

ISSN 1415-2762

reme

Revista Mineira de Enfermagem

Nursing Journal of Minas Gerais

Revista de Enfermería de Minas Gerais

EDITORA GERAL

Adelaide De Mattia Rocha

Universidade Federal de Minas Gerais

DIRETOR EXECUTIVO

Lúcio José Vieira

Universidade Federal de Minas Gerais

EDITORES ASSOCIADOS

Andréa Gazzinelli C. Oliveira

Universidade Federal de Minas Gerais

Edna Maria Rezende

Universidade Federal de Minas Gerais

Francisco Carlos Félix Lana

Universidade Federal de Minas Gerais

Jorge Gustavo Velásquez Meléndez

Universidade Federal de Minas Gerais

Marília Alves

Universidade Federal de Minas Gerais

Roseni Rosângela de Sena

Universidade Federal de Minas Gerais

Tânia Couto Machado Chianca

Universidade Federal de Minas Gerais

CONSELHO EDITORIAL

Adriana de Oliveira Iquiapaza

Universidade Federal de Minas Gerais

Alacoque Lorenzini Erdmann

Universidade Federal de Santa Catarina

Alba Lúcia Bottura Leite de Barros

Universidade Federal de São Paulo – SP

Aline Cristine Souza Lopes

Universidade Federal de Minas Gerais

André Petitat

Université de Lausanne – Suíça

Anézia Moreira Faria Madeira

Universidade Federal de Minas Gerais

Carmen Gracinda Silvan Scochi

Universidade de São Paulo – RP

Cláudia Maria de Mattos Penna

Universidade Federal de Minas Gerais

Cristina Maria Douat Loyola

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dacilé Vilma Carvalho

Universidade Federal de Minas Gerais

Deborah Carvalho Malta

Universidade Federal de Minas Gerais

Elenice Dias Ribeiro Paula Lima

Universidade Federal de Minas Gerais

Emília Campos de Carvalho

Universidade de São Paulo – RP

Flávia Márcia Oliveira

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Goolan Houssein Rassool

University Of London – Inglaterra

Helmut Kloos

Universit of Califórnia, San Fransico – USA



Revista Mineira de Enfermagem

Isabel Amélia Costa Mendes

Universidade de São Paulo – RP

José Vitor da Silva

Universidade do Vale do Sapucaí

Lídia Aparecida Rossi

Universidade de São Paulo – RP

Luiza Akiko komura Hoga

Universidade de São Paulo – RP

Magali Roseira Boemer

Universidade de São Paulo – RP

Márcia Maria Fontão Zago

Universidade de São Paulo – RP

Marga Simon Coler

University of Connecticut – USA

Maria Ambrosina Cardoso Maia

Faculdade de Enfermagem de Passos – FAENPA

María Consuelo Castrillón

Universidade de Antioquia – Colombia

Maria Flávia Gazzinelli

Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Gaby Rivero Gutierrez

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Maria Helena Larcher Caliri

Universidade de São Paulo – RP

Maria Helena Palucci Marziale

Universidade de São Paulo – RP

Maria Imaculada de Fátima Freitas

Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Universidade Federal de Santa Catarina

Maria José Menezes Brito

Universidade Federal de Minas Gerais

Maria Lúcia Zanetti

Universidade de São Paulo – RP

Maria Miriam Lima da Nóbrega

Universidade Federal da Paraíba

Raquel Rapone Gaidzinski

Universidade de São Paulo – SP

Regina Aparecida Garcia de Lima

Universidade de São Paulo – RP

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Universidade de São Paulo – RP

Rosângela Maria Greco

Universidade Federal de Juiz de Fora

Silvana Martins Mishima

Universidade de São Paulo – RP

Sônia Maria Soares

Universidade Federal de Minas Gerais

Vanda Elisa Andrés Felli

Universidade Federal de São Paulo – SP

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

Em parceria com:

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

CONSELHO DELIBERATIVO

Marília Alves - Presidente

Universidade Federal de Minas Gerais

José Vitor da Silva

Escola de Enfermagem Wenceslau Braz

Rosa Maria Nascimento

Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí

Maria Cristina Pinto de Jesus

Universidade Federal de Juiz de Fora

Tânia Maria Delfraro Carmo

Fundação de Ensino Superior de Passos

Sandra Maria Coelho Diniz Margon

Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Indexada em:

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

Formato eletrônico disponível em:

www.enfermagem.ufmg.br/reme.php
www.periodicos.capes.ufmg.br

Projeto Gráfico, Produção e Editoração Eletrônica

Brígida Campbell
Iara Veloso
CEDECOM – Centro de Comunicação da UFMG

Editoração

Quarto Crescente (Andréa Esteves)

Impressão

Editores e Gráfica O Lutador

Normalização Bibliográfica

Maria Piedade Fernandes Ribeiro Leite - CRB/6-601
Jordana Rabelo Soares - CRB/6 - 2245

Revisão de texto

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

Secretaria Geral

Vanessa de Oliveira Dupin – Secretária
Gabriela de Cássia C. Rolim de Brito – Bolsista da Fundação
Universitária Mendes Pimentel (FUMP)

Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais

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

Assinatura

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

Revista filiada à ABEC – Associação Brasileira de Editores
Científicos

Periodicidade: trimestral – Tiragem: 1.000 exemplares

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

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

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

NLM: WY 100
CDU: 616-83

317

Editorial

AVALIANDO A QUALIDADE DE REVISTAS CIENTÍFICAS PARA A PUBLICAÇÃO DE RESULTADOS DE PESQUISAS E ESTUDOS

Maria Piedade Fernandes Ribeiro Leite

321

Pesquisas

PRINCÍPIOS ÉTICOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO CUIDAR DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

ETHICAL PRINCIPLES OF NURSING STAFF AND PAIN MANAGEMENT IN NEWBORN INFANTS

PRINCIPIOS ÉTICOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL OCUPARSE DEL DOLOR DEL RECIÉN NACIDO

Marialda Moreira Christoffel

Janice Machado da Cunha

Alexandra dos Santos Freitas de Sant Anna

Renata Rodrigues Garcia

327

CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS

THE NURSING TEAM AND ITS KNOWLEDGE ABOUT LEGAL ATTRIBUTIONS

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE SUS RESPONSABILIDADES LEGALES

Cristiane Vivian Stolarski

Veridiana Teston

Marta Kolhs

337

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE MORRER E MORTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

NURSING PROFESSIONALS, DEATH AND THE DYING PROCESS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, EL PROCESO DE MORIR Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Tatiane de Aquino Demarco Mattos

Celmira Lange

Diana Cecagno

Simone Coelho Amestoy

Maira Buss Thofehr

Viviane Marten Milbrath

343

O MOVIMENTO EXISTENCIAL DA MULHER PÓS-HISTERECTOMIA: TEMOR, POSSIBILIDADE E DECISÃO – CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM GINECOLÓGICA

WOMEN'S EXISTENCIAL MOVEMENT AFTER HYSTERECTOMY: THEIR FEARS, POSSIBILITIES AND DECISIONS - CONTRIBUTIONS TO GYNECOLOGIC NURSING

MOVIMIENTO EXISTENCIAL DE LA MUJER DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA: TEMORES, POSIBILIDADES Y DECISIONES – CONTRIBUCIONES A LA ENFERMERÍA GINECOLÓGICA

Anna Maria de Oliveira Salimena

Ívis Emília de Oliveira Souza

Matilde Meire Miranda Cadete

349

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: OPINIÃO DE ESTUDANTES DO CAMPUS SAÚDE DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE RECIFE-PE

UNIVERSITY EXTENSION PROJECTS: OPINION OF STUDENTS FROM A PUBLIC HEALTH COLLEGE IN THE METROPOLITAN AREA OF RECIFE – PE

EXTENSIÓN UNIVERSITARIA: OPINIÓN DE ESTUDIANTES DEL CAMPUS SALUD DE UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE RECIFE-PE

Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Camila Lima Brady

Waldemar Brandão Neto

Roberta Biondi Nery de Freitas

Marta Úrsula Barbosa de Moraes

358

O ENSINO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NOS CURSOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

EDUCATION ABOUT MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRY IN TECHNICAL NURSING COURSES

ENSEÑANZA DE LA SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA EN LOS CURSOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

Sonia Regina Zerbetto

Maria Alice Ornellas Pereira

365

A CAPACITAÇÃO DA EQUIPE QUE ATUA NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: NECESSIDADE E IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES

QUALIFICATION OF A MOBILE PRE-HOSPITAL CARE TEAM: THE NEED AND THE IMPORTANCE OF A CONTINUOUS EDUCATION IN THE PROFESSIONALS' POINT OF VIEW

CAPACITACIÓN DEL EQUIPO QUE ACTÚA EN LA ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA MÓVIL: NECESIDAD E IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN PERMANENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES

Eveline do Amor Divino

Queli Lisiane Castro Pereira

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

372

INSTRUMENTO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS

DEVELOPMENT AND VALIDTION OF AN INSTRUMENT FOR THE SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTENCE PROVIDED TO HOSPITALIZED ADOLESCENTS

INSTRUMENTO DE SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS

Daniela Karina Antão Marques

Maria Mirian Lima da Nóbrega

381

FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NA ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES DOS PROFESSORES

NURSING GRADUATION AND DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL SKILLS: THE TEACHERS' PERCEPTIONS

CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DOCENTE

Helaine Cristine Vianna Barbosa Dias

Kely César Martins de Paiva

391

CUIDADO AMPLIADO EM ENFERMAGEM

BROAD NURSING CARE

EL CUIDADO AMPLIADO EN ENFERMERÍA

Luzmarina A. Doretto Braccialli

Marilda Marques Luciano Marvulo

Romeu Gomes

Magali A. Alves de Moraes

Odilon Marques de Almeida Filho

Osni Lázaro Pinheiro

Maria de Lourdes Marmorato Botta Hafner

399

RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES DE TRABALHADORES DE HIGIENE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

RISK FOR CARDIOVASCULAR DISEASES AMONG HEALTH WORKERS OF A PUBLIC UNIVERSITY HOSPITAL
RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN TRABAJADORES DE LA HIGIENIZACIÓN DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO PÚBLICO

Denise Albieri Jodas

Maria do Carmo Lourenço Haddad

Rita de Cassia Domansky

Andreza Daher Delfino Sentone

407

HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO, MINAS GERAIS: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS

LEPROSY IN THE CITY OF OURO PRETO, MINAS GERAIS: EPIDEMIOLOGY AND OPERATIONAL ASPECTS
HANSENIASIS EN EL MUNICIPIO DE OURO PRETO, MINAS GERAIS: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y OPERATIVOS

Thaline Alves de Oliveira

Francisco Carlos Félix Lana

416

A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA VACINA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: O CASO DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO DO VALE DO AÇO

PERFORMANCE OF THE NURSING TEAM IN THE VACCINATION OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY PATIENTS: CASE REPORT OF A TOWN IN VALE DO AÇO

LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA VACUNACIÓN DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: EL CASO DE UNA CIUDAD EN LA REGIÓN DEL VALE DO AÇO

Natália Batista das Neves

Helisamara Mota Guedes

Simone de Pinho Barbosa

Virginia Teixeira Oliveira Arêdes

423

OCORRÊNCIA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MINAS GERAIS

OCCURRENCE OF SURGICAL SITE INFECTION IN A UNIVERSITY HOSPITAL OF MINAS GERAIS

INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MINAS GERAIS

Maria Helena Barbosa

Matheus Abboud Mendes

Jesislei Bonolo do Amaral

Ana Lúcia De Mattia

Revisão Teórica

429

A TÉCNICA DELPHI E SEU USO NA PESQUISA DE ENFERMAGEM: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

THE DELPHI TECHNIQUE AND ITS USE IN BRAZILIAN NURSING RESEARCH: BIBLIOGRAPHICAL REVIEW

LA TÉCNICA DE DELPHI Y SU EMPLEO EN LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Amparito V. Castro

Magda Rezende

435

HUMANIZAÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE INFANTIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

HUMANIZATION AND CHILD HEALTHCARE: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

HUMANIZACIÓN Y CUIDADO EN SALUD INFANTIL: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Noriza Veiga

Juliana Coelho Pina

Débora Falleiros de Mello

Marta Angélica Iossi Silva

445

Reflexivo

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE

HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTION: CHALLENGES IN ITS PREVENTION AND CONTROL

INFECCIONES RELACIONADAS A ASISTENCIA EN SALUD: DESAFÍOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROLE

Adriana Cristina Oliveira

Quésia Souza Damasceno

Silma M. C. P. Ribeiro

451

Normas de Publicação

453

Publication Norms

455

Normas de Publicación

AVALIANDO A QUALIDADE DE REVISTAS CIENTÍFICAS PARA A PUBLICAÇÃO DE RESULTADOS DE PESQUISAS E ESTUDOS

Maria Piedade Fernandes Ribeiro Leite*

A comunicação dos resultados de estudos, pesquisas, experiências e casos é imprescindível para o desenvolvimento das ciências, para a evolução das instituições, dos pesquisadores e a validação do conhecimento acumulado.

