam a entrevista; **refere-se apenas aos pacientes com queixa de dor ($n=30$)

Tabela 2. Analgésicos e intensidade da dor referida

Analgésicos	n	Sem dor n(%)	Leve n(%)	Moderada n(%)	Intensa n(%)
Nenhum	3	2(66,7)	1(33,3)	0(0)	0(0)
Não opiáceos	33*	17(51,5)	5(15,2)	6(18,2)	5(15,2)
Adjuvantes	32**	10(31,3)	7(21,9)	5(15,6)	10(31,3)
Opiáceos fracos	11***	6(54,5)	2(18,2)	0(0)	3(27,3)
Opiáceos fortes	26****	5(19,2)	6(23,1)	7(26,9)	8(30,8)

*Dexametasona, Lyrica®, Amitriptilina, Gabapentina, Sertralina, Fenitoína, Clonazepam; Diazepam, Razapina, Alprazolam®, Fluoxetina, Lorazepam®, Fenobarbital; **Dipirona®, Paracetamol, Buscopan®, Novalgina®, Ibuprofeno®, Dorflex®, Toragesic®; ***Tylex® (Codeína + Paracetamol), Codeína, Tramadol; ****Dimorf®, Metadona

Os resultados demonstram ainda, que todos os pacientes com dor moderada ou intensa utilizavam algum tipo de analgésicos.

Em relação à qualidade de vida, observou-se que nenhum dos participantes deixou de responder às questões do WHOQOL *brief*. A tabela 3 possibilita analisar descritivamente os resultados completos para cada domínio.

Tabela 3. Escalas de valores de 0 a 100, considerando o domínio Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente com os domínios do WHOQOL *brief* e a intensidade da dor referida

Variáveis	Domínios			
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
Sem dor	47,9	63,6	60,9	74,8
Dor leve	50,9	61,4	62,2	74,9
Dor moderada	55,5	63,4	63,8	77,4
Dor intensa	51,3	56	61,3	70,7

Constata-se que o domínio Meio Ambiente apresentou o melhor aspecto da QV dentre todos os participantes. Com escore 77,4, estão os pacientes com queixa de dor moderada, seguido dos pacientes com dor leve (escore 74,9), pacientes sem dor (escore 74,8) e pacientes em dor intensa (escore 70,7). Neste domínio estão incluídas perguntas relacionadas à segurança, condições do ambiente físico, dinheiro para as necessidades, lazer, moradia, transporte e acesso aos serviços de saúde.

Em segundo lugar, o domínio Relações Sociais apresentou sua média mais baixa em pacientes sem dor (escore 60,9). Vale ressaltar, que neste domínio, avalia-se o nível de satisfação com as pessoas do círculo pessoal, o apoio que recebe e a satisfação com a atividade sexual.

No domínio Psicológico, que avalia se o entrevistado está satisfeito consigo mesmo e com a sua aparência ou a frequência de sentimentos negativos, o melhor escore obtido foi em pacientes sem dor (63,6), seguido de dor moderada (escore 63,4), pacientes com dor leve (escore 61,4) e pacientes com dor intensa (escore 56).

Nota-se que domínio Físico, apresentou um score comprometido em todos os relatos, tendo o melhor desempenho na queixa de dor moderada (55,5). Neste domínio, questiona-se principalmente a presença de dor ou desconforto, dependência de medicação, satisfação com o sono, capacidade para o trabalho e atividades diárias.

Discussão

Os limites dos resultados deste estudo referem-se ao método transversal que não permite o estabelecimento de relações de causa e efeito. Os resultados poderão contribuir com a equipe de enfermagem, demonstrando as características clínicas da população a ser atendida e o controle algico.

Antigamente a prioridade no tratamento oncológico era a regressão tumoral, porém nos dias atuais, também é considerada a qualidade de vida durante o tratamento ou quando cessam as possibilidades de cura. Dentre os sintomas, a dor é o mais frequente em pacientes com câncer,⁽⁷⁾ a sua prevalência nos portadores de neoplasia avançada pode ser superior a 75%.⁽⁸⁾ Os resultados deste estudo mostraram que, pouco mais da metade dos participantes apresentaram algum tipo de dor ainda que estivessem em uso de terapia farmacológica. A intensidade mais prevalente foi a dor intensa, apresentando o maior uso de opiáceos fortes e analgésicos adjuvantes, assim como uma pior qualidade de vida em todos os domínios, perante os diversos tipos de dores relatadas.

A Organização Mundial de Saúde por meio da escada analgésica, recomenda que o controle da dor intensa seja feito mediante associação de opiáceos fortes e adjuvantes.⁽⁴⁾ Porém, neste estudo, esta associação não foi eficaz. Para a maioria dos pacientes, os efeitos colaterais aos opióides prejudicam a qualidade de vida, a eficácia da terapêutica paliativa e justificando o grande número de pacientes em terapia adjuvante.

Diante desta realidade, a análise da prevalência de analgésicos não opiáceos neste estudo é contraditória aos dados da literatura, onde apresentam o uso de medicamentos opióides em aproximadamente 84% dos pacientes.^(9,10) Frente à gravidade de pacientes com câncer em tratamento paliativo, o uso de vários medicamentos é frequente. A tolerância aos efeitos colaterais é baixa, necessitando de resposta rápida para o alívio dos seus sintomas,⁽⁹⁾ além de vários tipos de medicamentos para controle algico rápido e eficaz.

Diante disso, constatou-se que 53,2% dos pacientes que associaram medicamentos adjuvantes à terapia analgésica, relataram ausência de dor e dor

de leve intensidade, enquanto 46,8% relataram dor de moderada a intensa. Foi observado que dentre os pacientes que não relataram dor, a maioria estava sem tratamento medicamentoso. Alguns fatores podem ter influenciado negativamente a avaliação da dor neste contexto, por meio da omissão da intensidade pelo paciente ao enfermeiro, além do receio por possíveis procedimentos invasivos, novas hospitalizações e condutas no caso. Dentre os relatos de dor, o maior controle algíco foi obtido pelo uso de opiáceos fracos, que de acordo com a literatura devem ser usados em dores moderadas, como por exemplo, o tramal e a codeína.^(11,12) Foi constatado ainda que, os clientes com câncer em tratamento paliativo tiveram os quatro domínios de qualidade de vida afetados, com maior destaque para o domínio Físico, o qual já era previsto. Este domínio, apresentou um menor escore em todos os tipos de dores relatados e também naqueles sem dor. Nesse sentido, a qualidade de vida desses pacientes piorou, traduzindo como um preditor negativo da capacidade para as atividades cotidianas, tornando-as difíceis ou dolorosas, corroborando outros autores.^(13,14)

Além disso, o efeito da intensidade da dor controlada por meio da avaliação da QV do paciente paliativo também evidenciou que, a satisfação com Domínio Psicológico foi maior naqueles sem dor, demonstrando a influência da dor nos sentimentos positivos, auto-estima e espiritualidade, satisfação consigo mesmo e aparência. Ao contrário, nestes pacientes, quanto ao Domínio Relações Sociais a satisfação não foi obtida. Podendo relacionar este fato a dificuldade de manter as relações pessoais e atividades sexuais diante um câncer avançado e sem possibilidades de cura mesmo na ausência de dor.

Quanto à percepção de qualidade de vida, os resultados obtidos referentes ao domínio Meio Ambiente, que apresentaram um maior escore em todos os tipos de dor, podem ser justificados pela satisfação e acessibilidade dos pacientes aos serviços de saúde locais. O serviço prestado na instituição pesquisada é mediado por profissionais de saúde que trabalham para garantir o acesso aos benefícios previstos pela legislação, aumentando a possibilidade de cura para alguns cânceres e reduzindo a mortalidade resultante da doença e de seu tratamento. Essa medida se tor-

na fundamental para os pacientes darem continuidade ao tratamento, já que funciona como suporte importante, aumentando a adesão e as expectativas para a conclusão do tratamento. Tais objetivos são componentes do Programa Nacional de Controle do Câncer pelo Sistema Único de Saúde, cujas metas são principalmente, cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

O alívio eficaz da dor depende de uma avaliação muito abrangente, a fim de identificar os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, e como base para intervenções multidisciplinares.

Sugere-se então, a realização de novas pesquisas com vistas a abordar o paciente em diferentes momentos e situações, fornecendo dados clínicos mais abrangentes, acompanhando e avaliando de perto a influência que a dor causa na qualidade de vida, explorando e prevendo suas tendências.

Conclusão

Os resultados mostraram a ocorrência de dor, afetando a qualidade de vida e comprometendo as atividades diárias de vida.

Colaborações

Mendes TR contribuiu na concepção do projeto, execução da pesquisa, interpretação dos resultados e redação final do artigo. Boaventura RP colaborou na revisão e formatação final do artigo. Castro MC cooperou na coleta de dados do trabalho. Mendonça MAO contribuiu com a concepção do projeto, revisão e redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Genebra, 2011. [citado 2014 Jan 27]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf?ua=1>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasis). Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM [Internet]. [citado 2014 Jan 27]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>.
3. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos [Internet]. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. 320p.

4. Thomaz, A. Dor oncológica: conceitualização e tratamento farmacológico. *Revista Onco*, 2010; p. 24-9, ago./set. 2010. Disponível em: <http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2010/11/artigo2_edicao1.pdf>. Acesso em 05 out.2012.
5. II Consenso Nacional de Dor Oncológica. São Paulo: EPM - Editora de Projetos; 2011. 176p.
6. Organização Mundial de Saúde. Grupo WHOQOL. Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL). [Internet]. Porto Alegre; 1998. [citado 2012 Out 6]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>.
7. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2001. [citado 2014 Jan 20]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf>.
8. Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(3):157–82.
9. Bottino SM, Fraguas R, Gattaz WF. Depressão e câncer. *Rev Psiquiatr Clin*. 2009;36(3):109-15.
10. Silva PB, Lopes M, Trindade LC, Yamanouchi CN, Controle dos sintomas e intervenção nutricional. Fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Rev Dor*. 2010;(4):282-8.
11. Arrarás JI, Arias de la Veja F, Ilarramendi JJ, Manterola A, Salgado E, Domínguez MA, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de oncología del Hospital de Navarra. *Ann Sis San Navarra*. 2011;34(1):9-20.
12. Nguyen TV, Bosset JF, Monnier A, Fournier J, Perrin V, Baumann C, et al. Determinants of patient satisfaction in ambulatory oncology: a cross sectional study based on the OUT-PATSAT35 questionnaire. *BMC Cancer*; 2011;11:526.
13. Zandonai AP, Cardozo FM, Nieto IN, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev Eletron Enferm*. 2010;12(3):554-61.
14. Rodriguez KL, Bayliss N, Alexander SC, Jeffreys AS, Olsen MK, Pollak KI, et al. How oncologists and their patients with advanced cancer communicate about health-related quality of life. *Psychooncology*. 2010;19(5):490–9.
15. Instituto Nacional do Câncer. Tratamento do câncer no SUS [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2006. [citado 2014 Jan 27]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_tratamento_cancer_sus.pdf>.
16. Terra FS, Costa AM, Damasceno LL, Lima TS, Filipini CB, Leite MA. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. *Rev Bras Clin Med*. 2013;11(2):112-7.
17. Apolone G, Corli O, Caraceni A, Negri E, Deandrea S, Montanari M, Greco MT; Cancer Pain Outcome Research Study Group (CPOR SG) Investigators. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. *Br J Cancer*. 2009; 100(10):1566–74.

Contribuição do curso especialização, modalidade de residência para o saber profissional

Contribution of a residency specialization program to professional know-how

Rosana Maria de Oliveira Silva¹

Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro¹

Josicélia Dumêt Fernandes¹

Lázaro Souza da Silva¹

Giselle Alves da Silva Teixeira¹

Descritores

Especialização; Educação de pós-graduação em enfermagem; Educação em enfermagem; Internato e Residência; Educação profissionalizante

Keywords

Specialization; Education, nursing, graduate; Education, nursing; Internship and resident; Education, professional

Submetido

3 de Abril de 2014

Aceito

2 de Junho de 2014

Autor correspondente

Rosana Oliveira Silva
Rua Auristides, 2, Salvador, BA, Brasil.
CEP: 40210-340
rosanaosilva@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400060>

Resumo

Objetivo: Analisar a contribuição do curso de especialização em Enfermagem, sob a modalidade de residência, para o saber profissional de egressos.

Métodos: Pesquisa qualitativa realizada com 40 enfermeiros egressos do curso de especialização sob a modalidade de residência. As entrevistas foram realizadas, transcritas e analisadas conforme análise de conteúdo temático.

Resultados: As informações foram agrupadas por similaridade em duas categorias: (1) desenvolvimento do saber profissional e (2) formação dedutiva/indutiva. A primeira permitiu identificar as seguintes contribuições proporcionadas pelo curso: embasamento teórico na realização das práticas, segurança no desenvolvimento do trabalho e identidade profissional. Já a segunda expôs contribuições proporcionadas pelo curso como visão ampliada da assistência para além do biológico e formação de um profissional capacitado.

Conclusão: O curso contribuiu para o desenvolvimento do saber profissional dos egressos ao aprofundar o conhecimento técnico-científico de forma racional, crítica e reflexiva, com base na formação dedutiva/indutiva.

Abstract

Objective: Analyze the contribution of a Nurse residency specialization program to the graduates' professional know-how.

Methods: Qualitative research, involving 40 nurses graduated from a residency specialization program. Interviews were held, transcribed and analyzed using thematic content analysis.

Results: The information was grouped according to similarity in two categories: (1) development of professional know-how and (2) deductive/inductive education. Based on the first, it was identified that the course provided the following contributions: theoretical foundations in the accomplishment of the practices, safety in the development of work and professional identity. The second showed the course's contributions as an expanded view on care beyond the biological and the preparation of a trained professional.

Conclusion: The course contributed to the development of the graduates' professional knowledge by deepening the technical-scientific knowledge in a rational, critical and reflexive manner, based on deductive/inductive education.

¹Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Na era do conhecimento, o saber profissional e as novas abordagens acerca de competências no mundo do trabalho, marcado pela crescente demanda de profissionais que competem por uma vaga no mercado, têm modificado as políticas e as práticas de gestão dos recursos humanos nas organizações, além de ampliar as exigências para o perfil profissional no processo de seleção e contratação.

Essa visão direciona para a necessidade de um perfil de profissionais capazes de assumir responsabilidades e tomar decisões, buscando resolutividades em situações complexas, e construindo e reconstruindo saberes.