Sabe-se que as revistas científicas constituem o principal canal formal de comunicação, de disseminação da ciência e de legitimação da autoria das descobertas científicas. Entretanto, na diversidade de publicações periódicas da nossa área de atuação, qual seria a mais adequada para publicar nosso artigo? Obviamente aquela de melhor qualidade e impacto.

A qualidade das revistas científicas não é facilmente mensurada, uma vez que elas são avaliadas para diferentes propósitos: indexação em bases de dados, financiamento de publicações, desenvolvimento de coleções, mensuração da produção científica, ou impacto do conteúdo científico podendo ser adotados critérios e métodos diversos que contemplam aspectos intrínsecos e extrínsecos da publicação, passando do conteúdo à forma de apresentação.

Dentre os critérios para avaliação da qualidade das revistas científicas destacam-se os indicadores **intrínsecos ou de conteúdo** e os **extrínsecos ou formais**.

O **conteúdo** científico da revista é o principal determinante da qualidade da revista, no qual são considerados: predomínio de publicação de resultados de pesquisas – artigos originais; artigos tematicamente relacionados com a missão da revista; com metodologia e estrutura redacionais adequadas; contribuições meritórias para o avanço do conhecimento, importância e originalidade para a área. Esses aspectos evidenciam a relevância da publicação.¹ Outro indicador da qualidade do conteúdo é a **revisão por pares**, também chamada **revisão paritária** ou **arbitragem** (*peer review, refereeing*, em inglês). Consiste em submeter o trabalho científico ao escrutínio de um ou mais especialistas do mesmo escalão que o autor, que se mantêm anônimos ao autor. A adoção do processo de revisão por pares na seleção dos manuscritos é imprescindível para garantia da qualidade e a credibilidade da revista científica. Aquelas publicações que não passam pela revisão paritária tendem a ser vistas com desconfiança pelos acadêmicos e profissionais de várias áreas.^{2,3} O processo de avaliação e aprovação dos trabalhos deve estar descrito nas normas da revista e orientações aos autores para a preparação dos manuscritos. O **corpo editorial** também é fator de qualidade nas avaliações de publicações pelas instituições indexadoras, pelas agências nacionais de ciência e tecnologia e pelos programas de auxílio a publicações científicas. Um Conselho Editorial constituído por pesquisadores de reconhecida atuação na área, respeitabilidade e reconhecimento por seus pares, provenientes de instituições com diversidade nacional e internacional, é requisito de qualidade para uma publicação. Pesquisadores renomados, com representatividade em sua área de atuação têm habilidade para avaliar e indicar pareceristas.¹

Os indicadores de qualidade **extrínsecos ou formais** dizem respeito ao formato de apresentação da revista e estão basicamente relacionados à qualidade da produção editorial sendo: **periodicidade e pontualidade**: atendimento pontual da periodicidade estabelecida é uma prática que reflete a sustentação do fluxo constante dos artigos e demonstra a eficiência da gestão editorial. O atraso denota a incapacidade da gestão, falta de recursos para a publicação e/ou insuficiência de artigos para manter a periodicidade¹; **duração**: o tempo de existência da revista sinaliza tradição e êxito desta, uma vez que títulos recentes têm maior tendência à descontinuidade. O índice de “mortalidade infantil” das publicações periódicas é bastante significativo;¹ a **normalização e padronização** se aplicam a: resumos, descritores, legenda bibliográfica, título abreviado, sumário, citações e referências bibliográficas, dentre outros. Uma vez estabelecidos e especificados, com clareza, nas instruções aos autores, devem ser cumpridos, garantindo a identidade e os padrões editoriais e bibliográficos. Na área da saúde, a maioria das publicações adota os “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Periódicos Biomédicos”, conhecido como Estilo de Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE <<http://www.icmje.org>> e baseia-se, em grande parte, no padrão ANSI, adaptado pela U.S. National Library of Medicine (NLM), em Citing Medicine (The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers), disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bookres.fcgi/citmed/frontpage.html>>.

* Bibliotecária Especialista em Biblioteconomia Médica pela BIREME/OPAS/OMS, em Administração de Bibliotecas pela UnB e Bibliotecas Universitárias pela PUC-MG. Editora Administrativa da Revista Médica de Minas Gerais.

Podemos considerar, também, como indicadores da qualidade da publicação o **trabalho editorial**: a distribuição e o acompanhamento do fluxo de avaliações pelos *peers reviews*, a revisão de estilo, de linguagem científica, o uso correto das normas pelos autores, a qualidade das traduções, das ilustrações e da impressão; a adoção do projeto gráfico, o papel, a impressão, a distribuição, fatores que, descumpridos, afetam a qualidade da publicação; a **difusão**: a eficiência na distribuição e a divulgação da publicação aumentam a sua visibilidade pela comunidade científica e amplia o público leitor e o público potencial. Esse fator pode ser mensurado pelo número de bibliotecas que possuem a coleção completa da revista e por meio da sua disponibilização na Internet; a **indexação** que é o processo pelo qual é descrito o conteúdo de um documento mediante “descritores” por meio de sua leitura técnica e análise. Os “descritores” são termos que identificam assuntos em um vocabulário controlado ou estruturado que expressam conceitos de uma ou várias áreas do conhecimento. A indexação em maior número possível de bases de dados nacionais ou internacionais contribui para o aumento da visibilidade, acessibilidade e disseminação. O fato de uma revista ser selecionada para indexação em determinada base de dados pode ser parâmetro de qualidade, uma vez que atende ao escopo de requisitos daquela base. Cada base de dados divulga publicamente seus critérios e procedimentos de seleção de títulos, sendo os critérios mais comuns: conteúdo científico, revisão por pares e a normalização. As principais bases de dados da área da saúde são: BIOSIS, CINAHAL, EMBASE, LILACS, MEDLINE, PSYCINFO, PUBMED, SCIELO, SCOPUS, WEB OF SCIENCE/ISI(citation indexes).¹⁻⁵

Para uma revista, a indexação num desses órgãos significa reconhecimento de mérito, aval à qualidade de seus artigos e, conseqüentemente, para seus autores, que normalmente estão submetidos a processos de mensuração de desempenhos de atividades tanto acadêmicos como de serviços.

Consideram-se, também, na avaliação da qualidade das publicações, os seguintes aspectos: **endogenia**, o **fator de impacto** e a classificação no **Sistema Qualis-Capes**. Segundo Gonçalves *et al.*⁶, “espera-se que uma publicação de qualidade receba e publique contribuições de diferentes origens, evitando a concentração de autores da própria instituição publicadora, da mesma região, ou mesmo dos membros do corpo editorial”.

O **fator de impacto** das publicações na comunidade científica é denominado como análise de citações, ou estudo de citações, e tem se difundido mundialmente no âmbito das agências de fomento de pesquisa.⁷⁻⁹ O fator de impacto é um número indicativo da frequência com que um artigo em dado periódico foi citado em determinado intervalo de tempo, sendo um indicativo da densidade da publicação. É calculado dividindo-se o número de vezes em que os artigos de uma revista são citados em determinado ano, em revistas indexadas pelo número de trabalhos publicados pela revista nos dois anos anteriores.⁷⁻⁹

O **Sistema Qualis-Capes** é um componente do sistema de avaliação dos programas de pós-graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que avalia os veículos de divulgação da produção científica gerada nos programas avaliados.¹⁰

Na área da Enfermagem, os critérios QUALIS 2007-2009¹³ para classificação dos periódicos foram:

Classificação A-1: periódicos da área de Enfermagem indexados na base SCOPUS/SJR com índice H > 15 ou na base ISI/JCR com índice de impacto J > 0.8 e os periódicos pertencentes às demais áreas indexados na base ISI/JCR, com índice de impacto JCR com j > 2.4.

Classificação A-2: periódicos da área de Enfermagem indexados na base SCOPUS/SJR com índice H entre 3 e 14, ou na base ISI/JCR, com índice de impacto j entre 0.3 e 0.7 e aqueles pertencentes às demais áreas com H > 18 ou j entre 0.6 e 2.3.

Classificação B-1: periódicos área de Enfermagem indexados na base SCOPUS/SJR com índice H até 2, ou na base ISI/JCR, com índice de impacto j até 0.2 e outros pertencentes às demais áreas com H até 9 ou j até 0.5 ou, ainda, indexados no CUIDEN com índice RIC > 0.6.

Classificação B-2: periódicos indexados na base Medline ou SciELO ou CINAHL ou CUIDEN com índice RIC entre 0.2 e 0.5.

Classificação B-3: periódicos indexados na base LILACS ou CUIDEN com índice RIC até 0.2.

Classificação B-4: periódicos indexados na base BDENF ou Portal de revistas da BVS-Enfermagem ou Sport Discus ou Latindex.

Classificação B-5: periódicos indexados em uma das bases Embase, Eric, Psycinfo, Cuidatge, Cab Health, Cabstracts, Physical Education Index, Periódica, Open Journal Systems. Scientific Cambridge Abstracts, ou em algum outro indexador, ou, ainda, pertencente a associações científicas reconhecidas pela comunidade acadêmica da área.

Classificação C: periódicos com ISSN e sem fonte bibliográfica de referência (bases ou listas de indexação). Periódico impróprio.”¹³

Esses critérios estão em constante revisão e podem ser alterados em conformidade com as deliberações dos coordenadores de áreas. O sistema não intenciona definir a qualidade de periódicos de forma absoluta.

A busca da qualidade nas publicações periódicas científicas é tarefa diária dos editores científicos, uma vez que esta é alcançada em etapas, atingindo patamares.

Tornar-se um veículo indexado em bases de dados nacionais e internacionais, com alto índice de citação, de visibilidade, de acessibilidade, classificada como “QUALIS A” no Sistema Qualis, é objetivo das revistas nacionais.

Atingir esses patamares de qualidade, porém, perpassa por todos os atores envolvidos no processo, desde o autor, o editor, o revisor, o diagramador, o distribuidor, pois todas as etapas são passíveis de mensuração e constituem indicativos de qualidade.

E quando se fala em qualidade de publicações periódicas não se pode deixar de mencionar a Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC), à qual todas as publicações deveriam se filiar, dada sua importância e seu empenho no desenvolvimento e melhoria das publicações nacionais.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira SMS, Targino MG, organizadoras. Preparação de revista científicas: teoria e prática. São Paulo: Reichmann & Autores Editores; 2005.
2. Leite MPFR. A importância da indexação para a difusão do conhecimento comunicado nas revistas técnico-científicas [Editorial]. REME RevMin Enferm. 2006; 10(1): 3, jan/mar. 2006.
3. Wikipédia. Revisão por pares. [Citado em 2008 out 26]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Revis%C3%A3o_por_pares.
4. Barbalho CRS. Periódico científico: parâmetros para avaliação de qualidade. In: Ferreira SMS, Targino MG, organizadoras. Preparação de revista científicas: teoria e prática. São Paulo: Reichmann & Autores Editores; 2005. p.123-58.
5. Ferreira SMS. Critérios de qualidade para as revistas científicas em comunicação. In: Ferreira SMS, Targino MG, organizadoras. Preparação de revista científicas: teoria e prática. São Paulo: Reichmann & Autores Editores; 2005. p. 269-93.
6. Gonçalves A, Ramos LMSVC, Castro RCF. Revistas científicas: características, funções e critérios de qualidade. In: Aguiar Población D, Witter GP, Silva JFM. Comunicação & produção científica: contexto, indicadores e avaliação. São Paulo: Angellara; 2006. p.165-86.
7. Coura JR, Willcox LCB. Impact factor, scientific production and quality of Brazilian medical journals. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz* [online]. 2003, vol. 98, no. 32008-10-17], pp. 293-298. [Citado em 10 out. 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-0276200300030001&lng=&nrm=iso.doi: 10.1590/S0074-02762003000300001.
8. Coura JR, Willcox LCB. Impact factor, scientific production and quality of Brazilian medical journals. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz* [online]. 2003, vol. 98, no. 32008-10-17], pp. 293-298. [Citado em 10 out. 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-0276200300030001&lng=&nrm=iso.doi: 10.1590/S0074-02762003000300001.
9. Strehl L. O fator de impacto do ISI e a avaliação da produção científica: aspectos conceituais e metodológicos. *Ci Inf.* 2005 jan./abr.; 34(1). 4[Citado em 20 out 2008]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-19652005000100003&script=sci_arttext
10. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Qualis de periódicos científicos, ciências sociais aplicadas Comunicação e ciência da informação: 2001/2002. Brasília, 2003. [Citado em 15 out. 2008]. Disponível em: <http://qualis.capes.gov.br/>. A
11. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES. Classificação de periódicos, anais, revistas e jornais. [Citado em 2008 out 20]. Disponível em: <http://qualis.capes.gov.br/webqualis/Index.faces>.
12. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES. Reestruturação do Qualis. [Citado em 2009 nov. 30]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/Restrukturacao_Qualis.pdf.
13. Erdmann AL, Marziale MHP, Pedreira MLG, Lana FCFF, Pagliuca MLF, Padilha MI et al. A avaliação de periódicos científicos qualis e a produção brasileira de artigos da área de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.* 2009 June 17(3): 403-9. [Citado em 2009 Nov. 03]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300019&lng=em.doi:10.1590/S0104-11692009000300019.

PRINCÍPIOS ÉTICOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO CUIDAR DA DOR DO RECÉM-NASCIDO*

ETHICAL PRINCIPLES OF NURSING STAFF AND PAIN MANAGEMENT IN NEWBORN INFANTS

PRINCIPIOS ÉTICOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL OCUPARSE DEL DOLOR DEL RECIÉN NACIDO

Marialda Moreira Christoffel¹

Janice Machado da Cunha²

Alexandra dos Santos Freitas de Sant Anna³

Renata Rodrigues Garcia³

RESUMO

Com este estudo tem-se como objetivo analisar a perspectiva ética utilizada pela equipe de enfermagem em sua prática cotidiana. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada num hospital universitário, localizado no município do Rio de Janeiro. Foram entrevistados 8 integrantes da equipe de Enfermagem das Unidades Neonatais e atendidos todos os aspectos éticos da pesquisa sendo autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio do Processo nº 1239 – CEP/ HUPE – CAAE: 0107.0.228.000-05. Os resultados analisados estabelecem como categorias analíticas a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça. O profissional de enfermagem tem sua prática incorporada às questões éticas, contudo percebemos certa fragilidade no embasamento teórico/conceitual como forma de sistematizar o cuidado prestado ao recém-nascido que sente dor.

Palavras-chave: Recém-nascido; Dor; Ética; Cuidados de Enfermagem; Direitos Humanos.

ABSTRACT

This study aims to analyze the ethical perspective used by the nursing staff in their daily practice. It is a qualitative research that was conducted at the University Hospital of Rio de Janeiro. We interviewed eight members of a Nursing team that worked in Neonatal Units. All the ethical requirements were fulfilled and the study was authorized by the Research Ethics Committee, according to process No 1239 - CEP / HUPE - CAAE: 0107.0.228.000-05. Results showed the following analytical categories: beneficence, nonmaleficence, autonomy and justice. The nursing professional has incorporated the ethical issues to its practice. Nevertheless, we still notice the fragility of the theoretical and conceptual basement as a way of systematizing the attention provided to newborns who feel pain.

Key words: Infant, Newborn; Pain; Ethics; Nursing Care; Human Rights.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar la perspectiva ética del personal de enfermería en su práctica diaria. Se trata de una investigación cualitativa realizada en un hospital universitario del municipio de Río de Janeiro. Entrevistamos a 8 miembros del equipo de Enfermería de las Unidades de Neonatología respetándose todos los aspectos éticos de la investigación autorizada por el Comité de Ética de la Investigación a través del proceso n.º 1239 - CEP / HUPE - CAAE: 0107.0.228.000-05. A partir de los resultados analizados se establecieron como categorías analíticas la beneficencia, la no-maleficencia, la autonomía y la justicia. Las cuestiones éticas están incorporadas a la práctica del profesional de enfermería; sin embargo, notamos algunas fragilidades en su base teórico conceptual como forma de sistematizar la atención a los recién nacidos que sienten dolor.

Palabras clave: Recién Nacido; Dolor; Ética; Atención de Enfermería; Derechos Humanos.

* Este artigo faz parte do projeto de pesquisa: *Conhecimentos, atitudes e crenças da equipe de enfermagem sobre a dor do recém-nascido e da criança*.

¹ Enfermeira Especialista em Pediatria. Professora adjunta do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Saúde da Criança/NUPESC/EEAN/UFRJ.

² Enfermeira. Doutora em Saúde da Criança pelo IFF/FIOCRUZ. Professora adjunta do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

³ Graduadas em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UERJ. Residentes HUPE.

Endereço para correspondência - Marialda Moreira Christoffel: Rua Prof. Edmundo March, 02/1204, Boa Viagem, Niterói/RJ. E-mail: marialdanit@gmail.com.

INTRODUÇÃO

As unidades neonatais vêm se configurando um ambiente cada vez mais complexo e em constantes mudanças, desafiando a equipe de enfermagem para um olhar sensível e habilitado para perceber sinais indicativos de dor e desconforto no recém-nascido. Mas como falar de cuidado na unidade de terapia intensiva, um ambiente fechado de alta complexidade, constituído de um aparato tecnológico, de uma equipe altamente especializada que no seu cotidiano depara com situações de vida e morte? Muitas vezes, a equipe necessita de decisões e ações rápidas para salvar a vida desses recém-nascidos. Para muitos profissionais, essas unidades se tornam um ambiente estressante, no qual o recém-nascido passa por inúmeros procedimentos considerados dolorosos.

O Consenso Internacional¹ sobre o manejo dos procedimentos dolorosos desenvolveu um guia prático, clínico, baseado em evidências para o tratamento e a prevenção da dor neonatal, por meio de medidas, tais como: a sucção não nutritiva, a contenção manual (cabeça, nádegas e os membros) de forma elástica, evitar mudanças súbitas de postura ou realizá-las com o recém-nascido aconchegado em flexão e com as mãos próximas à boca, o envolvimento do recém-nascido no colo, incentivando o contato pele a pele na realização de cada procedimento considerado doloroso.

Atualmente, esses aspectos tão importantes para a qualidade de vida do recém-nascido estão sendo discutidos pelos profissionais de saúde nas unidades de terapia intensiva neonatal,^{2,3} iniciando-se, assim, a valorização neonatal dos efeitos das experiências dolorosas no desenvolvimento cerebral. Com todos esses avanços tecnológicos, os cuidados dispensados pelos profissionais de saúde, a integração com a família do recém-nascido, o manejo comportamental da dor e o ambiente sensorial favorável, surge um novo paradigma na neonatologia. Nesse contexto, com base na monografia⁴ intitulada *A dor do recém-nascido e a dimensão do cuidar ético em enfermagem*, nos sentimos impelidos a aprofundar essa temática de grande relevância para a enfermagem, uma vez que a questão ética constitui num imperativo, dada a complexidade do cuidar em saúde na atualidade e por existirem escassos trabalhos científicos que tratam do cuidar ético diante da dor do recém-nascido.

Esperamos que este estudo possa contribuir para a assistência de enfermagem e que os profissionais assumam atitudes éticas, respeitando a Resolução nº 41/95, do Ministério da Justiça, aprovada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, que reforça o direito do recém-nascido em seu artigo 7º, qual seja, o de não sentir dor quando houver meios para evitá-la.⁵

Ao estudarmos essa temática, deparamos com a dificuldade em conceituar a ética,⁶ que pode ter vários significados. Optamos por adotar a perspectiva principialista, que, de acordo com vários autores,⁶⁻⁹ consiste na aplicação de quatro princípios pinçados nas

grandes correntes filosóficas da história: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, utilizados como modelo teórico para resolver conflitos morais em bioética.

A teoria principialista, termo genérico pelo qual ficou conhecida a teoria dos quatro princípios, elaborada por Beauchamp e Childress, constituiu-se a teoria hegemônica da bioética por cerca de duas décadas, confundindo-se até mesmo com a própria disciplina.⁹ Vejamos agora cada um dos princípios.

A autonomia constitui a pessoa humana como independente. Entretanto, no caso da medicina neonatal,⁷ os recém-nascidos não são competentes para tomar decisões. Nesse caso, o padrão moral a ser seguido é decidir a respeito do melhor interesse dele, ou seja, o tratamento deve ser provido nos casos em que sua vida poderá conter mais benefícios do que cargas. Nesse contexto, o princípio da autonomia é secundário em relação ao imperativo da moral da beneficência e não maleficência. Os interesses da família, os recursos médicos, de enfermagem e sociais, porém, devem ser levados em consideração na decisão e discussão sobre a saúde e a vida do recém-nascido.

A beneficência manda fazer sempre o bem aos outros.⁷ No campo da medicina, esse princípio é fundamental. A tradição médica, por meio de Hipócrates, estabelece que a medicina existe para beneficiar o enfermo e o necessitado de saúde.^{7,8} Esse princípio é reforçado negativamente; a não maleficência, que se refere à minimização ou prevenção de danos, ou seja, a medicina, só existe para o bem; é inconcebível seu uso para infringir o mal.

Finalmente, o princípio de justiça está relacionado à sociedade política pelo qual se obriga a criar condições públicas para o tratamento da saúde de todos os cidadãos e de promoção da igualdade.⁶⁻¹⁰

O objetivo com este estudo é analisar a perspectiva ética utilizada pela equipe de enfermagem em sua prática cotidiana, tendo como eixo os princípios éticos da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa,¹ que interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana com base em um quadro de referência em que a ação objetivada nas instituições permite ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes. Desvela-se, assim, o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes da equipe, correspondendo a um espaço mais profundo do fenômeno em questão.