Torna-se importante compreender que “saber” e “conhecer” são termos distintos. O saber é um produto objetivo e comunicável, sendo transmissível e compartilhável, ao passo que o conhecimento é subjetivo, pessoal e intransmissível, resultante das experiências vividas no âmbito da cognição. Para o saber profissional, deve haver uma relação do indivíduo com o outro, com profissionais, equipe e com o conhecimento, pois o aprender envolve a história pessoal, as referências, as concepções de vida, suas imagens, fantasias, ilusões, objetivos e significações.⁽¹⁾

Teoricamente, há dois fatores significativos na aquisição e no desenvolvimento de conhecimentos para o exercício profissional do enfermeiro. O primeiro fator se refere à aprendizagem experiencial e o segundo representa a aprendizagem formal, com implicações para a prática e a política organizacional.⁽²⁾ Nessa política, o profissional capaz de resolver problemas, partilhar ideias e visões torna-se essencial na organização.⁽³⁾

Dessa forma, ele precisa adquirir competências essenciais no âmbito do contexto de trabalho, que envolvem conhecimentos específicos, habilidades e atitudes compatíveis com as situações que surgem para a tomada de decisão, no âmbito individual e coletivo.

Para atender essa realidade, cursos de especialização em enfermagem sob a modalidade residência, estimulam a continuidade de estudos para recém-graduados; oferecem oportunidade para aprofundar

o conhecimento técnico-científico; possibilitam o treinamento aos cargos de chefia e liderança; ampliam as oportunidades no mundo do trabalho; e acompanham as inovações tecnológicas.^(4,5) Com o intuito de viabilizar a modalidade do curso, foram constituídos convênios e parcerias com organizações hospitalares, públicas e privadas, que assumiram as bolsas para os residentes e o campo de estágio com preceptoria. Esses convênios produzem vantagens diretas e bilaterais ao possibilitar o amadurecimento profissional sistematizado além de facilitar a inserção de recém-graduados no mercado reduzindo o turnover das organizações.^(6,7)

O curso enriquece a passagem do enfermeiro recém-graduado para especialista.⁽⁶⁾ Além de proporcionar qualificação técnica, gerencial e de ensino em áreas específicas,^(4,8) o curso estimula o aluno, dedicado integralmente, a ser sujeito de seu aprendizado, realizando a integração teoria e prática, promovendo a participação em seminários e eventos científicos, e desenvolvendo atividades grupais, de pesquisas, estudos de casos sob a orientação de docentes e/ou preceptores. O estágio é desenvolvido sob a forma de rodízio em instituição pública e privada, sob a supervisão de uma enfermeira para cada três residentes.^(8,9) Dessa forma, a capacitação nesse curso é considerada ideal ao recém-graduado, por proporcionar treinamento em cenário real de trabalho, ampliando as oportunidades de empregabilidade. Vale ressaltar que, nessa modalidade de curso, o aprendizado é coletivo, baseado em processos de vivências, relações interpessoais e compartilhamento do conhecimento individual enriquecendo. Estas ideias permitem inferir que os saberes da experiência supõem continuidade entre a cultura adquirida e os novos saberes.⁽¹⁰⁾

O conhecimento produzido e apreendido durante o curso possibilita ao enfermeiro egresso a aplicação de seu saber, que pode resultar em mudanças essenciais no desenvolvimento organizacional, ao assegurar, na prestação de serviço, competências em uma determinada área do saber. Consequentemente, sabe-se que os serviços de Enfermagem com pessoal qualificado proporcionam elevado padrão de qualidade no atendimento ao cliente.⁽¹¹⁾

Este estudo teve como objetivo analisar a contribuição do curso de especialização em enfermagem, modalidade residência para o saber profissional dos egressos.

Métodos

Pesquisa qualitativa, desenvolvida em uma Universidade Pública da cidade de Salvador, estado da Bahia, região nordeste do Brasil.

A população do estudo foi composta por 40 enfermeiros egressos do curso de especialização sob a modalidade residência no período de 1996 a dezembro de 2009. Dentre os enfermeiros da amostra, 38 eram mulheres e todos eles estavam inseridos no mercado de trabalho na área da Enfermagem.

Foram adotados como critérios de inclusão a conclusão do curso no período de 1996 a 2009 e residir na cidade de Salvador. O número de participantes foi determinado pelo critério da exaustividade de novas informações.

O instrumento para a coleta das informações foi um roteiro para entrevista semiestruturada constituído por dois blocos: um com a caracterização dos participantes e outro com as questões norteadoras.

As entrevistas foram realizadas em locais privativos, definidos pelos participantes e duraram cerca de 40 minutos. As entrevistas foram transcritas na íntegra, para realização da análise de conteúdo temática.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

As informações foram agrupadas por similaridade em duas categorias: (1) desenvolvimento do saber profissional e (2) formação dedutiva/indutiva.

A categoria “desenvolvimento do saber profissional” permitiu identificar as seguintes contribuições proporcionadas pelo curso: embasamento teórico na realização das práticas, segu-

rança no desenvolvimento do trabalho e identidade profissional.

Em relação à segunda categoria, foi possível extrair contribuições proporcionadas pelo curso, como visão ampliada da assistência para além do biológico e formação de profissional capacitado.

Discussão

As limitações dos resultados obtidos foram inerentes ao método, considerando que o material empírico demandou de relatos dos participantes de um curso específico e pertencentes ao contexto hospitalar.

A aplicabilidade deste estudo ocorreu no âmbito do próprio curso, estendendo-se para outras Instituições de ensino superior de Enfermagem, estimulando novos projetos e dando visibilidade de sua qualidade por meio dos relatos dos egressos sobre as contribuições do curso para sua vida profissional.

Nos relatos apresentados, a categoria “desenvolvimento do saber profissional” emergiu quando os participantes relataram as contribuições do curso.

Os conhecimentos profissionais são essencialmente pragmáticos porque são modelados e voltados para solucionar problemas que requerem, do profissional, reflexão, discernimento e compreensão para organizar a tomada de decisão.⁽¹²⁾ Nesse sentido, para realizar procedimentos e agir com segurança em situações de intercorrências, o enfermeiro precisa ter conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes com as necessidades da situação, momento em que se evidencia sua competência. No âmbito da Enfermagem, as questões gerenciais e assistenciais ao cliente e à família nas organizações de saúde.

Nesse sentido, o enfermeiro egresso do curso teve a oportunidade de desenvolver os saberes teórico e prático – esse último definido como aquele adquirido no trabalho e que permite ao profissional resolver problemas respaldados no saber teórico e nas suas experiências. Tal saber profissional envolve a compreensão do que fazer e a articulação dos saberes para planejar e executar um trabalho,

com base em princípios técnico-científicos socialmente compartilhados.

Ao desenvolver o saber específico na área, o profissional aplica seu conhecimento nas suas ações, de forma racional, reflexiva e crítica, e transforma os cenários de sua prática profissional, elevando sua autoestima, sua satisfação e sua segurança ao desenvolver seu trabalho.^(12,13)

Os egressos afirmaram ter reconstruído sua identidade profissional, ao oportunizar o trabalho como uma das formas de aquisição de conhecimentos. Essa identidade é importante para o bom desempenho no trabalho e para a ascensão da imagem profissional.⁽¹⁴⁾

O curso melhorou a socialização e aumentou o sentimento de valorização e de reconstrução identitária do profissional, razões importantes para o bom desempenho no trabalho, e consequentemente, para um perfil profissional diferenciado.

Na categoria “formação dedutiva/indutiva”, os enfermeiros referiram que o curso proporcionou visão ampliada da assistência para além do biológico, refletida pela ampla visão contextual na qual é possível direcionar o olhar para além da questão física e da doença que acomete o cliente, contribuindo para o desenvolvimento do saber prático que lhe permitiu resolver problemas, refletir sobre atitudes, ideias e sentimentos, e redefinir relações a partir dos cenários de sua prática. Assim, é nítido que esse “saber ser profissional” desenvolvido durante o curso, com a mobilização dos repertórios individuais em diferentes contextos, tornou-se efetiva em sua ação.

Nesse contexto, utilizar argumentos lógicos, dedutivos e indutivos, na compreensão e aplicação do conhecimento permitiu que o enfermeiro desenvolvesse seu saber profissional. Esses saberes, mobilizados e construídos na prática, copertencem, coevoluem e se transformam.⁽¹³⁾

O enfermeiro, ao utilizar métodos de pensar lógico, construir, projetar, testar, descrever e explicar seu processo de trabalho, que precedem à análise, ao julgamento e à decisão, após observações sistemáticas e/ou assistemáticas, amplia seu conhecimento e desenvolve seu saber profissional.

Na atuação profissional a atividade produtiva depende do conhecimento e da capacidade de pensar de forma crítica, reflexiva,^(15,16) criativa e do agir e adaptar-se às mudanças rápidas da sociedade, nas quais a empregabilidade está associada às competências técnicas, à capacidade de decisão, à comunicação oral e escrita, e ao trabalho em equipe. Há ainda a valorização, principalmente, quando existe habilidade para estabelecer relações e assumir lideranças.⁽¹⁴⁾

Durante o curso de especialização em Enfermagem sob a forma de residência, o enfermeiro egresso teve a oportunidade de ampliar seu conhecimento para o desenvolvimento de saberes essenciais e atuar com competência em sua profissão, transformando o seu modo de pensar e fazer no ambiente de trabalho.

Conclusão

O curso de especialização em Enfermagem sob a forma de residência contribuiu para o desenvolvimento do saber profissional dos egressos, tendo como base a formação dedutiva/indutiva, ao proporcionar embasamento teórico na realização das práticas, na segurança no desenvolvimento do trabalho, na identidade profissional e na visão ampliada da assistência para além do biológico, qualificando o desenvolvimento de sua atuação nos cenários de prática.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) processo de numero 303875/2013-5.

Colaborações

Silva RMO; Cordeiro ALAO; Fernandes JD e Teixeira GAS contribuíram com a concepção, elaboração do projeto, coleta e análise dos dados, redação do artigo, revisão para publicação e aprovação final da versão a ser publicada. Silva LS colaborou com a transcrição dos dados e a formatação para publicação.

Referências

1. Laburú CE, Barros MA, Kanbach BG. [The relationship with the professional knowledge of the high school physics teacher and the failure of implementation of experimental activities]. *Invest Ensino Ciênc.* 2007;12(3):305-20. Portuguese.
2. Covell CL, Sidani S. Nursing intellectual capital theory: operationalization and empirical validation of concepts. *J Adv Nurs.* 2013; 69(8):1785-96.
3. Pérez MD, Contreras YL, Amador SR. [The human factor as catalyst for the enterprises process in the information and knowledge management]. *ACIMED.* 2009; 20(5):42-55. Spanish.
4. Almeida MH, Oliveira C. [Specialization course in medical-surgical nursing in the form of residence: report of the experience of 1st year]. *Rev Bras Enferm.* 1975;28:88-97. Portuguese.
5. Michel JL, Vieira CM, Gutiérrez MG. [Specialists in medical-surgical nursing: there is interest in this practice?]. *Acta Paul Enferm.* 1992;5(1/4):26-35. Portuguese.
6. Poynton MR, Madden C, Bowers R, Keefe M. Nurse residency program implementation: the Utah experience. *J Healthc Manag.* 2007;52(6):385-96; discussion 396-7.
7. Pine R, Tart K. Return on Investment: Benefits and Challenges of a Baccalaureate Nurse Residency Program. *Nurs Econ.* 2007;25(1):13-8,39.
8. Azevedo ND. [Training of specialist nurses in intensive care]. *Rev Baiana Enferm.* 1995; 8(1/2):160-8. Portuguese.
9. Cordeiro AL, Cruz EA. [Nursing specialization course in residency format at the Federal University of Bahia]. *Rev Baiana Enferm.* 2001;14(1):67-71. Portuguese.
10. Fartes LB. [Professional training, professions and crisis of identity in the knowledge society]. *Cad Pesqui.* 2008;38(135):583-5. Portuguese.
11. Covell CL, Sidani S. Nursing intellectual capital theory: testing selected propositions. *J Adv Nurs.* 2013; 69(11):2432-45.
12. Tardif M. [Professional knowledge of teachers and university knowledge: elements for an epistemology of professional practice of teachers and their consequences in relation to training for teaching]. *Rev Bras Educ.* 2000;13:5-24. Portuguese.
13. Silva EL, Cunha MV. [The professional education in the XXI century: challenges and dilemmas]. *Ci Inf.* 2002;31(3):77-82. Portuguese.
14. Silva EV, Kirschbaum DI. [Elements that define the identity of nurses according to undergraduate students]. *Rev Gaúcha Enferm.* 2001;22(1):83-100. Portuguese.
15. Hatlevik I, Katrine R. The theory-practice relationship: reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. *J Adv Nurs.* 2011;68(4):868-77.
16. Lechasseur K, Lazure G, Guilbert L. Knowledge mobilized by a critical thinking process deployed by nursing students in practical care situations: a qualitative study.(Report). *J Adv Nurs.* 67(9):1930-40.

Alterações nos parâmetros fisiológicos dos recém-nascidos sob oxigenoterapia na coleta de gasometria

Alterations in the physiological parameters of newborns using oxygen therapy in the collection of blood gases

Andréa Lopes Barbosa¹

Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso¹

Descritores

Recém-nascido; Processos fisiológicos;
Oxigenoterapia; Gasometria;
Enfermagem neonatal

Keywords

Newborn infants; Physiological
processes; Oxygen inhalation therapy;
Blood gas analysis; Neonatal nursing

Submetido

23 de Março de 2014

Aceito

23 de Junho de 2014

Resumo

Objetivo: Identificar as alterações que ocorrem nos parâmetros fisiológicos dos recém-nascidos sob oxigenoterapia na coleta de gasometria arterial, comparando os momentos imediatamente antes, imediatamente depois, e cinco minutos depois do procedimento.

Métodos: Estudo longitudinal, do tipo antes e depois. Amostra composta por 67 recém-nascidos sob oxigenoterapia que receberam punção arterial para gasometria.

Resultados: O grupo de recém-nascidos em Oxi-Hood sofreu alterações significativas ($p < 0,05$) na frequência cardíaca, pulso e saturação de oxigênio. Os recém-nascidos em ventilação mecânica obtiveram alterações de frequência respiratória e pulso e aqueles sob CPAP nasal não mostraram instabilidade dos parâmetros fisiológicos.