Os dados foram coletados em um Hospital Universitário, localizado no município do Rio de Janeiro. Oito integrantes das equipes de Enfermagem (seis enfermeiros e dois técnicos/ auxiliares de enfermagem) dos setores de Unidade Intermediária Neonatal (UIN) e da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) constituíram os sujeitos deste estudo. Conforme determina a Resolução

nº 196/96 sobre Pesquisa com Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, a participação na pesquisa ocorreu de forma voluntária, tendo os participantes recebido e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi garantido o anonimato dos sujeitos do estudo e obteve-se autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUPE) por meio do Processo nº 1239 – CEP/HUPE – CAAE: 0107.0.228.000-05 e do cadastro no SISNEP com o nº 066657.

Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada contendo três questões abertas, relativas ao cuidado do recém-nascido que sente dor na unidade de terapia intensiva neonatal.

Para a gravação das entrevistas, utilizou-se o meio digital MP3 player com a autorização dos entrevistados. Após a transcrição das entrevistas, a análise dos dados se deu pelo método de análise de conteúdo temática, que o define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de conteúdo de mensagens.^{11:9}

A análise de conteúdo foi realizada conforme as seguintes fases: pré-análise, leitura flutuante e a constituição do *corpus* de análise. Posteriormente, foram constituídas as unidades de registro, que, em seguida, foram reagrupadas de acordo com suas afinidades. Dessa análise foi constituído o quadro das categorias temáticas: assistência humanizada, tratamento não farmacológico da dor, comunicação e planejamento do cuidado.

Posteriormente à elaboração e à apresentação do relatório final, com a colaboração de um dos membros da banca avaliadora da monografia, as entrevistas categorizadas foram discutidas à luz dos quatro princípios da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Constatamos, então, que as vivências verbalizadas pelos sujeitos da pesquisas incorporavam, de forma, ainda que implícita, esses princípios.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Princípios da beneficência e não maleficência

A beneficência foi um dos princípios identificados com maior frequência nos depoimentos dos entrevistados. A beneficência refere-se à obrigação ética de fazer o bem; seu objetivo é maximizar benefícios e minimizar danos. É um corolário da atenção à saúde, pois fazer o bem é algo implícito na própria ação de viver e conviver, sendo próprio da espécie humana e parte integrante das informações transmitidas pelas gerações no processo de criação e desenvolvimento da espécie.^{7:263}

Nos depoimentos abaixo, os profissionais se preocupavam em não causar dano à criança, buscando amenizar-lhe a dor, evitando situações de risco e procurando cuidar dela da melhor maneira possível:

O meu dever é prestar uma assistência de qualidade. Em primeiro lugar, acho que a questão do conforto,

estar sempre tentando proporcionar o conforto para o bebezinho, e isso eu tento fazer quando tento minimizar a dor na hora do banho. Às vezes é um prematuro, então dar o banho o mais rápido possível, para que ele não perca calor, então eu acho que isso tudo faz parte da assistência de qualidade. Então o meu dever aqui é este: prestar uma assistência de enfermagem de qualidade... (Entrevista 1)

Na assistência humanizada, a gente deve ter essa preocupação, porque, na verdade, eu me preocupo com isso. E tem outros membros da equipe que eu vejo que se preocupam também, mas não é uma coisa generalizada... A gente procura apagar as luzes que focam em cima da incubadora, a fim de diminuir sua incidência quando não está realizando nenhum procedimento. (Entrevista 5)

A dor em recém-nascidos é um dos aspectos que tem se destacado no contexto da assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso e na filosofia do cuidado centrado no desenvolvimento da criança. Estudos^{1,2-4,11-14} comprovam que recém-nascidos a termo e pré-termo demonstram respostas fisiológicas hormonal, metabólica e comportamental à dor, quando comparados com crianças maiores ou adultos. A identificação da dor em recém-nascidos pelos profissionais de enfermagem é uma das grandes preocupações para prestar uma assistência de qualidade. Torna-se fundamental que a dor do recém-nascido seja identificada, avaliada e tratada, já que os profissionais de enfermagem procuram maximizar benefícios e minimizar danos ou prejuízos durante os cuidados realizados.

O princípio de não maleficência aparece como destaque nos depoimentos. A não maleficência preconiza não fazer o mal e, junto com o princípio de beneficência, proíbe infligir danos deliberadamente. Vão surgir situações, porém, em que será necessário causar um dano, só que causando um bem maior.^{7:264}

Todo procedimento, independente de ser com o RN ou não, a gente tem que planejar. O material, a melhor hora para ser realizado procedimento... Eu não vou fazer uma punção numa criança depois dele ter feito a dieta, por exemplo. Não vou furar a criança para colher o dextro depois de ele ter mamado; vai alterar o resultado. Então, tudo deve ser planejado, inclusive o alívio da dor com alguns procedimentos que a gente sabe que realmente consegue minimizar... (Entrevista 3).

Uma punção venosa que você vai fazer repetidas vezes para fazer a medicação. Tem pessoas que vão até o máximo, até o recém-nascido ficar extenuado. Isso é errado. Você tem de dar um tempo para ele, dar uma parada, fazer um aconchego... (Entrevista 6).

Nos relatos dos profissionais de enfermagem reconhecem-se as situações que podem ser dolorosas ou estressantes ao recém-nascido, como punção venosa, punção de calcâneo e sondagem gástrica, dentre outras, situações potencialmente dolorosas, descritas em outros estudos^{1-4,13,14}. As medidas de conforto relatadas pelos entrevistados para o alívio da dor devem ser planejadas

para que sejam efetivas e possam promover a estabilidade e a organização do neonato, podendo ser útil na conservação de energia para o crescimento e o desenvolvimento dele. A problemática da dor neonatal não é pura e simplesmente uma questão técnica, mas bioética, que precisa ser vista e discutida por todos os profissionais de saúde, principalmente em relação ao cuidado do recém-nascido suscetível a situações potencialmente dolorosas nas unidades neonatais.

Princípio da autonomia

A autonomia do neonato apareceu indiretamente, mas de forma contraditória, pois em alguns discursos constatamos a ideia da criança como pequeno adulto, pequeno ser, criaturinha, ainda que em alguns casos seja uma forma carinhosa de se referir aos bebês, nos questionamos sobre os conteúdos socioculturais presentes nesses termos:

Eu sou uma profissional, sim, e quero ganhar, sim, pelo que faço, mas eu acho que você tem fazer bem e gostando. Não adianta nada estar mal-humorada que não vai render, você vai passar para aquela criaturinha que está ali, ou para outra pessoa que também estiver hospitalizada, só energias negativas; você só vai dar fluidos horríveis e até piora. Tem crianças que você sente isso, se o profissional está de mau humor na casa dele, ele tem que saber isolar isso... (Entrevista 8).

Primeiro os meus deveres como pessoa, como profissional, respeitando ele como indivíduo. (Entrevista 4),

Falar mesmo com a criança de você chegar e saber que ele é um pedacinho de gente, que ele escuta, que ele sente que ele presta atenção em você, embora pequenininho, às vezes cheio de aparelho, mas você chega você o acalma, você vê pelo monitor que ele se acalmou quando você fala uma palavra legal para ele... (Entrevista 7)

A autonomia pressupõe que a pessoa seja livre para fazer suas escolhas, desde que suficientemente esclarecida.⁶⁻⁸ Embora o recém-nascido não fale, ele se manifesta por meio de medidas comportamentais: expressão facial, choro, movimentação corporal e do estado de sono-vigília.^{1-4,13,14} Além do ponto de vista ético e humanitário, a dor do recém-nascido deve ser considerada e tratada, visto que a dor aumenta a morbidade e a mortalidade, dificulta a restauração de processos mórbidos clínicos ou cirúrgicos, além de causar reorganização estrutural permanente e funcional das vias nervosas nociceptivas, que afetarão futuramente as experiências de dor do recém-nascido.^{1-4,13,14}

Sabemos que os recém-nascidos devem ter seus direitos preservados e sua integridade protegida. Entretanto, reconhecemos que a questão da autonomia do recém-nascido trata-se de um tema complexo. Embora os profissionais de saúde sejam detentores do conhecimento, devemos nos lembrar de que, de um

lado, existe a autonomia profissional procurando sempre realizar o melhor no tratamento do recém-nascido, já que os neonatos não são competentes para tomar decisões, e, do outro, os profissionais devem envolver a participação da família, informando-a adequadamente, utilizando uma linguagem acessível.

O próprio Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹¹ determina que os pais sejam os representantes legais da criança, uma vez que ela não tem capacidade de tomar decisões. Um aspecto importante que devemos considerar, também, é que a garantia da autonomia, seja dos pais, seja das crianças, muitas vezes, deve estar relacionada à beneficência e não à maleficência. Os pais podem se recusar a aceitar a realização de um procedimento necessário para a saúde da criança. Em situações extremas, os pais podem perder legalmente o direito de tomar decisões a respeito do tratamento do seu filho. Nesse sentido, alertamos para a importância de a equipe de enfermagem atuar permanentemente em parceria com os pais, buscando esclarecer-lhes as dúvidas e tornando-os parceiros da equipe na promoção do bem-estar do bebê, assegurando, assim uma boa comunicação, de forma que as informações concernentes à atenção ao recém-nascido sejam convenientemente partilhadas, tal como as decisões adotadas conjuntamente.⁶⁻⁸

Ainda no que se refere à autonomia, o profissional de enfermagem tem autonomia para realizar os cuidados da criança, uma vez que as medidas não farmacológicas para alívio da dor são normatizadas pelo Ministério da Saúde (MS).¹² Em nossa análise, essas ações se relacionam à questão da autonomia da equipe de enfermagem em realizar procedimentos de controle da dor e no cuidado geral com o recém-nascido. O reconhecimento dessa autonomia, contudo, não aparece explicitamente, como podemos constatar nos discursos que se seguem:

Até eu estive num simpósio, que houve no mês passado, no qual isso muito discutido. Pessoas de fora que vieram conversar sobre isso, dar palestra, a questão da glicose 25%, que é uma coisa que a gente tem acesso e pode estar promovendo ao RN uma chupetinha, uma sucção não nutritiva com a glicose 25%. Muitas vezes a gente esquece e não valoriza, como que minimiza o procedimento doloroso, o próprio conversar com o bebê, explicar o que você está fazendo, acolchoar para ele não ficar solto na incubadora, se possível, dependendo do procedimento, no colo da mãe, ou a mãe o mais perto possível... (Entrevista 5)

As medidas de conforto relatadas pelos entrevistados, como a administração de glicose ou sacarose em diferentes concentrações, com ou sem a sucção não nutritiva, têm sido muito utilizadas como intervenção não farmacológica para o alívio da dor.^{13,14} O posicionamento adequado, a realização do contato pele com pele, a manipulação mínima, dentre outras, vêm ao encontro de posições de autores que as descrevem como importantes para o cuidado centrado no desenvolvimento.^{1-4,13,14} Essas medidas são efetivas para promover a estabilidade e uma

boa organização do neonato, podendo ser úteis na conservação de energia para o crescimento e o desenvolvimento dele. Em relação à utilização da sucção não nutritiva, estudos mostram que é uma medida terapêutica indicada para a realização de pequenos procedimentos, como a coleta de sangue. Ela não reduz a dor, mas ajuda o recém-nascido a se organizar após o estímulo doloroso, minimizando as repercussões fisiológicas e comportamentais.^{13,14}

Por se tratar de um trabalho coletivo, o papel da equipe de enfermagem na tomada de decisão ética deve ser interdependente.⁶⁻⁸ Dessa forma, consideramos que a autonomia do profissional de enfermagem, em geral, é compartilhada com os demais membros da equipe de saúde. Algumas decisões podem ser tomadas individualmente e outras devem ser discutidas com os demais membros da equipe.

Princípio da justiça

O princípio da justiça se manifestou na busca de um atendimento de qualidade para todos os recém-nascidos, considerando aspectos relacionados à inclusão da família e ao entendimento do papel social da enfermagem:

O mais humanizado e acolhedor possível...
(Entrevista 4).

Não achando que ele é um ser único, e, sim, que ele é um ser que traz uma família, que tem uma história que está sendo construída. Assim, um fator que eu acho muito importante é a família estar perto na UTI, a família multinuclear, tentando adaptar os melhores horários, [...] e a mãe e o pai 24 horas, o tempo que eles quiserem. E, basicamente, respeitá-lo como cliente, como usuário do serviço, como indivíduo, como ser humano... (Entrevista 2)

O princípio da justiça supõe uma intervenção positiva do Estado na área da saúde. O Estatuto da Criança e do Adolescente¹¹ dispõe, em seu Título II, Capítulo I, art. 7º, que trata do Direito à Vida e à Saúde, que a criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio, harmonioso, em condições dignas de existência. O princípio de justiça norteia as relações entre os indivíduos que necessitam dos serviços de saúde e as instituições responsáveis por eles. Além disso, preconiza que todo o sistema de saúde deve ser justo, isto é, deve garantir a atenção e o cuidado pelas distribuições justas, equitativas e universais dos benefícios de saúde.⁶⁻⁸

Eu acho que nós estamos em um país, aliás, num mundo de alta tecnologia; são tratamentos de alta complexidade. Acho que já mudou muito, que nós já chegamos aí em uma conclusão, que antigamente nós não preocupávamos tanto com a humanização. Era designada ao paciente só a tecnologia; a gente só se

preocupava mais com que estava faltando. Quando eu falo a gente, tô falando todo mundo, todos nós... médicos, enfermeiros. Mas agora, nós estamos dando um tratamento melhor, em termos de humanização, de mais compreensão, de mais diálogo e comunicação com os pais. (Entrevista 6)

Sabemos que os pais ficam preocupados ao suporem que o filho recém-nascido esteja sentindo dor durante os procedimentos. As enfermeiras precisam lidar com essas preocupações e encorajar os pais a conversar com os profissionais envolvidos. Os pais têm o direito de sustar a autorização para procedimentos invasivos realizados sem analgesia ou anestesia.¹³ O princípio da justiça, geralmente, relaciona-se à garantia dos direitos individuais da criança e da família, focalizando situações da prática cotidiana de controle da dor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de enfermagem, nesta pesquisa, demonstraram conhecimento a respeito das alterações apresentadas pelos neonatos diante de situações dolorosas. Os profissionais se preocupavam em não causar dano à criança, buscavam amenizar-lhe a dor, evitando situações de risco e procurando cuidar dela da melhor maneira possível. Descreveram as manifestações mais comumente observadas e já validadas por pesquisadores. Reconheceram situações potencialmente dolorosas, tais como punção venosa e punção de calcâneo, bem como medidas não farmacológicas utilizadas para o alívio da dor.

Constatamos que os princípios éticos da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia se apresentaram de forma implícita nas entrevistas. Temos como pressuposto que tal fato pode ter ocorrido em decorrência do desconhecimento teórico dos princípios éticos por parte dos profissionais de enfermagem, uma vez que a introdução dessa temática nos currículos é recente. A questão ética, tradicionalmente, era limitada aos aspectos deontológicos da prática profissional. Outra hipótese com relação a essa situação é a de que ao entrevistarmos os profissionais talvez devêssemos ter colocado de forma mais direta e clara a questão dos princípios éticos.

Embora os profissionais de enfermagem tivessem sua prática incorporada às questões bioéticas, percebemos certa fragilidade no embasamento teórico conceitual, na forma de sistematizar o cuidado ao recém-nascido que sente dor, tornando-o mais qualificado. Recomendamos que, apesar das dificuldades do processo de trabalho da enfermagem, que outros estudos e reflexões sobre os aspectos éticos do cuidado de enfermagem sejam incentivados, de forma a torná-lo sistematizado e produtor de novos conhecimentos no campo da bioética e da dor neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Anand KJS. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. Arch Pediatr Adolesc Med Chicago. 2001; 155 (2):173-80.
2. Christoffel MM, Silva RS. Navegando no mar da neonatologia: um mergulho no mundo imaginal do recém-nascido na UTIN. Rio de Janeiro: Editora EEAN/UFRJ; 2003.
3. Medeiros MD, Madeira LM. Prevenção e tratamento da dor o recém-nascido em terapia intensiva neonatal. REME - Rev Min Enferm. 2006 abr/jun; 10(2):118-24.
4. Sant'Anna ASF, Garcia RR, Christoffel MM. A dor do recém-nascido e a dimensão do cuidar ético em enfermagem. [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
5. Brasil. Ministério da Justiça. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Resolução nº. 41, em 17/10/1995. Regulamentada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e dos Adolescentes, Brasília (DF) 1995. [Citado 2000 jun 17]. Disponível em: URL: <http://www.sbp.com.br>.
6. Fortes PA. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de caso. São Paulo: EPU; 1998.
7. Schramm FR, Braz M, organizadores. Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 276p.
8. Pegoraro O. Introdução à ética contemporânea. Rio de Janeiro: Uapê; 2005.
9. Diniz D, Guilhem D. O que é Bioética: coleção primeiros passos. São Paulo: Brasiliense; 2006.
10. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1995.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
12. Brasil. Ministério da Justiça. Lei no. 8069. Estatuto da criança e do Adolescente. 1990. [Citado 2005 out 16]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/htm>.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde da criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. Brasília; 2002.
14. Hockenberry MJ, Winkelstein WW. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.

Data de submissão: 11/3/2008

Data de aprovação: 13/10/2009

CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS

THE NURSING TEAM AND ITS KNOWLEDGE ABOUT LEGAL ATTRIBUTIONS

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE SUS RESPONSABILIDADES LEGALES

Cristiane Vivian Stolarski¹

Veridiana Teston²

Marta Kolhs³

RESUMO

O propósito com este estudo foi verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais segundo a Lei do Exercício Profissional (LEPE) nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87, em unidades de saúde do município de Palmitos-SC, no período de março a junho de 2008. O método utilizado foi a aplicação de um questionário semiestruturado relacionado ao assunto investigado. Os dados foram coletados individualmente no próprio ambiente de trabalho da equipe, sendo que os participantes permaneceram em anonimato e livres para participar ou não do estudo. O instrumento de pesquisa era composto por 35 atribuições da equipe de enfermagem, conforme previsto na LEPE. O questionário foi respondido por 17 profissionais, ou seja, 100% da equipe, dentre eles auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Os resultados da pesquisa sugerem que a equipe de enfermagem tem de ser constantemente lembrada e/ou relembrada de suas atribuições individuais, tendo em vista, da totalidade das perguntas/atribuições, 48% foram respondidas incorretamente. Entende-se que o conhecimento das competências faz com que a equipe tenha maior familiarização a respeito das suas atribuições, o que diminui divergências e riscos profissionais, proporciona à população um atendimento qualificado e efetivo, além de garantir a legalidade das ações aos profissionais da equipe.

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem; Exercício Profissional; Conhecimento.

ABSTRACT

This study aims to verify the knowledge of the nursing team about its legal attributions according to LEPE – Law nº 7,498/86 of Professional Exercise and Decree nº 94,406/87. Between March and June, 2008, a semi-structured questionnaire was used to evaluate nursing professional who worked in Health Care Units located in the city of Palmitos – SC. Data were individually collected in the workplace and all participants remained anonymous and were free to participate. The questionnaire was composed by 35 items regarding legal attributions of the nursing team according to LEPE, and was answered by 17 professionals (100%), including nursing assistants, nursing technicians and nurses. Results suggest that the nursing team has to be constantly reminded or re-reminded of its individual attributions since 48% of the questions were incorrectly answered. We understand that having an adequate knowledge about such attributions is essential to diminish differences and occupational hazards and provide a qualified and effective care to the population, ensuring the legality of the team's actions.

Key words: Nursing Team; Professional Practice; Knowledge.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue verificar el conocimiento del personal de enfermería sobre sus responsabilidades legales según la LEPE – Ley de la Práctica Profesional N° 7.498/86 y del Decreto N° 94.406/87, en unidades de salud del municipio de Palmitos - SC, entre marzo y junio de 2008. El método utilizado fue la aplicación de un cuestionario semiestruturado sobre el asunto investigado. Los datos fueron recogidos por separado en el ambiente laboral del equipo; se preservó el anonimato de los participantes, que tuvieron libertad para participar o no en el estudio. El instrumento de investigación se componía de 35 (treinta y cinco) competencias del personal de enfermería según las necesidades de la LEPE. El cuestionario fue respondido por 17 (diecisiete), es decir, el 100% del equipo de profesionales incluyendo auxiliares, técnicos de enfermería y enfermeras. Los resultados del estudio sugieren que al personal de enfermería se le debe recordar constantemente sus tareas individuales; se señala dicho punto porque del total de preguntas y tareas, 48% fue respondido incorrectamente. Se entiende que el conocimiento de sus habilidades hace que el equipo tenga más familiaridad con sus deberes, reduciendo las diferencias y riesgos profesionales, proporcionándole a la población atención eficaz y calificada y otorgándole legalidad a las acciones de los profesionales del equipo.

Palabras clave: Equipo de Enfermería; Práctica Profesional; Conocimiento.

¹ Bacharel em Enfermagem. E-mail: crisvs01@yahoo.com.br.

² Bacharel em Enfermagem. E-mail: veriteston@yahoo.com.br.

³ Enfermeira. Professora da Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro Educacional Oeste (CEO), Palmitos – Dpto. Enfermagem. Endereço para correspondência: Marta Kolhs: Rua Curitiba 100E apto 202, centro, Chapecó/Santa Catarina, CEP: 89840 301, Fone: (49) 33295771 ou 36471617. E-mail: martakolhs@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A caracterização do cuidar em enfermagem é antiga e baseia-se na promoção, manutenção e recuperação das necessidades básicas do indivíduo, em especial quando atingido em sua integridade física e mental. Uma das primeiras descrições existentes sobre a enfermagem é de autoria de Florence Nightingale, em 1859, que definiu a enfermagem como a área que tem a responsabilidade pela saúde de alguém, colocando o paciente em condições tais que permitam a natureza agir sobre ele.

A enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado com o ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades diversas. Ela se responsabiliza pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes por meio da educação em saúde. Para que esse cuidado seja prestado com eficácia, foi necessária a normatização das atividades para que esses profissionais soubessem qual a sua real função em uma equipe multiprofissional.

De acordo com a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências, a enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição na área onde ocorre o exercício, sendo exercida privativamente pelo enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem e pelas parteiras, respeitados os respectivos graus de habilitação.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tem como objetivo normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados pelos participantes da classe e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional; já o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) é uma entidade autônoma (autarquia pública federal), vinculada ao Poder Executivo, atuando na esfera da fiscalização do exercício profissional, sendo que os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares e parteiras) só podem exercer a profissão com o devido registro e consequente número de inscrição do sistema COFEN/COREN.