Conclusão: O estímulo doloroso causado pela coleta de gasometria nos recém-nascidos mostrou variações de todos os parâmetros fisiológicos, porém, para tal procedimento, as alterações foram diferentes em cada modalidade de oxigenoterapia.

Abstract

Objective: To identify the changes that occur in the physiological parameters of newborns under oxygen therapy during the collection of arterial blood gases, comparing the moments immediately before, immediately after, and five minutes after the procedure.

Methods: A longitudinal study, of the before and after research design. The sample was composed of 67 newborns under oxygen therapy that had an arterial puncture for blood gas analysis.

Results: The group of newborns in an Oxyhood experienced significant alterations ($p < 0.05$) in heart rate, pulse and oxygen saturation. Newborns on mechanical ventilation had alterations in respiratory rate and pulse, while those with nasal CPAP showed no instability in physiological parameters.

Conclusion: The painful stimulus caused by the collection of blood gases in newborns showed changes in all physiological parameters, however, for such a procedure, the changes were different for each mode of oxygen therapy.

Autor correspondente

Andréa Lopes Barbosa
Av. da Universidade, 2853, Fortaleza,
CE, Brasil. CEP: 60020-181
andrea_lopes_barbosa@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400061>

¹Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Um dos marcos interferentes na diminuição da mortalidade neonatal foi a instalação de modernas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais equipadas com recursos humanos e tecnologias de média e alta complexidade.

Os distúrbios respiratórios são apontados como um dos principais responsáveis pelas admissões nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais.⁽¹⁾ Dessa maneira, os recém-nascidos que apresentam distúrbios respiratórios podem necessitar de alguma modalidade oxigenoterápica, exigindo monitorização e procedimentos indispensáveis para um diagnóstico precoce e, conseqüentemente, para manter a vida desses indivíduos. Logo, o enfermeiro deve estar apto a perceber tais alterações, assim como os motivos causadores dessas mudanças no estado respiratório dos neonatos.

A permanência do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, considerada uma unidade de alto risco, requer uma série de procedimentos dolorosos e o estresse causado pela dor pode levar a uma instabilidade clínica deste.⁽²⁾ Em meio de tantos procedimentos considerados agressivos aos pequenos sujeitos, a coleta de sangue para gasometria é uma prática frequente dos(as) enfermeiros(as) nas unidades de alto risco, principalmente quando se trata de neonatos com pequena idade gestacional (IG), baixo peso e criticamente doentes.⁽³⁾

A capacidade de analisar a gasometria e relacionar os resultados com a avaliação física do paciente é fundamental na prática de enfermagem e para a identificação de comprometimento respiratório.⁽⁴⁾

Salienta-se que, por ser um procedimento doloroso, a coleta de gasometria pode levar a alterações dos parâmetros fisiológicos dos recém-nascidos e, conseqüentemente, comprometer o estado neurológico desses pequenos pacientes.

O objetivo deste estudo é identificar as alterações que ocorrem nos parâmetros fisiológicos dos recém-nascidos sob oxigenoterapia durante a realização da coleta de gasometria arterial, fazendo uma comparação entre os momentos imediatamente antes, imediatamente depois e cinco minutos depois do procedimento.

Métodos

Estudo longitudinal, do tipo antes e depois, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de uma instituição pública de referência, destinada à prestação de serviço e à formação de profissionais, localizada na cidade de Fortaleza, Capital do Ceará, situada na Região Nordeste do Brasil.

A amostra (n) foi composta de 67 recém-nascidos que fizeram uso de oxigenoterapia e que necessitaram da coleta de gasometria arterial. Foi efetuada uma amostragem não-probabilística por conveniência do tipo consecutiva.

Foram selecionados os recém-nascidos, independente da idade gestacional com, no mínimo, seis horas de vida e internados em leitos de alto risco nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais nominadas de π e β . Os recém-nascidos deveriam possuir algum distúrbio respiratório e estar submetidos a alguma modalidade de oxigenoterapia por, no mínimo, seis horas.

As modalidades de oxigenoterapia incluídas no presente estudo foram: tenda de oxigênio (Oxi-Hood), *Continuous Positive Airway Pressure*-Pressão Contínua nas Vias Aéreas (CPAP nasal) e ventilação mecânica (VM).

Foram excluídos os recém-nascidos com menos de seis horas de extubação, devido à instabilidade hemodinâmica e respiratória. Em consequência disso, também se excluíram os neonatos com quadro de hipertensão pulmonar persistente; com quadro febril; os filhos de mães usuárias de droga e os malformados.

Os parâmetros fisiológicos verificados foram os de frequência respiratória, frequência cardíaca, pulso e saturação de oxigênio, em três momentos distintos: imediatamente antes, imediatamente depois e cinco minutos após o procedimento. Tais critérios foram escolhidos com o intuito de comparar os parâmetros fisiológicos nos três momentos do estudo e examinar se houve ou não alterações desses parâmetros.

Ressalte-se que a frequência respiratória e a cardíaca foram medidas a partir da contagem dos movimentos torácicos e ausculta cardíaca, respectivamente, durante um minuto, com auxílio de um

cronômetro, enquanto o pulso e a saturação de O₂ foram registrados através do monitor ou oxímetro de pulso multiparamétrico da marca *Dixtal*®.

Na prática clínica, a frequência cardíaca pode ser derivada das taxas de pulso, por serem parâmetros da mesma natureza.⁽⁵⁾

Antes da efetivação da coleta de dados, realizou-se um teste piloto com quinze recém-nascidos sobre a avaliação dos parâmetros fisiológicos dos recém-nascidos e para avaliação da confiabilidade, utilizou-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) em todos os parâmetros fisiológicos que mostraram ótima concordância entre as avaliadoras.

Os dados obtidos foram registrados em formulário, contemplando a variável preditora ou independente: o procedimento de coleta de gasometria realizado pelo enfermeiro e algumas variáveis de desfecho ou dependentes, como os parâmetros fisiológicos de frequência respiratória e cardíaca.

Os dados foram apresentados em uma tabela, sendo processados no *software* SPSS® versão 14.0, para a realização dos procedimentos estatísticos. As variáveis quantitativas, contínuas e discretas foram inicialmente analisadas pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*, no entanto estabeleceu-se que não houve normalidade na distribuição da população. Por conseguinte, utilizou-se o teste de *Friedman* para comparar as medidas de tendência central (média e mediana) dos parâmetros fisiológicos, bem como as medidas de dispersão (desvio padrão e os percentis 25 e 75).

Como dos 67 recém-nascidos submetidos ao procedimento de gasometria apenas quatro eram a termo, sendo 63 pré-termo, os neonatos foram considerados indistintamente para analisar as faixas de normalidade dos parâmetros fisiológicos na execução da coleta de gasometria. Dessa maneira, as médias das variáveis do total de recém-nascidos foram iguais às médias dos pré-termos.

Em todos os testes efetuados, estabeleceu-se em 0,05 (5%) a probabilidade α do erro tipo I (nível de significância), sendo considerado como estatisticamente significativo um valor $p < 0,05$. Optou-se por marcar com um asterisco os valores significantes.

Ressalte-se que nas unidades de alto risco em que o estudo foi desenvolvido não havia rotina preventiva da dor para os procedimentos dolorosos, salvo alguns recém-nascidos intubados que estavam sedados, que foram excluídos. Nas unidades de alto risco do presente estudo, a amostra de sangue arterial é coletada pelo enfermeiro.

O desenvolvimento do estudo atendeu às exigências das normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Na tabela 1, foram organizados dados relativos às respostas dos parâmetros fisiológicos dos neonatos decorrentes do procedimento de coleta de gasometria arterial.

Ao avaliar o conjunto de variáveis fisiológicas referente ao procedimento de gasometria, verificou-se que a frequência respiratória foi significativamente menor cinco minutos após esta prática nos recém-nascidos em VM, quando comparado ao momento imediatamente depois, não havendo influência dessa variável para os grupos de Oxi-Hood e CPAP nasal.

A FC diminuiu cinco minutos depois da coleta de gasometria nos recém-nascidos em Oxi-Hood, conferindo uma redução desse parâmetro em relação ao momento imediatamente depois do procedimento.

A variável pulso nos neonatos em Oxi-Hood obteve redução cinco minutos depois da gasometria, quando comparado ao momento imediatamente após, e os recém-nascidos em VM elevaram o pulso imediatamente depois do procedimento em relação ao antes, porém, cinco minutos depois, conseguiram retornar aos valores iniciais.

A SpO₂ aumentou discretamente cinco minutos depois da coleta de gasometria nos neonatos em Oxi-Hood, ratificando uma estabilização dessa variável em relação ao momento imediatamente depois do procedimento.

Diante dos resultados descritos para o procedimento de gasometria, pôde-se perceber que houve alterações fisiológicas dos recém-nascidos em Oxi

Tabela 1. Comparação das medidas de tendência central e dispersão dos parâmetros fisiológicos dos recém-nascidos, por modalidade de oxigenoterapia, para o procedimento de gasometria

Variáveis	Média ± DP	P ₂₅ -P ₅₀ -P ₇₅	p-value*
FR			
Oxi-Hood			0,313
Antes	54,0 ± 17,0	40,7 -54,0- 60,2	
Depois	57,1 ± 14,7	45,7 -56,0- 70,5	
5 min depois	53,1 ± 14,0	42,0 -52,0- 64,2	
CPAP			0,976
Antes	49,1 ± 15,8	38,0 -50,0- 61,0	
Depois	53,1 ± 17,5	43,0 -53,0- 68,0	
5 min depois	48,1 ± 16,2	29,0 -48,0- 68,0	
VM			0,013*
Antes	53,2 ± 13,8	42,8 -50,0- 62,0	
Depois	55,8 ± 15,6	44,5 -56,0- 67,0	
5 min depois	51,0 ± 14,6	39,5 -50,0- 61,0	
FC			
Oxi-Hood			0,039*
Antes	142,4 ± 18,0	128,0 -142,0- 153,0	
Depois	149,0 ± 20,4	132,0 -146,0- 161,0	
5 min depois	141,0 ± 20,1	132,0 -136,0- 149,0	
CPAP			0,814
Antes	143,0 ± 12,5	136,0 -140,0- 152,0	
Depois	143,4 ± 15,5	128,0 -148,0- 156,0	
5 min depois	145,4 ± 17,1	126,0 -152,0- 160,0	
VM			0,227
Antes	156,5 ± 60,5	136,0 -148,0- 162,0	
Depois	159,0 ± 56,1	138,0 -156,0- 164,0	
5 min depois	145,0 ± 19,2	128,0 -148,0- 160,0	
Pulso			
Oxi-Hood			0,016*
Antes	139,5 ± 15,2	128,0 -140,0- 150,7	
Depois	145,3 ± 17,7	129,0 -145,5- 158,2	
5 min depois	137,9 ± 14,7	128,0 -134,5- 145,2	
CPAP			0,076
Antes	140,5 ± 13,2	133,0 -145,0- 150,0	
Depois	145,8 ± 12,3	133,0 -151,0- 153,0	
5 min depois	141,0 ± 18,0	124,0 -148,0- 154,0	
VM			0,009*
Antes	145,1 ± 20,0	131,0 -146,0- 160,0	
Depois	150,0 ± 19,2	141,0 -152,0- 167,0	
5 min depois	144,3 ± 19,0	126,0 -146,0- 160,5	
SpO ₂			
Oxi-Hood			0,049*
Antes	97,4 ± 1,3	96,0 -98,0- 98,0	
Depois	96,1 ± 5,0	95,0 -97,5- 98,2	
5 min depois	97,6 ± 1,3	97,0 -98,0- 99,0	
CPAP			0,381
Antes	97,1 ± 2,5	96,0 -97,0- 100,0	
Depois	96,3 ± 3,6	96,0 -97,0- 99,0	
5 min depois	96,8 ± 3,0	96,0 -97,0- 99,0	
VM			0,957
Antes	96,7 ± 2,0	96,0 -97,0- 98,0	
Depois	96,7 ± 2,5	96,0 -97,0- 99,0	
5 min depois	96,6 ± 2,6	95,5 -98,0- 98,0	

n Oxi-Hood= 34; n CPAP= 10; n VM= 23; n= 67; P₂₅-P₅₀-P₇₅-Medianas; *p de Friedman; p<0,05

-Hood (FC, pulso e SpO₂) e VM (FR e pulso), mas os neonatos sob CPAP nasal não mostraram instase refere aos parâmetros estudados no procedimento de gasometria.

Discussão

A gasometria arterial é um exame invasivo que fornece valores e permite analisar os gases sanguíneos, assim como o equilíbrio ácido-base. Os valores gasométricos são solicitados pelo médico quando a clínica do RN criticamente doente propõe alguma alteração na oxigenação, na ventilação ou no estado ácido-básico.

A análise das medidas gasométricas orienta o médico sobre como o profissional pode intervir no tratamento de um paciente que está sob utilização de algum tipo de oxigenoterapia em longo prazo para tentar obter êxito na oxigenação desse paciente, através de alterações nos parâmetros dos suportes ventilatórios, os quais estão submetidos.⁽⁶⁾

Por outra parte, o(a) enfermeiro(a) conhecendo também as medidas gasométricas poderá atuar evitando problemas que possam vir a piorar o estado ventilatório do neonato, como por exemplo, um mal posicionamento do tubo orotraqueal (TOT), o funcionamento ineficaz do respirador ou até mesmo uma “rolha” de secreção no TOT. Cuidados como estes conduzem a uma melhora das trocas gasosas do neonato doente, fazendo com que ele evolua de forma positiva mais rapidamente.

Ao escolher o local da punção arterial, deve-se refletir sobre a facilidade de acesso ao vaso e o tipo de tecido periarterial, visto que os músculos, tendões e gorduras são menos sensíveis à dor que o periosteio e fibras nervosas.⁽⁷⁾ Com isso, deve-se considerar a gasometria, pela própria punção, como uma prática dolorosa.

A avaliação da dor pode ser feita pela observação dos parâmetros fisiológicos (aumento da FC e pressão arterial e redução da SpO₂) e comportamentais (choro, mímica facial, agitação, além de outros).⁽⁸⁾

Estudos laboratoriais e da prática clínica asseguram que a dor neonatal não controlada pode causar efeitos adversos na saúde e desenvolvimento neurológico em longo prazo. Uma pesquisa realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de São Paulo objetivou avaliar a reatividade fisiológica e comportamental dos RNPT durante diferentes fases do procedimento de punção arterial. Para tal avaliação foi utilizado o Sistema de Codificação Facial (NFCs) e a monitorização à beira do leito. Os resultados mostraram que os RN anteciparam a reação ao estímulo doloroso de punção arterial, apresentando alterações significativas da atividade facial, FC, estado de vigília e sono, no momento da realização da antisepsia anterior à punção arterial.⁽⁹⁾

Ao avaliar o conjunto de variáveis fisiológicas referente ao procedimento de gasometria, verificou-se que a FR foi significativamente menor cinco minutos após esta prática nos RN em VM, quando comparado ao momento imediatamente depois, não havendo influência dessa variável para os grupos de Oxi-Hood e CPAP nasal. É possível que, para este procedimento doloroso, os neonatos em VM tenham sido mais sensíveis à dor, haja vista que todos os RN que se encontravam nesta modalidade oxigenoterápica eram prematuros e não se encontravam sedados.

A FC diminuiu cinco minutos depois da coleta de gasometria nos RN em Oxi-Hood, conferindo uma redução deste parâmetro em relação ao momento imediatamente depois do procedimento. Como os bebês em Oxi-Hood são hemodinamicamente mais estáveis que os neonatos em CPAP nasal e VM, supõe-se que o estímulo doloroso causou agitação e aumento da FC logo após a coleta de gasometria, mas em função do quadro clínico destes RN, eles conseguiram uma rápida diminuição da FC. De acordo com alguns autores, há indicadores fisiológicos de dor e, dentre eles, encontram-se: a FC, FR, a SpO_2 e os níveis hormonais.⁽¹⁰⁻¹³⁾

A variável pulso nos neonatos em Oxi-Hood obteve redução cinco minutos depois da gasometria, quando comparado ao momento imediatamente após, e os RN em VM elevaram o pulso imedia-

tamente após o procedimento em relação ao antes, porém, cinco minutos depois, conseguiram retornar aos valores iniciais. Como anteriormente citado, os neonatos em VM, sendo todos pré-termo, estavam mais susceptíveis a sentir dor, por isso, é provável que, imediatamente após o procedimento de gasometria, os RN sentiram dor e elevaram o pulso, entretanto rapidamente conseguiram retornar aos valores anteriores.

A SpO_2 aumentou discretamente cinco minutos depois da coleta de gasometria nos neonatos em Oxi-Hood, ratificando uma estabilização dessa variável em relação ao momento imediatamente depois do procedimento. Dessa forma, é possível considerar que cinco minutos foi tempo suficiente para o RN recuperar-se do estímulo doloroso causado pela picada da agulha no momento da coleta do exame.

Diante dos resultados descritos para o procedimento de gasometria, pôde-se perceber que houve alterações fisiológicas dos RN em Oxi-Hood (FC, pulso e SpO_2) e VM (FR e pulso), mas os bebês sob CPAP nasal não mostraram instabilidade imediatamente antes, depois e cinco minutos depois do procedimento, portanto estes sujeitos exibiram maior estabilidade que os demais, no que se refere aos parâmetros estudados no procedimento de gasometria.

Deve-se realçar que a coleta de gasometria não exige a retirada do suporte oxigenoterápico das VAS em momento algum, sendo necessário que o neonato esteja sob a oxigenoterapia contínua para que os resultados da gasometria tenham credibilidade. Portanto, neste estudo, todos os RN em Oxi-Hood, VM e CPAP nasal estavam sob oxigenação ininterrupta, todavia apresentaram diferentes respostas. As manifestações fisiológicas apresentadas pelos neonatos resultaram do estímulo doloroso causado pela coleta de gasometria.

Diante da dor causada pelo procedimento doloroso, é importante o emprego de medidas que reduzam esta condição. Algumas medidas não-farmacológicas são utilizadas para o alívio da dor, dentre estas: o fornecimento de glicose oral a 25%, posição canguru, a sucção não-nutritiva, enrolamento, chupeta de gaze com leite materno, além de outros.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Conclusão

Os resultados mostraram que as alterações nos parâmetros fisiológicos foram diferentes para cada modalidade de oxigenoterapia durante a coleta de gasometria arterial. O grupo de recém-nascidos em Oxi-Hood sofreu alterações significativas na frequência cardíaca, no pulso e na saturação de oxigênio. Os neonatos em VM obtiveram alterações significantes de frequência respiratória e pulso.

É possível que as variações sofridas nos três tipos de oxigenoterapia estudados estejam relacionadas ao estímulo doloroso causado pela punção arterial que pode ser sentida de maneira distinta pelos neonatos, em cada modalidade oxigenoterápica.

Colaborações

Barbosa AL contribuiu com a concepção do projeto, execução da pesquisa, redação do artigo, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão do artigo. Cardoso MVLML contribuiu com a concepção do projeto, redação do artigo, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Basso CG, Neves ET, Silveira A. The association between attending prenatal care and neonatal morbidity. *Texto & Contexto Enferm*. 2012; 21(2):269-76.
2. Marcatto JO, Tavares EC, Silva YP. Benefits and limitations of the use of glucose for the treatment of pain in neonates: a literature review. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2011;23(2):228-37.
3. Silva TM, Chaves EM, Cardoso MV. Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção arterial. *Esc Anna Nery*. 2009; 13(4):726-32.
4. Ruholl L. Arterial blood gases: analysis and nursing responses. *Medsurg Nurs*. 2006; 15(6):343-51.
5. Chang KM, Chang KM. Pulse rate derivation and its with correlation heart rate. *J Med Biol Eng*. 2009; 29(3):132-7.
6. Soler VM, Sampaio R, Gomes MR. Gasometria arterial-evidências para o cuidado de enfermagem. *Cuidarte*. 2012;6(2):78-85.
7. Viegas CA. Gasometria arterial. *J Pneumol*. 2002; 28(Supl 3):S233-8.
8. Lemos NR, Caetano EA, Marques SM, Moreira DS. Management of pain in the newborn: literature review. *Rev Enferm UFPE*. 2010; 4 (3 Esp): 972-9.
9. Gaspardo CM, Chimello JT, Cugler TS, Martinez FE, Linhares MB. Pain and tactile stimuli during arterial puncture in preterm neonates. *Pain*. 2008;140(1):58-64.
10. Stevens B, Pillai-Riddell RR, Oberlander TE, Gibbins S. Assessment of pain in neonates and infants. In: Anand KJ, Stevens BJ, McGrath PJ. *Pain in neonates and infants*. 3rd ed. Toronto: Elsevier; 2007. p. 66-90.
11. Silva TP, Silva LJ. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido: revisão sistemática. *Acta Med Port*. 2010; 23(3):437-54.
12. Gaspardo CM, Miyase CI, Chimello JT, Martinez FE, Linhares MB. M. Is pain relief equally efficacious and free of side effects with repeated doses of oral sucrose in preterm neonates? *Pain*. 2008;137(1):16-25.
13. Martins SW, Dias FS, Enumo SR, Paula KM. Pain Assessment and control by nurses of a neonatal intensive care unit. *Rev Dor*. 2013;14(1):21-6.
14. Byrd PJ, Gonzales I, Parsons V. Exploring barriers to pain management in newborn intensive care units. *Adv Neonatal Care*. 2009; 9(6):299-306.
15. Aquino FM, Christoffel MM. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. *Rev Rene*. 2010;11(Esp):169-77.
16. Oliveira RM, Silva AVS, Silva LM, Silva AP, Chaves EC, Bezerra SC. Implementação de medidas para alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(2):277-83.

Construção da Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências

Construction of a Professional Competency Matrix of the nurse in emergency services

Flávia Lilalva de Holanda¹

Celina Castagnari Marra¹

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha¹

Descritores

Enfermagem em emergência;
Competência profissional; Enfermagem baseada em evidências; Pesquisa em administração de enfermagem; Papel do profissional de enfermagem; Recursos humanos de enfermagem no hospital/normas

Keywords

Emergency nursing; Professional competence; Evidence-based nursing; Nursing administration research; Nurse's role; Nursing staff, hospital/standards

Submetido

5 de Maio de 2014

Aceito

11 de Junho de 2014

Resumo

Objetivo: Propor Matriz de Competência Profissional para o enfermeiro atuar em serviços de emergências.

Métodos: Trata-se estudo descritivo que detalha aspectos quantitativos, nominais e conceituais das competências propostas. A criação da matriz de Competência foi realizada com base na experiência profissional das pesquisadoras, evidências empíricas e literatura especializada.

Resultados: A Matriz de Competências Profissionais proposta foi constituída por oito competências básicas, sendo-lhes atribuídas 31 Competências Associadas.

Conclusão: A matriz proposta direciona a prática do enfermeiro em nível de excelência, diante das premissas qualidade e acesso no atendimento dos clientes em emergências.

Abstract

Objective: To propose a Professional Competency Matrix for the nurse working in emergency services.

Methods: This is a descriptive study that details quantitative, nominal and conceptual aspects of the proposed competencies. The creation of the Competency Matrix was based on the professional experience of the researchers, empirical evidence, and specialized literature.

Results: The proposed Professional Competency Matrix was composed of eight basic competencies, with 31 associated competencies attributed to them.

Conclusion: The proposed matrix directs nursing practice toward a level of excellence, facing the quality assumptions and access to care for emergency patients.

Autor correspondente

Flávia Lilalva de Holanda
Rua Napoleão de Barros, 754, São
Paulo, SP, Brasil. CEP: 04024-002
flavia.lilalva@unifesp.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400062>

¹Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O modelo de gestão de pessoas nas organizações vem mudando desde as duas últimas décadas do século XX, quando se reformularam conceitos e foram criadas ferramentas para atender às necessidades do mundo globalizado. Apenas buscar a pessoa certa para o lugar certo e com comportamento pouco questionador não é mais suficiente para o cenário atual. Este cenário está calcado em um sistema de gestão voltado para competências organizacionais e individuais, a fim de obter a agregação de valores ao negócio. Assim, buscar um novo perfil de profissional autônomo, flexível e empreendedor gerou a necessidade de evidenciar competências pertinentes a cada área profissional e de acordo com o cliente a que se destina.

Como resultado as empresas e os negócios passam a contar com pessoas capazes de fazer contribuições e entregas com a introdução de novas tecnologias e melhorias constantes do processo de trabalho, sendo agentes transformadores do conhecimento, habilidades e atitudes, caracterizadas por competências individuais. Para defini-las é preciso considerar determinado contexto organizacional, os objetivos estratégicos a serem neles alcançados e as competências que lhe são próprias.

No segmento da Enfermagem, especificamente para trabalhar em emergências, o profissional enfermeiro desenvolve múltiplas ações englobadas em competências profissionais para garantir assistência individualizada, digna e humanizada para quem procura ou solicita esse tipo de atendimento.^(1,2)

A compreensão de cada competência depende da definição precisa de conceitos pelo uso de um sistema de linguagem padronizado. Segundo a literatura o uso efetivo da linguagem padronizada é necessário para apresentar claramente seus elementos constituintes e a possibilidade de mensuração desses elementos.⁽³⁾

Quais competências devem ter um enfermeiro para garantir o atendimento com qualidade de clientes em serviços de emergências?⁽⁴⁻⁸⁾ Para responder esta questão, o presente estudo teve como objetivo propor Matriz de Competência

Profissional para o enfermeiro atuar em Serviços de Emergências.

Métodos

Tratou-se de um estudo descritivo sobre a criação da matriz de competência profissional mínima do enfermeiro para atuar em emergências, desenvolvido no período de abril a outubro de 2013, em uma universidade pública na cidade de São Paulo, região sudeste do Brasil.

A criação da matriz de Competência foi realizada com base na experiência profissional das pesquisadoras, evidências empíricas e literatura especializada. Entende-se por Matriz de Competência um conjunto de competências mínimas necessárias, Básicas e Associadas caracterizadoras de atividade profissional do enfermeiro em emergências.

Na construção da Matriz utilizou-se raciocínio dedutivo e indutivo para definição das Competências Básicas e das Competências Associadas, sempre calcadas em duas premissas essenciais no atendimento dos clientes em emergências: qualidade e acesso. Estas premissas se justificam uma vez que a superlotação e a manutenção da qualidade dos cuidados estão entre os principais desafios para o enfermeiro gerenciar cotidianamente às emergências.

Inicialmente determinou-se o número possível de Competências Básicas e a denominação de cada uma e seu respectivo conceito. Assim optou-se por:

Desempenho Assistencial

Capacidade de o enfermeiro prestar assistência individualizada atendendo as necessidades e expectativas dos clientes de forma a assegurar um cuidado calcado em saberes científicos próprios e em procedimentos técnicos essenciais para um resultado de qualidade.

Trabalho em Equipe

Capacidade de desenvolver ações articuladas no grupo de trabalho na execução de atividades laborais para alcance de objetivos comuns com evidente espírito cooperativo.

Liderança

Capacidade de influenciar pessoas nas atitudes e nos comportamentos para execução das tarefas laborais em determinado plano de ação, com o uso da melhor estratégia proposta para atingir os objetivos do negócio.

Humanização

Capacidade de dar atenção digna às pessoas de acordo com sua cultura, valores e crenças, em ambiente com condições mínimas de atendimento e de trabalho.

Tomada de Decisão

Capacidade de escolher um curso de ação diante de diversas alternativas cabíveis para agir nas situações/condições cotidianas, considerando conhecimentos, práticas, limites e riscos envolvidos no processo decisório.

Relacionamento Interpessoal

Capacidade de interagir com pessoas no cotidiano, considerando suas necessidades e expectativas e agregando valor a esta relação. Envolve contato cordial, empático e profissional.

Direcionamento para Resultados

Capacidade de realizar o trabalho focado nos seus resultados e apoiado em planos de ação em que os objetivos, tarefas e responsabilidades estejam previamente definidos e alinhados à disponibilização de recursos suficientes.

Proatividade

Capacidade de manter seu foco nas situações/condições ligadas às atividades diárias de trabalho que podem realmente ser resolvidas pela sua interferência, direcionando seus esforços para antecipar ações antes que surjam problemas. Engloba consciência e responsabilidade nas decisões e considera possíveis consequências das suas escolhas. Visa atingir o melhor resultado possível pelo agir com prontidão em um tempo certo para obtê-lo.

Além das Competências Básicas estabeleceram-se as Competências Associadas como suporte ne-

cessário ao desenvolvimento de cada Competência Básica, qualificando o exercício do enfermeiro em emergências. Novamente foi feito um processo de escolha das Competências Associadas e seus respectivos conceitos apresentados:

Aceitação de desafios

Capacidade de superar obstáculos que se manifestam no processo de trabalho sem impedir o desenvolvimento de ideias e mudanças, mantendo equilíbrio e buscando maneiras para implantar soluções adequadas para cada uma delas com controle dos riscos envolvidos.