Com a normatização e profissionalização da enfermagem, o campo de atuação se expandiu, passando o enfermeiro e sua equipe a atuar legalmente em vários setores. Um dos campos em ascensão na atuação da enfermagem está na Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme normas do Ministério da Saúde (MS). Para que uma equipe possa existir, dentro dela deve obrigatoriamente, estar inserido um profissional enfermeiro e um auxiliar e/ou técnico de enfermagem. A enfermagem está diretamente ligada ao ESF, com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde

em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família, melhorando, com isso, a qualidade de vida dos brasileiros.^{1,2}

Em todo o mundo, a enfermagem constitui o maior contingente da força de trabalho em cuidados à saúde. É o grupo profissional mais amplamente distribuído e com os mais diversos papéis, funções e responsabilidades.³ Concorde-se com a declaração de Regina Henriques, enfermeira e ex-diretora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, de que a natureza do trabalho da enfermagem é dialogar com o paciente o tempo inteiro, e que, para isso, é necessário buscar formas de dialogar com a pessoa de quem está se cuidando. Na prática da enfermagem, o cuidado mais humano é um elemento muito presente.

Sabe-se que, no Brasil, a enfermagem absorve a maioria do cuidado à saúde, dentre os quais estão os profissionais de enfermagem. A enfermagem trabalha como equipe, mas esta, por sua vez, apresenta competências bem distintas, contidas na Lei nº 7.498/86 e no Decreto nº 94.406/87.

A enfermagem é exercida por três categorias: o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem – e isso pode gerar confusão em relação ao que compete a cada um. Nesse olhar, é fundamental o conhecimento específico de cada profissional sobre sua função, para que a população receba um atendimento qualificado e efetivo, bem como seja garantida a legalidade das ações do profissional e da equipe.

Ao enfermeiro cabem tarefas diretamente relacionadas com sua atuação com o cliente, liderança da equipe de enfermagem e gerenciamento de recursos físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação para a prestação da assistência de enfermagem. Do enfermeiro são exigidos conhecimento, habilidades, atitude adequada para desempenhar seu papel e, acima de tudo, idoneidade para que os membros de sua equipe tenham competência para executar as tarefas que lhes são destinadas.⁴

O enfermeiro líder distingue cada funcionário como um indivíduo único, determinado por diferentes fatores, identifica os sistemas de valores individuais e coletivos, programa um sistema de recompensas coerente com esses valores e mantém uma imagem positiva e entusiasmada como modelo a ser seguido pelos subordinados, no local de trabalho.

O município de Palmitos, local deste estudo, conta, conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE⁵), com 16.061 habitantes, tem uma área de unidade territorial de 351 km², possuindo cobertura territorial de 100% de ESFs. A Secretaria de Saúde tem 5.208 famílias cadastradas e um total de 16.061 pessoas acompanhadas pelas equipes da estratégia da saúde da família (ESFs). O município disponibiliza 5 unidades básicas de saúde. Para atender à demanda dessa população, a equipe de enfermagem é composta por 4 enfermeiras, 12 técnicos e 1 auxiliar de enfermagem.

As abordagens dos problemas de saúde implicam intervenções em fatores sociais e políticos, comportamento humano e institucional, tradições e tecnologias. É na prática em saúde que exercemos nossa moralidade e deparemos com o sentido da vida humana, obrigações e deveres, e nos posicionamos sobre o bem e o mal. É nessa prática que, diariamente, nos é imposto decidir como devemos viver nossa vida, em relação a nós mesmos e em relação aos outros, e, ainda, como devemos ser como profissionais de saúde.^{5,6}

Os profissionais de saúde, em seu âmbito de atuação, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Na visão de Fleury,⁷ cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade e procurar solucioná-los. Os profissionais devem realizar seus serviços de acordo com os mais altos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde.

Refletir sobre o nosso modo de agir e ser profissional de saúde requer, por um lado, conhecimento do que precisa ser feito como técnica e como arte e, por outro, conhecer as perspectivas éticas que podem fundamentar a moralidade profissional.⁵

O tema deste trabalho surgiu de estágios realizados no município de Palmitos durante a graduação de enfermagem, onde se observavam inúmeras divergências e dúvidas dos profissionais da equipe em relação a quem competia a realização de determinado procedimento de enfermagem. Com isso, buscou-se conhecimento em relação às competências profissionais, colaborando em nossa formação e instigando os demais profissionais a tomar conhecimento e refletir sobre a legislação de enfermagem.

Nesse contexto, ou seja, dos profissionais de enfermagem que atuam nessa rede municipal de saúde/ESF, é que se propôs a realização deste estudo, em que se desejou “verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais” quanto ao exercício da profissão.

OBJETIVO

Avaliar o conhecimento sobre a legislação que regulamenta o exercício profissional da equipe de Enfermagem das unidades de saúde da família do município de Palmitos-SC.

Objetivos específicos

- Verificar o conhecimento do enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem sobre suas atribuições legais.

- Sugerir ações que auxiliem na ampliação do conhecimento e esclarecimento das competências e/ou atribuições dos profissionais da enfermagem.

MATERIAL E MÉTODO

Tipo de estudo

Exploratório descritivo.

Procedimentos para autorização de coleta de dados

- Projeto/estudo encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), por meio do Protocolo CEP nº 501/2008.

Público-alvo para estudo

Na equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), todos são funcionários da Secretaria Municipal de Saúde. A equipe de enfermagem é composta por 17 profissionais, entre técnicos, auxiliares de enfermagem e enfermeiras.

- **Método de inclusão:** profissional de enfermagem (enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem), funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, que estivessem na ativa, independentemente da forma de contratação.

Local de estudo

A coleta dos dados ocorreu nas Unidades Básicas de Saúde de Palmitos-SC, após serem explicados aos profissionais de enfermagem os procedimentos e a importância do estudo.

Instrumento e coleta de dados

O instrumento de coleta de dados trata-se de um formulário/questionário contendo:

- na primeira parte, a identificação do entrevistado: idade, cargo que exerce e tempo de atuação na profissão;
- na segunda parte estão relacionadas as competências profissionais conforme a Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87 COFEN, no qual o entrevistado relacionou as competências aos diferentes profissionais da equipe de enfermagem (auxiliar, técnico e enfermeiro).

O questionário foi anônimo, isto é, não se utilizou nome, tampouco o local de atuação.

O questionário/instrumento que cada profissional respondeu continha 35 questões de múltipla escolha sobre atribuições da equipe, o qual, após ser preenchido, foi depositado em uma caixa fechada (tipo urna), que somente foi aberta ao final, para análise dos dados.

O acesso aos dados coletados limitou-se ao professor pesquisador e aos acadêmicos que desenvolveram o estudo/pesquisa.

Coletas de dados

Para a obtenção dos dados, elaborou-se um instrumento de coleta de dados com perguntas semiestruturadas, pertinentes ao objetivo do estudo, o qual foi respondido no local de trabalho, conforme previamente acordado com a equipe e o secretário municipal de Saúde. Cada funcionário foi abordado individualmente, quando todo o procedimento de coleta foi explicado, deixando-o livre para participar ou não do estudo. Todos os participantes também assinaram o Termo de Livre Consentimento para a participação da pesquisa. Após esclarecimento de dúvidas, foram aplicados os questionários. A coleta de dados foi realizada no próprio ambiente de trabalho.

Cada profissional respondeu ao seu questionário sozinho e somente tomou conhecimento do conteúdo dele no ato, para que se pudesse ter uma avaliação real do conhecimento de cada um.

Para evitar qualquer tipo de constrangimento, ao término do questionário, o funcionário foi orientado a dobrá-lo e depositá-lo em caixa fechada (urna).

Análises dos dados

Os dados foram processados e analisados, estatisticamente, no programa Microsoft Office Excel 2007 e CD-ROMs – 700Mb, 80min, 1x-12x, compact disc reWritable e CD-RW – e apresentados em tabelas e gráficos conforme a categoria profissional.

A pesquisa foi realizada durante o mês de maio de 2008.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à caracterização da amostra, nesta pesquisa, dos profissionais de enfermagem entrevistados, 17 (100%) eram do sexo feminino, seguindo a tendência constatada por estudos da área de que a profissão de enfermagem se mantém feminina em todos os níveis, a despeito do aumento contingencial.

A categoria profissional e idade e tempo de atuação estão expostas nos Quadros 1, 2 e 3 a seguir.

QUADRO 1 – Categoria profissional

Categoria profissional	Número de profissionais	Percentual de profissionais
Auxiliar de enfermagem	01	6%
Técnicos de enfermagem	12	71%
Enfermeiros	04	23%

Fonte: Questionário: Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais.
Elaborado por Cristiane Vivian Stolarski, Veridiana Teston e Marta Kolhs.

Observa-se, no QUADRO 1, que a categoria prevalecente é a de técnicos. Na área de saúde, o técnico existe desde 1966, quando foi criado o primeiro curso na Escola Anna Nery, porém a regulamentação para o exercício profissional somente ocorreu efetivamente em 1986, com a Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 94.406/87.

QUADRO 2 – Faixa etária

Faixa etária – idade	Número de profissionais	Percentual de profissionais
20 a 30 anos	07	41%
31 a 40 anos	03	18%
41 a 50 anos	05	29%
51 a 60 anos	02	12%

Fonte: Questionário: Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais.
Elaborado por Cristiane Vivian Stolarski, Veridiana Teston e Marta Kolhs.

Nota-se, no QUADRO 2, a prevalência de profissionais adultos/jovens. Considera-se que nessa etapa de vida os profissionais buscam o aperfeiçoamento do conhecimento, especialmente o profissional. Essa é a fase produtiva, conforme as noções do mercado.

QUADRO 3 – Tempo de atuação

Tempo de atuação em anos	Número de profissionais	Percentual de profissionais
Menos de 01 ano	03	18%
01 a 05 anos	05	29%
06 a 10 anos	05	29%
11 a 15 anos	01	6%
26 a 30 anos	02	12%
31 a 35 anos	01	6%

Fonte: Questionário: Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais.
Elaborado por Cristiane Vivian Stolarski, Veridiana Teston e Marta Kolhs.

Já no QUADRO 3, quanto ao tempo de atuação desses profissionais, observamos que grande parte está atuando há menos de dez anos nesse mercado de trabalho.

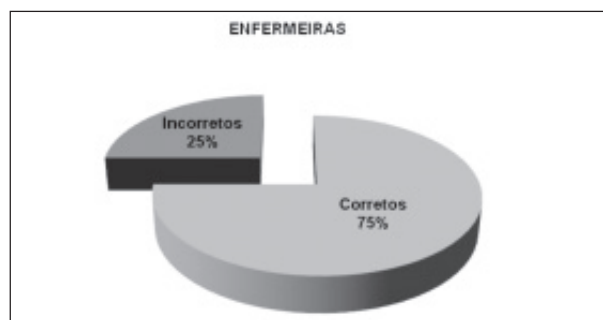


GRÁFICO 1– Percentual de respostas corretas e incorretas da categoria enfermeiras

Fonte: Questionário: Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais.
Elaborado por Cristiane Vivian Stolarski, Veridiana Teston e Marta Kolhs.

Dentre as profissionais enfermeiras pesquisadas, verificamos que das 140 (100%) perguntas aplicadas, 75% foram respondidas corretamente e 25% de forma incorreta, segundo a lei do exercício profissional (Lei nº 7.498/86).