Acolhimento

Capacidade de escutar, atender e perceber as necessidades do outro, assumindo postura capaz de dar resposta mais adequada ao cliente com estabelecimento de uma comunicação efetiva para que se sinta incluído no processo.

Administração do tempo

Capacidade de definir objetivos e estabelecer prioridades para o desenvolvimento das ações planejadas para o trabalho a fim de controlar o uso do tempo para evitar o seu desperdício. Compreende inclusive um acompanhamento constante dessas ações para saber o tempo mínimo necessário para sua execução.

Atenção

Capacidade de estar atento aos diversos estímulos ao redor que fujam a normalidade, sejam com pessoas, equipamentos ou ambiente, respondendo com correções e ajustes adequados para sanar os desvios existentes.

Autonomia

Capacidade de identificar e usar a liberdade de ação, atuando segundo suas próprias escolhas de forma racional. O uso dessa liberdade implica no respeito às leis vigentes e no não prejuízo ao outrem.

Comprometimento

Capacidade de assumir e cumprir as obrigações e as responsabilidades que lhe cabem, não se restringin-

do somente ao seu desempenho, mas preocupando-se em como fazê-lo. Busca engajar-se nas atividades, formando vínculos com a organização.

Comunicação

Capacidade de transmitir uma mensagem com o uso de um ou mais meios de transmissão de forma que o receptor a decodifique com clareza e fidelidade. Ou pode ser a capacidade de transmitir uma mensagem por meio de qualquer meio disponível, garantindo o seu recebimento sem distorções. É essencial para instrução e compartilhamento das informações entre pessoas.

Confiabilidade/Credibilidade

Capacidade de construir imagem de pessoa em que se pode acreditar, devido aos comportamentos transparentes, honestos e responsáveis obtidas sem pré-julgamento nas relações.

Controle de risco

Capacidade de identificar um ou mais agentes causadores de dano às pessoas/equipamentos/ambientes, analisar a probabilidade de agressões a esses fatores e determinar as ações necessárias para minimizá-los ou eliminá-los.

Cooperação

Capacidade de espontaneamente prestar ajuda a uma ou mais pessoas no cotidiano, voltada ao alcance de objetivos comuns no desenvolvimento de ações.

Coragem

Capacidade de ter energia, perseverança e força moral diante das dificuldades e perigos presentes no dia a dia para enfrentá-los com respeito e coerência dos seus princípios, sem temer as consequências de seus atos, sempre aberto a pedir ajuda quando a complexidade da situação o exigir e manter ânimo elevado frente aos reveses.

Diálogo

Capacidade de trocar ideias e compartilhar significados em uma comunicação efetiva. Permite resolução de problemas e estabelecimento de harmonia entre as pessoas.

Discernimento

Capacidade de reconhecer e diferenciar potencialidades e limites das pessoas e de coisas na realização do trabalho.

Eficácia

Capacidade de atingir o resultado esperado diante daquilo que foi planejado para o atendimento das necessidades e desejos do trabalho.

Eficiência

Capacidade de realizar o trabalho com maior rendimento diante dos recursos existentes, em determinado espaço de tempo. Trata de como fazer as coisas e não daquilo que se deve fazer. Nas relações de trabalho é sinônimo de produtividade.

Equilíbrio emocional

Capacidade de ter atitudes e comportamentos com controle das emoções ao reagir às adversidades ou mudanças no trabalho. Não é tarefa fácil, porém indispensável para um relacionamento saudável nos ambientes pessoal e profissional. O indivíduo não reprime suas próprias emoções, entretanto é capaz de administrá-las.

Espírito empreendedor

Capacidade de usar as oportunidades surgidas na organização para ousar, transformar e descobrir novas ideias aplicáveis àquilo que existe, conferindo-lhes maior valor agregado. O empreendedorismo compreende desenvolver ações que modificam a realidade para ir além do tradicional em direção ao futuro.

Flexibilidade

Capacidade de adaptação rápida às situações inesperadas, respeitando limites físicos, mentais e emocionais com facilidade de encontrar novas soluções para resolver problemas e adversidades. O processo de ajuste proposto deve gerar comportamentos não conflitantes.

Iniciativa

Capacidade de conceber uma ou mais ideias úteis à realização do trabalho e espontaneamente por em

prática uma delas em um momento apropriada para melhor resultado do negócio.

Inovação/Criatividade

Capacidade de introduzir o novo e/ou melhorar o que existe. Assim a criatividade é a capacidade de ter novas ideias com o uso do pensamento por uma ou mais pessoas e a inovação é a implementação de coisas novas com um valor intrínseco em seu bojo.

Objetividade

Capacidade de expor ideias ou posições de maneira impessoal com base em fatos reais, gerando a facilidade das pessoas compreenderem o que está sendo exposto com maior possibilidade de aceitação.

Perspiciência

Capacidade de perceber com clareza e rapidez a realidade, separando a verdade do erro. Implica na capacidade de compreensão fácil das coisas ao seu redor. Para tal usa a observação de forma inteligente e seu poder de análise das situações para resolver problemas.

Persuasão

Capacidade de obter concordância sobre o que deve ser feito pela indução de alguém para acatar uma ideia/atitude/ação que está sendo proposto por outrem. Deve ser respaldada por argumentos coerentes ou condutas sempre com base em estímulo à razão e à emoção.

Potencial negociador

Capacidade de obter acordos decorrentes do diálogo entre as partes para que haja equilíbrio dos resultados com atendimento do máximo possível dos interesses legítimos dos envolvidos. Uma boa negociação confere credibilidade a quem dela participa e cria bons relacionamentos.

Resolutividade/Resolutibilidade

Capacidade de achar soluções satisfatórias para os problemas, finalizando o trabalho com atendimento das necessidades e dos desejos dos clientes. Surge da eficiência e eficácia das ações, diante do tratamento das situações com foco em soluções

possíveis e não no problema em si. A ação resolutiva deve ter o objetivo de diminuir o tempo de atendimento do cliente.

Respeito

Capacidade de a pessoa aceitar diferenças, vontades e direito de privacidade de outrem com atitudes e comportamentos manifestados no cotidiano.

Responsabilidade

Capacidade de o indivíduo responder por suas ações e dos outros, consciente do seu papel social e profissional em que cumpre suas obrigações, independente do lugar que ocupa na empresa.

Saber ouvir

Capacidade de aprender a escutar e entender o outro sem pré-julgamento. Só acontece quando aquele que escuta aprendeu a escutar a si mesmo em seus anseios, expectativas e necessidades. Quem escuta a si sabe demonstrar que ouvir o outro é muito importante e que está interessado em atender suas solicitações.

Senso de prontidão

Capacidade de a pessoa agir com presteza quando uma atividade ou tarefa se apresenta, demonstrando facilidade na sua compreensão e sua imediata execução.

Senso de urgência

Capacidade de realizar atividades a tempo e a hora, assumindo riscos calculados e corrigindo erros imediatamente.

Técnica de execução

Capacidade de realizar procedimentos de enfermagem, dos básicos aos avançados, usando métodos, recursos e técnicas com fundamentação científica, para o atendimento qualificado e sistematizado das necessidades dos clientes, tanto de natureza clínica, cirúrgica como traumatológica.

Por último, foram indicadas as competências Associadas indispensáveis à relação de cada Competência Básica, como suporte mínimo à prática profissional em nível de excelência. Na construção da

Matriz houve a preocupação constante em garantir a interrelação e a interdependência das competências envolvidas.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

A Matriz de Competências Profissionais para o enfermeiro atuar em emergências concretizou-se em oito competências Básicas. Quanto às 31 Competências Associadas considerou-se que os seus conceitos para serem atribuídos a uma ou mais Competências Básicas, totalizando 56 na Matriz. Graficamente às Básicas estão na horizontal e as Associadas na vertical (Figura 1).

Discussão

A presente Matriz detalha cada elemento que a compõe e como eles se inter-relacionam. Sua construção deve-se ao fato da não existência na enfermagem de uma proposta voltada ao desempenho competente do enfermeiro em emergência disponível na literatura brasileira, não sendo possível compará-la com estudos similares. Tem por base as Competências Básicas e as respectivas Competências Associadas, alicerçadas pela descrição dos seus conceitos dentro de uma linguagem padronizada. Nela cada Competência Básica é única, não existindo uma que seja mais importante que a outra. Já as Competências Associadas estão atribuídas a mais de uma Competência Básica, sendo inquestionável o valor dessa composição para o desenvolvimento destas com a amplitude desejada.

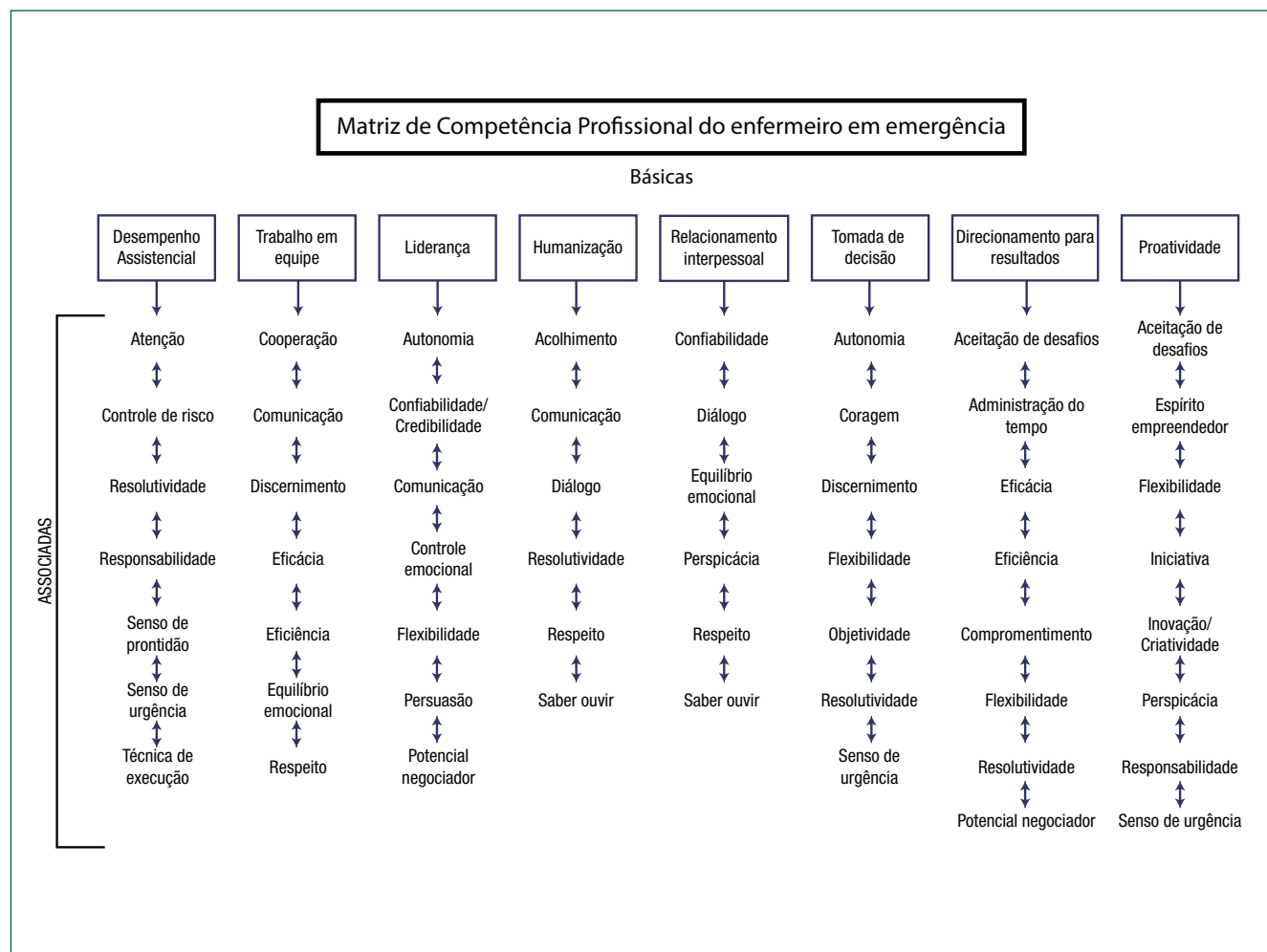


Figura 1. Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências

A composição adotada se justifica ao considerar-se que nenhum conceito que expresse competências pode ser utilizado isoladamente, sendo necessário que sempre esteja atrelado a outro complementares para dar significado aos comportamentos no desempenho de qualquer ação. Quanto à linguagem escolhida, o descrever a entrega requerida de forma clara e o mais objetiva possível permite atingir o desafio de criar uma escala para mensuração dessa entrega. Também as competências precisam ser específicas para indicar a trajetória desejada do profissional na realidade de trabalho em que atua e para definir os graus de complexidade a serem atingidos pelo impacto das ações e decisões, inclusive pela autonomia e responsabilidades laborais exigidas. Além disso, deve-se levar em conta que poder avaliar por competências é uma ferramenta de desenvolvimento dos profissionais na ampliação do seu perfil de competências, sendo a matriz indispensável para que essa avaliação aconteça.

Por fim, a matriz de competência proposta não pretende ser unânime entre os profissionais aos quais se destina, uma vez que são peculiares ao núcleo do negócio, aos diferentes perfis da região, serviços e população onde será referencial para a prática qualificada do enfermeiro. Assim, as competências podem ser adaptadas à melhor evidência local de forma a atender as diferentes necessidades dos envolvidos em distintas situações de emergência.⁽⁹⁾ Obter melhor desempenho e ter mais competências na prática é essencial para a construção de uma enfermagem em emergências para o atendimento dos clientes nos dias de hoje.⁽¹⁰⁾

Conclusão

A Matriz de Competência Profissional proposta para o enfermeiro atuar em emergências, direciona a prática profissional em nível de excelência dentro de duas premissas essenciais em emergências: qualidade e acesso no atendimento dos clientes.

Agradecimentos

Pesquisa realizada com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo 483.449/2013-0.

Colaborações

Holanda FL; Marra CC e Cunha ICKO declaram que contribuíram com a concepção da Matriz de Competências; redação do manuscrito; revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Shirey MR. The nursing professional portfolio: leveraging your talents. *Clin. Nurse Specialist*. 2009;23(5):241-4.
2. Kendall-Gallaher D, Blegen MA. Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. *Am J Crit Care*. 2009 Mar;18(2):106-13.
3. Santos JL, Lima MA, Pestana AL, Garlet ER, Erdmann AL. [Challenges for the management of emergency care from the perspective of nurses]. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(2):136-43. Portuguese.
4. Carvalho EC, Cruz DA, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(Spe):134-41.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem e dá outras providências. [Internet]. Brasília (DF); 1986. [citado 2013 Fev 19]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). [texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2011 [citado 2011 Nov 11]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito do sistema único de saúde. [texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2012 [citado 2012 Jan 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 423 de 9 de abril de 2012. Normatiza no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. [texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2012. [citado 2013 Fev 19]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html.
9. Harding AD, Walker-Cillo GE, Duke A, Campos GJ, Stapleton SJ. A framework for creating and evaluating competencies for emergency nurses. *J Emerg Nurs*. 2013;39(3):252-64.
10. McCarty G, Cornally N, O'Mahoney C, White G, Weathers E. Emergency nurses: procedures performed and competence in practice. *Int Emerg Nurs*. 2013;21(1):50-7.

Fatores envolvidos na negativa da doação de tecido ósseo

Factors involved in the refusal to donate bone tissue

Maria Helena Pompeu¹

Silvia Sidnéia Silva¹

Bartira de Aguiar Roza²

Sônia Maria Villela Bueno³

Descritores

Recusa de participação; Educação em enfermagem; Doação dirigida de tecido; Tecido ósseo; Bancos de tecidos

Keywords

Refusal to participate; Education, nursing; Directed tissue donation; Bone and bones; Tissue banks

Submetido

6 de Junho de 2014

Aceito

23 de Junho de 2014

Autor correspondente

Maria Helena Pompeu
Avenida Costábile Romano, 2.201,
Ribeirão Preto, SP, Brasil.
CEP: 14096-900
pompeu@hcrp.usp.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400063>

Resumo

Objetivo: Determinar as principais variáveis envolvidas na negativa da doação de tecido ósseo em familiares doadores de órgãos e a prevalência da doação desse tecido.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, quantitativo. Foram estudadas variáveis referentes à solicitação da doação do tecido ósseo, compreendendo informações a respeito dos ossos que seriam captados, a reconstituição do corpo, os motivos que levaram à negativa da doação desse tecido, conhecimentos anteriores sobre doação e intencionalidade em ser doador.

Resultados: Evidenciamos três fatores que influenciaram a negativa pelos familiares incluindo o desconhecimento sobre quais ossos seriam retirados (92,9%), como ocorreria a reconstituição destas estruturas (96,5%) e como se apresentaria o corpo após a captação. A prevalência de doadores de tecido ósseo foi de 17,2%.

Conclusão: A decisão familiar de recusar a doação do tecido ósseo foi representada pelo desconhecimento do tema. A baixa prevalência foi devido à reduzida solicitação deste tipo de doação.

Abstract

Objective: To determine the main variables involved in the refusal to donate bone tissue among relatives of organ donors, and the prevalence of bone tissue donation.

Methods: This was a cross-sectional, quantitative study. Variables related to donation requests for bone tissue were studied, comprising information about the bones that would be procured, the reconstruction of the body, the reasons that led to the refusal to donate bone tissue, prior knowledge about donation, and intention to become a donor.

Results: We demonstrated three factors that influenced the refusal of family members, including: lack of understanding of which bones would be removed (92.9%), how the body would be reconstructed after bone removal (96.5%), and how the body would be presented after bone procurement. The prevalence of bone tissue donation was 17.2%.

Conclusion: The family decision to refuse to donate bone tissue was represented by the lack of comprehension of the subject. The low prevalence was due to the reduced request of this type of donation.

¹Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

²Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: Roza BA é Editor Associado da Acta Paulista de Enfermagem e não participou do processo de avaliação do manuscrito.

Introdução

Na medicina moderna acentua-se o extraordinário progresso na retirada e transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins terapêuticos e científicos. Por muito tempo o transplante foi considerado uma técnica experimental e muito ousada, mas atualmente desponta como terapia insuspeita e destinada a salvar e reabilitar o ser humano.⁽¹⁾

É um tratamento que desperta muitas dúvidas, provoca inúmeros questionamentos e, pela sua complexidade, dificulta as doações de órgãos e tecidos, tornando-se impossível de ser executado sem uma sociedade sensibilizada e conscientizada para o ato de doar, lembrando ainda que não há transplantes se não houver doações.

Segundo dados da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), em 2013, o Brasil alcançou a meta de 13,2 doadores pmp e o estado de Santa Catarina alcançou 27,2 doadores efetivos pmp, sendo esse o melhor resultado já alcançado por um estado brasileiro. Esse resultado depende, em grande parte, de estímulos dos setores públicos locais, bem como do governo estadual, na solução de uma sequência de pequenos entraves na logística do processo de identificação do doador até a realização dos transplantes que também depende de relação harmônica entre as equipes de saúde que assistem aos potenciais doadores e uma coordenação extremamente empenhada e motivada.⁽²⁾

Para que o transplante de órgãos e tecidos aumente no Brasil será essencial que se melhore os quatro pilares que apóiam o processo de doação para transplante, constituindo-se de legislação, financiamento, organização e educação. Entre as medidas organizacionais, consideradas essenciais, estão o treinamento e a motivação dos médicos de terapia intensiva, neurologia e radiologia, visando o diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores. Por fim, políticas de educação também são necessárias, tanto para profissionais quanto para estudantes das áreas de saúde e para a população, em geral.⁽³⁾

Contribui para esse quadro supracitado a pequena quantidade de Bancos de Tecidos no Brasil, pois sem um local adequado e certificado para o

correto manuseio e armazenamento específico deste material, também não há como solicitar que as famílias façam as doações. Atualmente, existem seis Bancos de Tecidos Musculoesqueléticos cadastrados, em todo o país, sendo três no estado de São Paulo, um no Paraná, um no Rio de Janeiro e outro em Pernambuco.

Apesar do amplo potencial, o Brasil ainda tem uma taxa de utilização de enxertos ósseos muito inferiores àquelas dos países desenvolvidos, e dos vizinhos da América do Sul, a citar, a Argentina e Uruguai. Isso ocorre, principalmente, devido a três fatores: o desconhecimento da população quanto à possibilidade de doação musculoesquelética, a falta de experiência de cirurgiões quanto às possibilidades de uso de enxertos homólogos e pouca familiaridade com as técnicas cirúrgicas; além dos empecilhos burocráticos impostos pelo Ministério da Saúde, dificultando a autorização de cirurgiões e estabelecimentos de saúde para o uso dos enxertos.⁽⁴⁾

Diante desse contexto, para entender a decisão da recusa dos familiares que fizeram a doação de órgãos sólidos, mas negaram a doação do tecido ósseo e, ainda contribuir no direcionamento de futuras ações que possam vir a aumentar o número de doadores e de transplantes, este estudo foi norteado para determinar a prevalência de doadores de tecido ósseo e conhecer as principais variáveis envolvidas na negativa da doação deste tecido em doadores de órgãos sólidos.

Métodos

Trata-se de estudo transversal realizado com familiares de doadores de órgãos que não autorizaram a doação do tecido ósseo, provenientes do Serviço de Procura de Órgãos e Tecidos (SPOT) de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, região sudeste do Brasil.

No período de janeiro de 2009 a junho de 2012 foram notificados 388 potenciais doadores de órgãos em morte encefálica sendo que destes, 151 tornaram-se doadores efetivos e 87 famílias recusaram-se a doar os órgãos de seus familiares.

A amostra do presente estudo foi constituída por 75 familiares que aceitaram participar, pois fo-

ram excluídos nove familiares que se encontravam fora da área de atuação do SPOT, sete cujos doadores tinham idade fora do limite permitido pelos Bancos de Tecidos, 26 que fizeram a doação do tecido ósseo, 11 familiares que se recusaram a participar do estudo e 23 que não foram localizados durante o período de coleta.

Inicialmente foram coletados os dados socio-demográficos e epidemiológicos nos prontuários dos doadores de órgãos, elaborado um banco de dados e, posteriormente, estabeleceram-se os contatos e o agendamento das entrevistas com seus familiares.

A coleta dos dados foi realizada por entrevistas, utilizando-se de um formulário estruturado, pausando-se no instrumento desenvolvido e validado por Roza (2005) para levantamento dos dados epidemiológicos, após autorização da autora. Os demais dados específicos, referentes ao tecido ósseo, foram avaliados e validados por um comitê de especialistas no assunto.

As variáveis do estudo constituíram-se na solicitação da doação do tecido ósseo, informações a respeito dos ossos que seriam captados, a reconstituição do corpo, os motivos que levaram à negativa da doação desse tecido e conhecimentos anteriores sobre a doação de órgãos e de tecido ósseo.

Para descrição das variáveis quantitativas foram utilizadas as frequências absolutas (n) e as relativas (%).

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

A maior parte das famílias (62,7%) declarou que não houve a solicitação da doação do tecido ósseo, seguidos por 37,3% entrevistados que a solicitação para este tecido foi efetivada.

Do total dos 28 familiares que foi solicitada a doação de tecido ósseo, 92,9% responderam que não receberam informações referentes aos ossos que seriam retirados do corpo do doador falecido.

Para aqueles familiares (7,1%) que receberam essa instrução, foi perguntado que tipo de informação havia recebido e as respostas estão descritas, a seguir, na íntegra:

Disseram (Assistente Social) que iam tirar os ossos maiores que entendi ser o fêmur (?) e que ela ia ser enterrada sem as pernas. Isso é muito agonizante por isso não doamos! Fomos conferir no velório se minha mãe estava sem as pernas. Tiramos todas as flores do caixão e olhamos. Não acho que para doar é preciso deformar.

Disseram que iam tirar os ossos grandes e o caixão deveria ser lacrado, aí minha mãe se assustou e não deixou porque íamos levar meu irmão para ser enterrado em Minas Gerais.

Constatou-se ainda que 96,5% dos familiares disseram que não receberam informações referentes à forma de como seria efetuada a reconstituição do corpo do doador, após a retirada dos tecidos ósseos, sendo que, apenas 1 (3,5%) familiar respondeu que por ser técnica de enfermagem, havia questionado sobre a reconstituição do corpo obtendo informações assertivas.

Por não terem obtido informações de quais ossos seriam retirados, e ainda, como seria a reconstituição do corpo, algumas colocações dos familiares, foram retratadas:

Esse negócio de doar ossos é muito bruto, a gente não sabia como ia ficar e tinha que enterrar alguma coisa.

Ficamos assustados, imaginando que ela ia ficar toda machucada e desarranjada.

Fiquei muito abalada e assustada, pois não sabia que existia esse tipo de doação e nem como meu pai ia ficar.

Quando perguntados se doariam esse tecido caso tivesse havido uma explanação concernente aos ossos que seriam retirados e como ocorreria a reconstituição do seu ente familiar, 85,7% dos familiares responderam que naquele momento manteriam o posicionamento de não doar, por ser esse tipo de doação um assunto de total desconhecimento por parte deles e dos demais familiares. Para 14,3% familiares, caso tivesse havido uma explicação do procedimento como um todo, teriam efetivado a doação do tecido ósseo.

Observou-se que a maioria (60,7%) dos familiares relatou preconceito seguido de desagrado

frente à ideia de mutilação do corpo e à aparência não preservada do seu ente familiar, seguidos de 39,3% dos familiares que relataram não terem autorizado a doação por desconhecerem o que realmente iria ser retirado e como ficaria disposta a imagem do doador.

Exemplificando o teor destas declarações, destacamos:

Achei que minha filha ia ficar toda deformada, um monstro! Vocês iam colocar algodão para encher o rosto dela?

É muito estranho esse negócio de doação de ossos. Nós íamos enterrar o que? Tem que ter alguma coisa pra gente ir chorar no cemitério!

Não autorizei a doação de tecido ósseo, pois não conhecia isso e nem estava preparada para este tipo de doação.

O que já não serve mais pra gente pode servir para os outros, mas esse tipo de doação de osso não dá por uma questão até espiritual, porque tem que sobrar alguma coisa pra gente poder rezar no túmulo!

A maioria de 94,7% dos familiares se disseram conhecedores do tema “Doação e Transplante de Órgãos” e de sua importância e, 97,3% referiram total desconhecimento sobre o tema “Doação e Transplante de Tecido Ósseo”, sendo que os 2 (2,7%) familiares que se disseram conhecedores da doação de ossos, essa noção se deu por desenvolverem atividades profissionais em Hospitais.

A intencionalidade em ser doador de órgãos foi expressa por 74,7% dos familiares e apenas 32% expressaram a intencionalidade em ser doador de tecido ósseo, sendo que, somente o fariam após terem obtido informações específicas sobre a captação e a reconstituição do corpo durante a entrevista.

O meio de comunicação mais citado pelos familiares para esclarecimentos à população sobre a existência da doação e transplante de tecido ósseo foi a televisão, com 54 indicações, apontado por meio de comerciais em horário nobre e com imagens de grande impacto.

A prevalência de doação do tecido ósseo pelos familiares de doadores de tecidos sólidos foi de 17,2%.

Discussão

Os resultados mostraram o total desconhecimento das variáveis relacionadas ao processo de doação por parte dos familiares de doadores de órgãos sólidos, principalmente, sobre o tema doação e transplante de tecido ósseo no que concernem quais os ossos que seriam retirados e em que consistia a reconstituição do corpo do ente familiar. Tais variáveis influenciaram diretamente na motivação pela negativa da doação desse tecido, pois mesmo quando perguntados se, no momento da solicitação pela doação, tivessem sido esclarecidos, a maioria dos familiares ainda teria optado pela negativa, devido à desinformação e ao desagrado frente à ideia da mutilação do corpo, demonstrando surpresa e desaprovção.

Frequentemente, os familiares não têm a compreensão clara do processo de doação, aumentando a recusa do consentimento familiar. Evidencia-se que as razões para doar ou negar a doação são de diversas naturezas e os motivos revestem-se de altruísmo, constatando-se na presente pesquisa que o tipo de abordagem utilizada não tem sido suficiente para motivar os familiares para a ação, fato que poderia aumentar o número de doações. Apropriando-se de dados da literatura, autores citam que o suporte emocional, a assistência oferecida aos familiares e a informação sobre o processo de doação parecem ser essenciais para encorajar a atitude da doação.^(5,6)

Ainda da análise dos trabalhos publicados, não foi encontrado estudo semelhante que ressaltasse os fatores que levaram à negativa da doação de tecido ósseo em familiares doadores de órgãos sólidos, assim, o tema foi relacionado de forma indireta com pesquisas sobre a doação de órgãos e tecidos e à negativa familiar na doação, buscando encontrar convergências dos resultados registrados em literatura, com os encontrados nessa pesquisa.