As principais dúvidas/erros apresentadas(os) pelas enfermeiras foram:

1. Quem deve circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar.

De nível médio. De acordo com o Decreto nº 94.406/87, artigo 11º, inciso III, alínea “j”, cabe ao auxiliar de enfermagem executar as atividades auxiliares, circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar.

Segundo o COREN-SP, o ato de “instrumentar” está vinculado a um procedimento cirúrgico, podendo ser considerado até mesmo auxiliar, uma vez que assessora, colabora com o ato cirúrgico. A competência para a instrumentação cirúrgica corresponde à qualificação dos profissionais da medicina e da enfermagem.

2. Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar.

De acordo com o Decreto nº 94.406/87, artigo 10º, inciso I, alínea “d”, cabe ao técnico de enfermagem exercer as atividades auxiliares de nível médio técnico na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar.

3. A quem compete zelar pela limpeza e ordem do material de equipamentos e de dependências de unidade de saúde.

De acordo com o Decreto nº 94.406/87, artigo 11º, inciso IV, alínea “b”, cabe ao auxiliar de enfermagem executar as atividades auxiliares de nível médio, zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidade de saúde.

A realização dos procedimentos de enfermagem deve sempre ser precedida de avaliação do estado de saúde do cliente pelo enfermeiro.⁷ Após essa medida, ele poderá decidir se o procedimento será realizado por si próprio ou se irá delegá-lo a outro profissional da equipe devidamente preparado para a execução do procedimento.

[...] O não saber ou fazer não se constitui, porém, uma condição permanente, de modo que o Código torna obrigatório ao profissional: manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão.⁸⁻¹⁰

Os artigos integrantes do capítulo III do Código de Ética tratam das “Responsabilidades”. O enfermeiro tem responsabilidade de assegurar uma assistência de enfermagem de qualidade, garantindo a integridade física do paciente. Ele só deve executar algum procedimento após criteriosa análise da sua

competência técnica e legal, devendo buscar constante atualização, visando melhorar a qualidade da prestação dos seus serviços.

Ele não é responsável sozinho por proteger o cliente dos erros decorrentes de imprudência, imperícia e negligência da equipe de enfermagem, todos os membros da equipe de saúde devem cumprir e fazer cumprir o código de ética e a legislação da profissão.

Conforme Mishima,¹¹ a construção do trabalho em equipe requer a explicitação e o enfrentamento dialógico de conflitos, buscando uma dinâmica de flexibilidade de regras, negociações e acordos entre os agentes, bem como compartilhar decisões e responsabilidades. Essa construção se torna possível quando o líder adota a postura de gestão democrática e participativa e quando os membros da mesma equipe se sentem confortavelmente preparados para compartilhar esse processo.

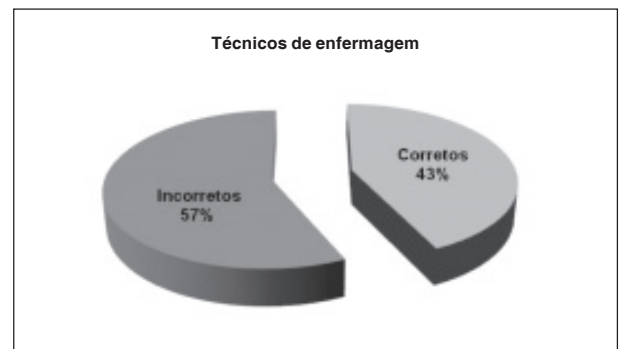


GRÁFICO 2 –Percentual de respostas corretas e incorretas da categoria técnico em enfermagem

Fonte: Questionário - Conhecimento da Equipe de Enfermagem sobre suas Atribuições Legais.

Nota: Elaborado por Cristiane Vivian Stolarski, Veridiana Teston e Marta Kolhs.

Entre as profissionais técnicas de enfermagem pesquisadas verificou-se que 43% das 420 perguntas foram respondidas de forma correta e 57% de forma incorreta, segundo a lei do exercício profissional (Lei nº 7.498/86).

As(Os) principais dúvidas/erros apresentadas(os) pelas técnicas de enfermagem foram:

1. Exercer tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas.

De acordo com o Decreto nº 94.406/87, artigo 11º, inciso III, alínea “e”, cabe ao auxiliar de enfermagem executar as atividades auxiliares de nível médio, bem como as referentes à conservação e aplicação de vacinas.

2. Efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis.

De acordo com o Decreto nº 94.406/87, artigo 11º, inciso III, alínea “f”, cabe ao auxiliar de enfermagem executar as atividades auxiliares de nível médio, efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis.

3. Realizar testes e proceder à sua leitura para subsídio de diagnóstico.

De acordo com o Decreto nº 94.406/87, artigo 11º, inciso III, alínea “g”, cabe ao auxiliar de enfermagem executar as atividades auxiliares de nível médio, realizar testes e proceder à sua leitura para subsídio de diagnóstico.

A prática da Enfermagem, incluindo aquela do Técnico em Enfermagem, é necessário considerar a questão da educação que apesar de ser potencialmente capaz de intervir no contexto social, visando enfrentar os problemas de saúde da população, historicamente tem servido para legitimar tais problemas à medida que fornece formação deficitária quanto ao preparo técnico-científico e o baixo comprometimento com as questões sociais, políticas e econômicas da sociedade brasileira.¹²

Torna-se cada vez mais essencial que o técnico tenha um perfil de qualificação que lhe permita construir percursos profissionais, com mobilidade, ao longo de sua vida produtiva. Um competente desempenho profissional exige domínio do “serviço”, associado à sensibilidade e à prontidão para mudanças e disposição para aprender e contribuir para o seu aperfeiçoamento.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, portanto, estão centradas no conceito de competências por área. Do técnico será exigida tanto escolaridade básica sólida quanto uma educação profissional mais ampla e polivalente. A educação profissional exige dos trabalhadores, em doses crescentes, maior capacidade de raciocínio, autonomia intelectual, pensamento crítico, iniciativa própria e espírito empreendedor, bem como capacidade de visualização e resolução de problemas.¹³⁻¹⁴

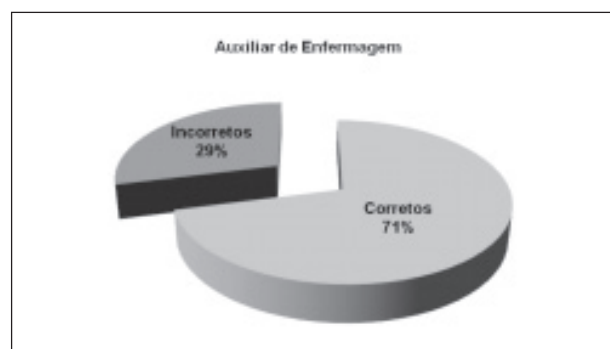


GRÁFICO 3 – Percentual de respostas corretas e incorretas da categoria auxiliar de enfermagem

Fonte: Questionário: Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais.
Elaborado por Cristiane Vivian Stolarski, Veridiana Teston e Marta Kolhs

Entre as profissionais auxiliares de enfermagem pesquisadas, verificou-se que 71% das 35 perguntas foram respondidas de forma correta e 29% de forma incorreta, segundo a lei do exercício profissional.

Entre as principais falhas/erros apresentadas pela auxiliar de enfermagem ficaram questões como:

1. Colher material para exames laboratoriais.

De acordo com o Decreto nº 94.406/87, artigo 11º, inciso III, alínea “h”, cabe ao auxiliar de enfermagem executar as atividades auxiliares de nível médio e colher material para exames laboratoriais.

2. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, no nível de sua qualificação.

De acordo com o Decreto nº 94.406/87, artigo 11º, inciso II, cabe ao auxiliar de enfermagem executar as atividades auxiliares de nível médio, observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas no nível de sua qualificação.

3. Participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica.

De acordo com o Decreto nº 94.406/87, artigo 10º, inciso I, alínea “c”, cabe ao técnico de enfermagem exercer as atividades auxiliares de nível médio técnico, na prevenção e no controle das doenças transmissíveis em geral, em programas de vigilância epidemiológica.

Entre as categorias profissionais da equipe de enfermagem pesquisadas, das 560 perguntas, houve 105 acertos e 35 erros dos profissionais enfermeiras; 181 acertos e 239 erros dos técnicos em enfermagem; e 25 acertos e 10 erros dos auxiliares de enfermagem, sendo utilizada como base a lei do exercício profissional. Conforme demonstrado no GRAF. 4.

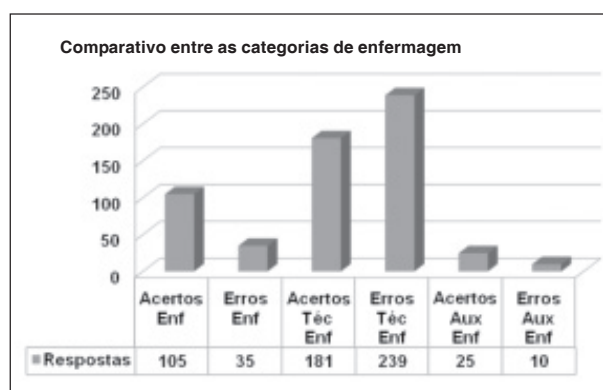


GRÁFICO 4: Comparativo entre as categorias profissionais

Fonte: Questionário: Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais.
Nota: Elaborado por Cristiane Stolarski, Veridiana Teston e Marta Kolhs.

Na análise geral das três categorias profissionais de enfermagem pesquisadas, utilizando como base a LEPE, 52% das respostas estavam corretas e 48% incorretas, no total de 595 questões aplicadas.

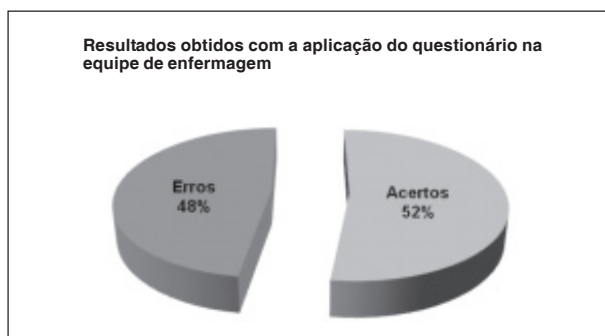


GRÁFICO 5 – Resultados obtidos com o estudo/pesquisa

FONTE: Questionário - Conhecimento da Equipe de Enfermagem sobre suas atribuições legais.
Elaborado por Cristiane Stolarski, Veridiana Teston e Marta Kolhs.

Para uma atuação plena do exercício profissional pela equipe de enfermagem no PSF/ESF (área de atuação do grupo de estudo) não são necessários somente a competência técnica e o conhecimento da construção do SUS e de suas atribuições nesse programa, mas, também, compreender e saber seus limites legais no seu exercício, conferidos por sua legislação.

Ao enfermeiro da ESF cabe executar as atividades de supervisão, treinamento e controle da equipe e atividades consideradas de cunho gerencial. Como gerente da assistência de enfermagem no PSF, o enfermeiro deve ser o gerador de conhecimento, mediante o desenvolvimento de competências, a introdução inovações na equipe e a definição de responsabilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho proposto sobre as atribuições da equipe de enfermagem chama atenção para que os profissionais

de enfermagem reconheçam, pratiquem e ampliem seus conhecimentos sobre suas atribuições legais.

Considera-se fundamental o conhecimento específico de cada profissional sobre sua função, para que o usuário receba desses profissionais um atendimento qualificado e efetivo e de acordo com seu potencial de competências.