Um estudo realizado na Espanha, que explorou a percepção dos coordenadores de transplantes frente à reação dos familiares de potenciais doadores falecidos, exclusivos de multitecidos, verificou que os motivos apresentados pelos familiares para não efetuarem esta doação incluíram, com maior frequência, a suposta recusa em vida do potencial doador,

as famílias não queriam que o corpo do seu familiar fosse tocado, não queriam tomar esta decisão por desconhecerem o desejo do potencial doador, além de possuírem conflitos com o sistema de saúde, religião e outros fatores; concluindo que as variáveis que influenciam a tomada de decisão das famílias em efetivar ou não a doação de multitecidos são semelhantes às citadas pelos entrevistados, no processo de doação de tecido ósseo, manifestando a expressão de surpresa, desaprovação e a urgência na tomada de decisão imediata.⁽⁷⁾

Para estudiosos da temática o incentivo para falar sobre a morte resultaria no aumento da aceitação à doação, pois discorrer sobre ela faz com que deixe de ser um tema tabu e possibilita que seja conhecido o desejo da pessoa falecida – fator que mais se destaca como facilitador da doação nos serviços de transplantes.⁽⁸⁾

A alta frequência de doação de órgãos comparada à doação de tecidos, encontrada nesta pesquisa, corrobora dados descritos na literatura quando referem que pode ser atribuída ao temor da deformação do corpo, quando os familiares não são adequadamente informados sobre o procedimento ou não possuem apoio suficiente durante o processo.⁽⁹⁾

O esclarecimento sobre o tema é necessário para que as pessoas possam decidir conscientemente, com segurança, sem dúvidas ou medo. A divulgação é de fundamental importância para que a população possa criar uma opinião sobre a questão da doação de órgãos e tecidos, e os meios de comunicação têm um papel relevante nesse processo de formação de consciência.⁽¹⁰⁾

Acredita-se que, todos os meios de comunicação possam disseminar a possibilidade da doação e do transplante do tecido ósseo, orientando não somente os profissionais da área da saúde, mas o público em geral e, consequentemente, impedindo que os conceitos inadequados sejam obstáculos para o aumento do número de doações.

A relevância deste estudo pautou-se na importância da ampliação das informações sobre o processo de doação do tecido ósseo, vislumbrando minimizar, um dos maiores problemas evidenciados na área, que se traduz na indisponibilidade desse tecido para a área de transplantes.

Conclusão

A decisão familiar de recusar a doação do tecido ósseo foi representada pelo desconhecimento sobre quais ossos seriam retirados durante a captação, como aconteceria a reconstituição destas estruturas e como se apresentaria o corpo do doador após a captação. O fator que influenciou a ocorrência de baixa prevalência da doação do tecido ósseo foi a reduzida solicitação deste tipo de doação por parte do profissional responsável pela entrevista familiar.

Colaborações

Pompeu MH contribuiu com a concepção do projeto, execução da pesquisa, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Silva SS; Roza BA e Bueno SMV colaboraram com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Mendes A, Silva J, Dallari S. Bioética e direito. *Rev Bioética*. 2009;1(2). [citado 2014 Mai 25]. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/498/315.
2. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes [Internet]. São Paulo; 2012 [citado 2013 Abr 5]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/default.aspx?mn=457&c=900&s=0>.
3. Fernandes PM, Garcia VD. Estado atual do transplante no Brasil. *São Paulo Med J*. 2010;128(1):51-2.
4. Alencar PG, Vieira IF. Banco de ossos. *Rev Bras Ortop*. 2010;45(6):524-8.
5. Siminoff LA, Gordon N, Hewlett J, Arnold RM. Factors influencing families consent for donation of solid organs for transplantation. *JAMA*. 2001;286(1):71-7.
6. Siminoff LA, Mercer MB, Graham G, Burant C. The reasons families donate organs for transplantation: implications for policy and practice. *J Trauma*. 2007;62(4):969-78.
7. Rodrigues-Villar C, Paredes D, Alberola M, Ruiz A, Roque R, Saavedra S, et al. Perception of transplant coordinator regarding relatives' attitude toward tissue donation request. *Elsevier Inc Transplantation Proceedings*. 2012;44:2525-8.
8. Quintana A M, Arpini DM. Organ donation: possible elements of resistance and acceptance. *Pepsic Bol Psicol*. 2009;59(130):91-102.
9. Roza BA, Garcia VD, Barbosa SF, Mendes KD, Schirmer J. Donación de órganos y tejidos: relación com el cuerpo em nuestra sociedade. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(3):417-21.
10. Moraes EL, Massarollo MC. Family refusal to donate organs and tissue for transplantation. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(3):285.

Identificação dos efeitos dos filhos nas relações familiares

Identifying the effects of children on family relationships

Luísa Maria da Costa Andrade¹

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins¹

Margareth Angelo²

Alzira Teresa Vieira Martins Ferreira dos Santos¹

Jussara Gue Martini³

Descritores

Relações pais-filhos; Enfermagem de atenção primária; Enfermagem materno-infantil; Relações familiares; Gêmeos

Keywords

Parent-child relations; Primary care nursing; Maternal-child nursing; Family relationships; Twins

Submetido

6 de Junho de 2014

Aceito

23 de Junho de 2014

Resumo

Objetivo: Identificar os efeitos que os filhos têm nas relações familiares e identificar a priorização de preocupações dos pais com e sem filhos gêmeos.

Métodos: Estudo transversal com 265 pais com filhos menores, dos quais 143 com filhos gêmeos. Os instrumentos de coleta de dados: escala de impacto familiar de um filho; lista de preocupações parentais.

Resultados: As preocupações parentais priorizadas por ambos os grupos de participantes foram: "Falta de horas de sono e cansaço"; "Necessidades econômicas da família"; "Aumento das tarefas domésticas"; "Stresse individual com os papéis e com as responsabilidades". O impacto familiar dos filhos é maior na dimensão financeira, sendo que esse valor é significativamente maior nas famílias com gêmeos.

Conclusão: Os profissionais de enfermagem devem atender as principais dificuldades percebidas pelos pais promovendo estratégias e favorecendo a mobilização dos seus recursos.

Abstract

Objective: To identify the effects that children have on family relationships and identify the ranking of concerns of parents with and without twin children.

Methods: A cross-sectional study was developed with 265 parents with small children, of which 143 had twin children. The instruments used for data collection were: the Family Impact Questionnaire and the Parent Concerns Questionnaire.

Results: The most important parenting concerns in both groups were: "Lack of sleep and tiredness"; "Financially providing for the family"; "Increased chores and housework"; "Individual stress about roles and responsibilities." The greatest impact felt by the family was in respect to finances and this value was significantly higher in families with twin children.

Conclusion: Nursing professionals must care for the main difficulties perceived by parents by promoting strategies and fostering resource mobilization.

Autor correspondente

Luísa Andrade
Rua Dr. António Bernardino de Almeida,
4200072, Porto, Portugal.
luisaandrade@esenf.pt

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400064>

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

²Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

Na família, observam-se mudanças significativas depois dos elementos do casal se tornarem pais, sendo necessário articular as demandas pessoais, conjugais, sociais e profissionais com as parentais.⁽¹⁾

Na decisão de ter filhos, as famílias devem considerar as implicações e o impacto que estes terão na sua vida, sendo a decisão partilhada e negociada pelo casal.

Nas últimas décadas em Portugal tem-se observado um decréscimo da taxa de natalidade e consequentemente uma redução do número de filhos por família. Esta variação da taxa de natalidade é uma realidade transversal a diversos países. Se por um lado os motivos mais apontados na decisão de ter filhos vinculam-se ao ser e sentir, e foram “Ver os filhos crescerem e desenvolverem-se” e a “Realização pessoal”. Por outro lado, os motivos mais referidos para a decisão de não ter filhos relacionam-se com o ter e poder e foram “Custos financeiros associados a ter filhos” e “Dificuldade para conseguir emprego”. Em Portugal estes impedimentos, de natureza prática, podem estar associados à crise económica em que o país tem estado mergulhado nos últimos anos, mas também têm origem nos projetos pessoais e as exigências que o projeto parental lhe tem associado. A mulher assume fora de casa um papel de paridade com o homem, considerando que uma grande percentagem das mulheres portuguesas têm uma atividade profissional.

As demandas da parentalidade obriga a ajustes e muitas vezes a perdas nos outros subsistemas, neste sentido, os estudos têm sugerido que à parentalidade está associada uma diminuição da satisfação conjugal,⁽¹⁾ sendo esta maior nas mulheres.⁽²⁾ A diferença entre os papéis familiares de acordo com o género é percebida pela mulher como injusta, embora as mulheres refiram uma atitude mais favorável para as atividades domésticas e cuidados aos filhos e se sintam mais responsáveis por eles do que os homens.^(3,4)

As relações na família têm grande reciprocidade e são multideterminadas. As características dos filhos, o apego seguro dos pais condicionam a satisfação conjugal. Esta também é condicionada pela

segurança que sentem no parceiro e pelo tempo passado em casal.^(1,2,4)

A vida profissional também tem repercussões na família, o cansaço físico e mental relacionado ao trabalho, influencia o desempenho das tarefas familiares, causando desânimo e irritabilidade.⁽⁵⁾

A exigência do papel parental é evidente na gemelaridade e neste sentido os resultados da pesquisa sugerem que as mães de gêmeos falam mais frequentemente, de experiências difíceis, apresentam níveis elevados de stresse e sintomas de depressão⁽⁶⁻⁸⁾ Nas famílias com filhos gêmeos a renegociação de papéis e a reorganização do trabalho assume particular relevância para o casal na medida em que cuidar de duas ou mais crianças da mesma idade e com as mesmas necessidades se torna uma tarefa exigente e quase impossível para uma única pessoa. As exigências dos filhos quando são gêmeos pode trazer ao subsistema familiar múltiplas vulnerabilidades e dificuldades ao nível da gestão diária, aumentando ainda as necessidades económicas das famílias e dificulta a vida social.^(8,9)

Os cuidados às famílias quando suportados numa concepção reducionista, centrada na fragmentação do cuidado, carência da integralidade contribuem para uma experiência parental mais difícil, importa ajudá-las atendendo aos seus problemas de saúde de forma ágil, plena e longitudinal.⁽¹⁰⁾

O objetivo deste estudo é identificar os efeitos que os filhos têm nas relações familiares; identificar a priorização de preocupações dos pais com e sem filhos gêmeos.

Métodos

O estudo é exploratório transversal descritivo realizado num agrupamento de centros de saúde do Norte de Portugal, no período de Setembro a Dezembro de 2012. A amostra de pais de gêmeos foi selecionada pela lista de inscritos nos centros de saúde e aos restantes foi solicitada a sua participação no momento em que recorrem ao centro de saúde para consulta de saúde infantil no referido período de tempo. Foi soli-

citada a participação a 400 pais, sendo 200 com filhos gêmeos. Devolveram o instrumento de coleta 282, foram rejeitados 17 questionários por estarem parcialmente preenchidos. Constitui-se uma amostra não probabilística de conveniência composta por 265 casos com filhos menores dos quais 143 com filhos gêmeos.

O instrumento utilizado foi um questionário de autopreenchimento constituído por três partes: características sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, composição do agregado familiar, número e idade dos filhos e a existência de filhos gêmeos; lista de preocupações parentais⁽¹¹⁾ composta por 12 possíveis preocupações das quais os participantes deveriam selecionar até um máximo de cinco sentidas pelo próprio e até um máximo de cinco que percebessem na mãe/pai dos seus filhos e Escala de impacto familiar de um filho.

A Escala de impacto familiar de um filho avalia o impacto familiar considerando os efeitos que os filhos têm na família ao nível social, casal/parental, financeiro e realização e frustração parental. Traduzida e validada para Portugal, apresenta uma estrutura conceitual organizada em cinco dimensões da vida da família: “Impacto na vida social” na qual se considera os impedimentos que os filhos têm nas atividades sociais considerando a sua realização e participação; “Impacto na vida financeira” relacionada com o custo que os filhos acarretam; “Impacto na relação conjugal” que se refere à dinâmica e suporte entre o casal incluindo a partilha do papel parental; “Sentimentos positivos sobre a parentalidade” orienta para a satisfação que as pessoas percebem que obtêm com os filhos e “Sentimentos negativos sobre a parentalidade” que atendem as frustrações sentidas com a experiência parental.

Cada dimensão é constituída por 2 ou mais itens resultando um total de 29 itens expressa numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos, desde 1 (discordo completamente) até 5 (concordo completamente). O último item avalia quão positiva é a experiência dos pais quando comparados com os outros pais com filhos da mesma idade e é respondido numa escala de *Likert* de 7 pontos,

desde 1 (muito menos positiva) a 7 (muito mais positiva).

Os valores possíveis variam entre 0 e 100 sendo que o valor máximo associa-se a um impacto mais positivo.

Numa primeira fase procedeu-se a uma análise da estrutura conceptual da escala pela análise fatorial recorrendo a uma técnica de análise de componentes principais com rotação varimax, com normalização dos valores de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e obteve-se o valor de 0,82 o que permitiu a prossecução da análise fatorial. Conforme recomendação dos autores, previamente, inverteram-se os itens em que a resposta era de tendência negativa, ou seja os itens 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 24 e 26.

O resultado da análise factorial foi coerente com o da escala original. A fidelidade da escala foi avaliada através do Alpha de *Cronbach* tendo sido obtido os seguintes valores: 0,54, para a dimensão “Impacto na vida conjugal”, no entanto quando eliminado o item 11 esse valor ascende para 0,78*; 0,88 para a dimensão “Impacto na vida social”; 0,78 na dimensão “Impacto na vida financeira”; 0,63 na dimensão “Sentimentos negativos sobre a parentalidade”; 0,58 na dimensão “Sentimentos positivos sobre a parentalidade”. Para a escala total com os 29 itens foi encontrado um valor de 0,83. Os resultados quando comparados com a escala validada para Portugal apresentam valores inferiores de fiabilidade na dimensão “Impacto na vida conjugal” e “Sentimentos positivos sobre a parentalidade”.

A coleta de dados foi feita com a colaboração dos enfermeiros das unidades de saúde familiar do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), os quais procederam ao contacto prévio com os participantes.

Para o tratamento estatístico utilizámos o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Recorremos à estatística descritiva e inferencial de acordo com a natureza das variáveis e os objetivos do estudo. Em relação ao significado estatístico das associações encontradas, utilizamos como referência o valor de 0,05.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Caraterização da amostra

A maioria dos inquiridos é do sexo feminino (68,5%). O nível de escolaridade é semelhante em ambos os grupos, predominam os que têm mais de 12 anos de escolaridade havendo contudo uma grande dispersão pelos três grupos. A maioria tem dois filhos, é casada e vive com o cônjuge e com os filhos (Tabela 1).

Tabela 1. Caraterização dos pais

Caraterísticas dos pais	Pais	Pais de gêmeos	p-value
Mulheres	72,8	63,6	Ns
Média de idade (Min-Max)	37,1(24-53)	36,3(22-54)	Ns
Escolaridade			
≤ 9 anos	33,9	28,2	Ns
10-12 anos	28,2	30,0	
>12 anos	37,9	41,8	
Estado civil			
Casado	89,6	90,0	Ns
União de fato	5,6	8,2	
Divorciado	4,0	1,8	
Solteiro	0,8	0,0	
Número de filhos			
1	41,9	0,0	0,0001
2	51,6	58,2	
3	6,5	38,2	
4	0,0	3,6	
Com quem vive			
Cônjuge e filhos	89,5	93,6	Ns
Cônjuge, filhos e pais	3,7	2,4	
Cônjuge, filhos e sogros	2,4	0,9	
Filhos	4,8	0,9	
Filhos e pais	0,8	0,9	

A distribuição das idades do filho mais velho é assimétrica positiva, pelo que predominam as idades mais baixas. A média de idades é de 8,4 anos.

O grupo de pais de gêmeos têm caraterísticas sociodemográficas semelhantes ao grupo de pais sem gêmeos com exceção do número de filhos, os pais de gêmeos têm significativamente mais filhos $t(229) = 10,45$, $p = 0,0001$.

Preocupações parentais

As preocupações parentais priorizadas por ambos os grupos de participantes foram: “Falta de horas de sono e cansaço”, “Necessidades económicas da família”, “Aumento das tarefas domésticas” e “Stresse individual com os papéis e com as responsabilidades”. Para os pais com filhos gêmeos acresce a “Perda de tempo livre para si e para as atividades sociais” enquanto para os pais que não têm filhos gêmeos a “Mudança imprevisível no humor e ansiedade” surge como uma das cinco preocupações parentais prioritárias. A perceção que têm das suas preocupações é semelhante às que percebem nos conjugues (Tabela 2).

No sentido de perceber se há diferenças significativas entre os grupos de pais, aplicou-se o teste do qui-quadrado para cada preocupação parental. Os resultados sugerem que a preocupação “Declínio do interesse sexual da(o) parceira(o)” tem maior relevância para os pais com filhos gêmeos. As preocupações “Stresse individual com os papéis e com as responsabilidades” e “Mudança imprevisível no humor e ansiedade” apresentaram maior relevância para os pais sem filhos gêmeos. Nas restantes preocupações parentais, não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos de pais.

O impacto familiar dos filhos

Considerando a análise descritiva por dimensão para a amostra total temos os valores médios e por ordem decrescente: Sentimentos positivos parentalidade 86,18; Impacto na vida social 79,34; Impacto na vida conjugal 65,80; Sentimentos negativos parentalidade 49,91; Impacto na vida financeira 24,82 e escala total 61,21.

Comparando a amostra de pais de filhos gêmeos e de pais com filhos não gêmeos; observaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão “Impacto da vida financeira” mas altamente significativas ($t(263) = 2,07$; $p = 0,04$), mostrando os primeiros maior impacto negativo na vida financeira ($M = 22,79$; $DP = 18,03$) relativamente aos pais com filhos não gêmeos ($M = 27,19$; $DP = 16,34$).

Ao procedermos à análise de acordo com as variáveis socio demográficas e o impacto familiar

Tabela 2. Priorização das preocupações parentais em porcentagem

Preocupações	Minhas preocupações		Preocupações da mãe ou pai dos meus filhos	
	Com gêmeos	Sem gêmeos	Com gêmeos	Sem gêmeos
Falta de horas de sono e cansaço	70,9	72,8	55,5	60,8
Aumento das tarefas domésticas	70,9	59,2	55,5	52,8
Declínio do interesse sexual da(o) parceira(o)	29,1	16,8	27,3	20,8
Necessidades econômicas da família	70,0	64,8	60,0	56,8
Dúvidas pessoais sobre as tarefas ou competências parentais	29,1	38,4	26,4	36,0
A intrusão dos sogros	10,9	12,0	9,1	12,0
Desacordo no casal acerca dos papéis	18,2	22,4	20,0	29,6
Stresse individual com os papéis e com as responsabilidades	51,8	65,6	34,5	49,6
Mudança da situação profissional	23,6	28,8	14,5	24,8
Perda de tempo livre para si e para as atividades sociais	49,1	37,6	41,8	36,8
Mudanças da imagem (aspeto) corporal	19,1	24,8	10,9	9,6
Mudança imprevisível no humor e ansiedade	31,8	56,0	24,5	39,2

dos filhos identificaram-se diferenças com significado estatístico no grupo de pais com filhos gêmeos na dimensão “Impacto na vida financeira” em função: da escolaridade ($F(4,138) = 3,58$; $p = 0,008$). Essas diferenças existem nos indivíduos que tem o 2º ciclo comparando com os que tem o ensino secundário, apresentando estes últimos um impacto mais negativo. Também a idade do filho mais velho apresenta uma correlação fraca negativa mas significativa ($r = -0,21$; $p = 0,03$) sendo mais sentidos os constrangimentos financeiros quando os filhos são mais velhos. Verificou-se ainda uma diferença significativa no “Impacto da vida social” em função da idade dos pais ($F(2,107) = 4,00$; $p = 0,02$) sendo as diferenças localizadas entre os indivíduos do grupo etário médio quando comparados com os mais velhos, apresentando estes últimos uma perspectiva mais positiva do impacto dos filhos na vida social. A idade dos filhos gêmeos apresenta uma correlação estatística altamente significativa ($r = 0,26$; $p = 0,006$) com o impacto da dimensão social, sendo que os pais com filhos mais velhos apresentam uma melhor vida social.

Nos pais sem filhos gêmeos foi encontrada uma correlação fraca negativa mas altamente significativa dos sentimentos negativos com a parentalidade ($r = -0,26$; $p = 0,003$) apresentando os pais de crianças mais velhas mais sentimentos negativos face à parentalidade.

Discussão

As limitações do estudo estão relacionadas com o delineamento transversal que não permite o estabelecimento de relações causais, assim como a amostra intencional que pode não ser representativa da população.

Os resultados do estudo contribuíram para uma intervenção mais sustentada, por parte dos enfermeiros em famílias com filhos menores de idade e mais especificamente com filhos gêmeos, possibilitando um planeamento mais ajustado e centrado nas preocupações mais priorizadas pelos pais.

As preocupações parentais priorizadas foram igualmente consideradas tanto pelo próprio como para o cônjuge o que é corroborado pela ideia de que há uma influência mútua do casal sobre as suas percepções.⁽¹²⁾

As questões econômicas, a sobrecarga de trabalho e falta de horas de sono e a responsabilidade dos papéis foram as mais priorizadas, corroborando com os resultados de um estudo realizado em Portugal, onde as dificuldades económicas e a dificuldade em conciliar a vida profissional com as necessidades da família e em particular dos filhos, como estando na base da decisão de não ter filhos.

Entre as preocupações mais priorizadas pelos pais observou-se uma conexão entre a falta de horas de sono, o cansaço e a sobrecarga de trabalho, que concorrem para a sensação de fadiga parental, esta

figurou como uma variável com grande potencial no nível de stresse parental.⁽¹³⁾ A atividade profissional, o número de filhos e as dificuldades percebidas no seu cuidado, foram outras variáveis identificadas num estudo, que contribuíram para o aumento do stresse parental estando estreitamente relacionadas com o cansaço e sobrecarga de trabalho.⁽¹⁴⁾ O stresse parental foi também uma das principais causas de sintomas depressivos nas mães de múltiplos.⁽⁸⁾

A falta de horas de sono e o cansaço foram substancialmente considerados pelos pais independentemente de terem ou não filhos gêmeos, os resultados de um estudo sugeriram que este foi mais acentuado, nas idades mais precoces dos filhos diminuindo gradualmente este tempo à medida que os filhos se tornaram mais velhos.⁽¹⁵⁾

As preocupações de ordem económica foram priorizadas por ambos os grupos de pais mas foram mais significativas nos pais de gêmeos, o número de filhos efetivamente agrava as necessidades económicas e estas têm reflexos na vida da família e no exercício partilhado da parentalidade.⁽¹⁶⁾ Também o impacto financeiro foi coerente na medida em que foi superior nos pais com filhos gêmeos.

Estas dificuldades económicas foram mais sentidas nas famílias com filhos adolescentes o que foi corroborado pelos dados do relatório do *National Centre for Social and Economic Modelling* (NAT-SEM) que sugeriram que o custo de criar os filhos aumentou progressivamente até atingir um máximo no final da adolescência.⁽¹⁷⁾

A perceção das necessidades pessoais e familiares dependeu muito do contexto socioeconómico e cultural, os pais que tinham como habilitações o ensino secundário consideraram que a sobrecarga económica foi mais elevada quando comparada com os pais que tinham o ensino básico o que corrobora outros resultados que sugeriram que nas famílias com rendimentos mais baixos muitas vezes associados a habilitações académicas menores, os gastos com os seus filhos foram menores do que nas que tinham rendimentos mais elevados.⁽¹⁷⁾

Por outro lado, os resultados sugeriram que a idade dos pais condicionou a perceção que tinham do impacto que os filhos gêmeos teve na vida social da família, isto é, quanto mais velhos melhor é

percebido esse impacto, o que está de acordo com a opinião de outros autores que consideraram que a parentalidade, globalmente, foi percebida como menos difícil pelas pessoas que foram pais mais tardiamente.⁽¹⁸⁾

Em ambos os grupos houve uma perceção muito positiva do impacto que os filhos tiveram na vida da família quando se compararam com outras famílias. Depois de terem sido mãe/pai a centralidade na criança foi perceptível, tendo tido implicações na vida pessoal e conjugal, o que levou a uma mudança de rotinas, com menor tempo para os amigos e para o lazer.⁽¹⁸⁾

Conclusão

Os efeitos dos filhos nas relações familiares foram: negativamente o impacto financeiro e com maior significado nas famílias com filhos gêmeos e positivamente a nível do impacto na vida social, os sentimentos positivos e negativos sobre a parentalidade são realçados, ambos foram valorizados e fortemente sentidos. As preocupações parentais priorizadas foram muito semelhantes em ambos os grupos e relacionaram-se essencialmente com as questões económicas e de sobrecarga de trabalho e a responsabilidade dos papéis.

Colaborações

Andrade LMC; Martins MMFPS; Angelo M; Santos ATVMF e Martini JG declaram que contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Hirschberger G, Srivastava S, Marsh P, Cowan C, Cowan P. Attachment, marital satisfaction, and divorce during the first fifteen years of parenthood. *Pers Relatsh*. 2009;16(3):401-20.
2. Holmes E, Sasaki T, Hazen N. Smooth Versus Rocky Transitions to Parenthood: Family Systems in Developmental Context. *Fam Relat*. 2013;62(5):824-37.
3. Dew J, Wilcox B. If Momma Ain't Happy: Explaining Declines in Marital Satisfaction Among New Mothers. *J Marriage Fam*. 2011;73(1):1-12.
4. Poortman A, Tanja L. Attitudes Toward Housework and Child Care and the Gendered Division of Labor. *J Marriage Fam*. 2009;71(3):526-41.

5. Rocha L, Almeida M, Silva M, Cezar-Vaz M. [Reciprocal influence between professional activity and family life: perceptions of fathers/mothers]. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(3):373-80. Portuguese.
6. Bolch C, Davis P, Umstad M, Fisher J. Multiple birth families with children with special needs: a qualitative investigation of mother' experiences. *Twins Res Hum Genet.* 2012 Aug; 15(4):503-15.
7. Benute G, Nozella D, Prohaska C, Brizot M, Liao A, Lucia M, et al. [Psychosocial aspects of multiple pregnancy: review of literature] *Psicol Hosp.* 2010; 8(2):24-45. Portuguese.
8. Choi Y, Bishai D, Minkovitz C. Multiple birth are a risk factor for postpartum maternal depressive symptoms. *Pediatrics.* 2009;123(4):1147-54.
9. Vilska S, Unkila-Kallio L, Punamäki L, Poikkeus P, Repokari L, Sinkkonen J, Tiitinen A, Tulppala M. Mental Health of mothers and fathers of twins conceived via assisted reproduction treatment: a 1-year prospective study. *Hum Reprod.* 2009;24(2):367-77.
10. Silva R, Vieira C, Toso B, Neves E, Rodrigues R. [Problem-solving capacity in children health care: the perception of parents and caregivers]. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(4):382-8. Portuguese.
11. Brotherson S. From partners to parents: couples and the transition to parenthood. *Int J Childbirth Educ.* 2007; 22(2):7-12.
12. Tremblay S, Pierce T. Perceptions of Fatherhood: Longitudinal Reciprocal Associations Within the Couple. *Can J Behav Sci.* 2011;43(2):99-110.
13. Dunning M., Giallo R. Fatigue, parenting stress, self-efficacy and satisfaction in mothers of infants and young children. *J Reprod Infant Psych.* 2012; 30 (2):145-59.
14. Padilla J, Lara B, Álvarez-Dardet B. [Stress and parental competence: a study with working parents]. *Suma Psicológica.* 2010;17(1):47-57. Spanish.
15. Hagen E, Mirer A, Palta M, Peppard P. The Sleep-Time Cost of Parenting: Sleep Duration and Sleepiness Among. *Am J Epidemiol.* 2013;177(5):394-401.
16. Schoppe-Sullivan S, Mangelsdorf S. Parent Characteristics and Early Coparenting Behavior at the Transition to Parenthood. *Social Development.* 2013;22(2):363-83.
17. Hely S. Teens take their toll. *Money.* 2013;159: 44.
18. DeMaris A, Mahoney A, Pargament K. Fathers' contributions to housework and childcare and parental aggravation among first-time parents. *Fathering.* 2013;11(2):179-98.