É necessário que o enfermeiro compreenda o processo de liderança, desenvolvendo as habilidades necessárias, como a comunicação, o relacionamento interpessoal, a tomada de decisão e a competência clínica. Além disso, é fundamental que conheça a lei do exercício profissional, bem como aplique-a na sua praxe profissional, tornando-se agente de mudança com o propósito de fornecer estratégias que possibilitem a melhoria da instituição, da equipe de enfermagem e, principalmente, da assistência prestada ao paciente/cliente.

O estudo realizado com a equipe de enfermagem do município de Palmitos-SC permitiu verificar como os profissionais de enfermagem executam seu trabalho e também compreender melhor essa realidade para propor estratégias, visando à busca de conhecimento, sob o aspecto legal do exercício da enfermagem por parte dos profissionais em seus postos de trabalho, e, assim, manter a qualidade da assistência de enfermagem.

O homem é um ser inacabado e incompleto, segundo Freire,¹⁵ por isso está sempre se educando. Nenhuma ação educativa pode prescindir de uma reflexão sobre o homem e de uma análise sobre suas condições culturais. Não há educação fora da sociedade humana e não há homens isolados.

Ainda segundo o mesmo autor, o conhecimento que provém da educação não se restringe à sala de aula, mas, sim, passa a ser um processo educativo contínuo que ocorre em qualquer momento, local, situação, com qualquer pessoa ou mediante diferentes estratégias, desde que a pessoa esteja aberta para tal.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa de Dados Estatísticos (COFEN). [Citado 2006 fev 15]. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/_novoportal/section008.asp?InfoID=&editionSectionID=8&SectionParentID=>>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa saúde da família. 2003. [Citado 2007 nov 27]. Disponível em: <<http://www.famema.br/saudedafamilia/equipe1.htm>>
3. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a coletividade e a interdisciplinariedade. Rev Latinoam Enferm. 2000 dez; 8(6): 96-101. [Citado 2007 nov 27]. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>
4. Cunha ICKO, Ximenes Neto FRG. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? Texto & Contexto Enferm. 2006 jun./set; 15(3):479-82. [Citado 2007 abr 20]. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71415313.pdf>>
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Citado 2007 nov 29]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>
6. Bub CBM. Ética e prática profissional em saúde. Texto & Contexto Enferm. 2005. [Citado 2008 maio 18]. Disponível em: <<http://www.textoecontexto.ufsc.br/include/getdoc.php?id=202&article=107&mode=pdf>>
7. Fleury A, Fleury MTL. Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. 2ª. ed. São Paulo: Atlas; 2001. 169 p.
8. Lobato CRPS. O significado do trabalho para o adulto-jovem no mundo do provisório. Rev Psicol UNC. 2004; 1(2):44-53. [Citado 2008 maio 19]. Disponível em: <<http://www.nead.uncnet.br/2004/revistas/psicologia/2/22.pdf>>
9. Parecer nº 019/AT/2004. Dispõe sobre a realização de procedimentos de enfermagem pelos diferentes níveis profissionais. Santa Catarina; 15 abr. 2008a.

10. Parecer nº 023/AT/2005. Atividades dos profissionais de enfermagem em centro cirúrgico. Santa Catarina; 6 maio 2008b.
11. Mishima SM. Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1995.
12. Kobayashi MR, Leite JMM. Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2004 mar./abr; 12(2). [Citado 2008 maio 6]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200011>
13. Educação profissional: legislação básica. [Citado 2008 jun 24]. Disponível em: <http://www8.pr.gov.br/portals/portal/institucional/dep/ep_legislacaobasica2.pdf>
14. Lazarotto EM. Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
15. Freire P. Educação e mudança. 21ª. ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 1979.

Data de submissão: 4/11/2008

Data de aprovação: 17/9/2009

**ANEXO – ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA TRABALHO: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
SOBRE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS**

1. Identificação do entrevistado:

1.a. Idade, faixa etária:

- () 20 a 30 anos
() 31 a 40 anos
() 41 a 50 anos
() 51 a 60 anos
() 60 a mais.

1.b. Quanto à categoria ou à formação profissional, você é:

- () auxiliar de enfermagem
() técnico de enfermagem
() enfermeiro(a).

1.c. Tempo em que você atua na profissão acima indicada:

..... meses. anos.

2. Competências e/ou atribuições:

As questões a seguir estão relacionadas às competências profissionais conforme a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.

2.a. Conforme seu conhecimento e/ou entendimento, marque com um X **a ou as** categorias para cada competência:

Atribuições/competências da equipe de enfermagem	Auxiliar de enfermagem	Técnico de enfermagem	Enfermeiro (a)
1. Executar tarefas referentes à conservação e à aplicação de vacinas			
2. Participar da elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde			
3. Fazer a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde			
4. Fazer curativos			
5. Participar dos programas e das atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco			
Atribuições/competências da equipe de enfermagem	Auxiliar de enfermagem	Técnico de enfermagem	Enfermeiro (a)
6. Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto			
7. Participar dos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde			
8. Realizar episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local			
9. Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos			
10. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação			
11. Ministrando medicamentos por via oral e parenteral			
12. Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de morrer			
13. Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exija conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas			

Continua na página 336

Atribuições/competências da equipe de enfermagem	Auxiliar de enfermagem	Técnico de enfermagem	Enfermeiro (a)
14. Participar do planejamento, execução e avaliação da programação de saúde			
15. Realizar controle hidrico			
16. Fazer a prevenção e o controle sistemático da infecção hospitalar			
17. Participar da prevenção e do controle das doenças transmissíveis em geral e dos programas de vigilância epidemiológica			
18. Prestar assistência de enfermagem a gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido			
19. Aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocisma, enema e calor ou frio			
20. Fazer a prescrição da assistência de enfermagem			
21. Efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis			
22. Realizar teste e proceder à sua leitura, para subsidio de diagnóstico			
Atribuições/competências da equipe de enfermagem	Auxiliar de enfermagem	Técnico de enfermagem	Enfermeiro (a)
23. Colher material para exames laboratoriais			
24. Prestar cuidados de enfermagem pré- e pós-operatórios			
25. Circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar			
26. Executar atividades de desinfecção e esterilização			
27. Chefiar serviços e unidade de enfermagem			
28. Organizar e dirigir os serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares			
29. Dar consultoria, auditoria e emitir parecer sobre matéria de enfermagem			
30. Dar consulta de enfermagem			
31. Alimentar e/ou auxiliar o paciente na alimentação			
32. Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde;			
33. Orientar os pacientes na pós-consulta quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;			
34. Executar os trabalhos de rotina vinculadas à alta de pacientes			
35. Participar dos procedimentos pós-morte.			

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E O PROCESSO DE MORRER E MORTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

NURSING PROFESSIONALS, DEATH AND THE DYING PROCESS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, EL PROCESO DE MORIR Y MUERTE EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Tatiane de Aquino Demarco Mattos¹

Celmira Lange²

Diana Cecagno³

Simone Coelho Amestoy⁴

Maira Buss Thofehrn⁵

Viviane Marten Milbrath⁶

RESUMO

Por ser a morte um fenômeno que acarreta profundas reações emocionais nos profissionais de enfermagem, objetivamos com o desenvolvimento deste estudo conhecer os sentimentos vivenciados por esses trabalhadores diante do processo de morrer e de morte de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), bem como os mecanismos utilizados para o enfrentamento dessa questão. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo e exploratório, realizado durante os meses de março a abril de 2007 na UTI da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas-RS, que contou com a participação de cinco profissionais de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, das quais emergiram dois temas: os sentimentos dos profissionais de enfermagem diante da morte e os modos de enfrentamento da morte utilizados pelos profissionais de enfermagem. Acreditamos que lidar com a morte dos pacientes é uma tarefa árdua para esses profissionais, por isso destacamos a necessidade de investir em estratégias que estimulem a reflexão sobre a existência humana.

Palavras-chave: Morte; Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Death is a phenomenon that causes deep reactions among nursing professionals. For this reason we aim to understand the feelings and the coping mechanisms of these professionals while facing the dying process and the death of patients in the Intensive Care Unit (ICU). This qualitative descriptive-exploratory study was carried out between March and April, 2007 in the ICU of a philanthropic hospital located in the city of Pelotas, RS. Five nursing professionals participated in the study. All data were collected using semi-structured interviews, from which two main subjects emerged: (1) the professionals' feelings towards death and (2) the coping strategies of these professionals. We believe that dealing with the patients' death is a hard task for the nursing professional and that is why we highlight the importance of investing in strategies that stimulate the reflexion about the human existence.

Key words: Death; Nursing; Intensive Care Units.

RESUMEN

La muerte es un fenómeno que conlleva a profundas reacciones emocionales en profesionales de enfermería; por ello, con el desarrollo de este estudio, buscamos conocer los sentimientos de estos trabajadores frente al proceso de morir y a la muerte de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, así como los mecanismos utilizados para su enfrentamiento. Se trata de un estudio cualitativo de tipo descriptivo exploratorio realizado durante los meses de marzo y abril de 2007 en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Santa Casa de Misericordia de Pelotas, RS y contó con la participación de cinco profesionales de enfermería. Los datos fueron recogidos por medio de entrevistas semiestructuradas, por lo cual surgieron dos temas: los sentimientos de los profesionales de Enfermería ante la muerte y los mecanismos de enfrentamiento de la muerte utilizados por los profesionales de enfermería. Creemos que convivir con la muerte de los pacientes es una ardua tarea para estos profesionales, por esto destacamos la necesidad de invertir en estrategias que estimulen la reflexión acerca de la existencia humana.

Palabras clave: Muerte; Enfermería; Unidades de Terapia Intensiva.

¹ Enfermeira egressa da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). E-mail: tatianeaquinodemarco@terra.com.br.

² Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPeL.

³ Mestre em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPeL.

⁴ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Bolsista CNPq. E-mail: samestoy@terra.com.br.

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPeL. E-mail: mairabt@ufpel.tche.br.

⁶ Mestre em Enfermagem pela FURG, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: vivimarten@ig.com.br.

Endereço para correspondência - Simone Coelho Amestoy: Rua Deputado Antônio Edu Vieira, 1772/201. Bairro Pantanal, CEP: 88040-001, Florianópolis/Santa Catarina.

INTRODUÇÃO

Quando o assunto é morte, muitas pessoas preferem evitar o tema, pois se trata de um processo que acarreta profundas reações emocionais. No contexto atual, evidencia-se a falta de preparo para enfrentá-la, já que desde crianças as pessoas são afastadas da morte e de seus ritos fúnebres. Além disso, sua ocorrência vem predominando nas instituições hospitalares, tornando-a mais distante do cotidiano.¹

A morte é um acontecimento difícil para todos, sejam filhos, sejam pais, familiares e profissionais da área da saúde, por gerar sentimentos de dor, inconformidade, negação e saudade. Existe dificuldade em se falar sobre a morte, no entanto mais complexo é conviver em um ambiente em que esta se faz presente, como é o caso da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), tendo em vista a gravidade dos pacientes que lá se encontram. A UTI é considerada um setor restrito da área hospitalar, destinado à prestação de cuidados preventivos, curativos e paliativos a pacientes que se encontram em estado crítico e investíveis, dispondo de assistência contínua, profissionais especializados e equipamentos tecnológicos sofisticados.²

Convém destacar que, nesse cenário, a equipe de enfermagem está sujeita a vivenciar, diariamente, episódios de morte. Assim, constata-se que os trabalhadores estão pouco instrumentalizados para lidar com essa situação, visto que, em geral, durante a formação profissional, o enfoque principal é a preservação da vida.¹ Por outro lado, emerge a necessidade de auxiliar tais profissionais no enfrentamento desse processo, mediante a humanização do ambiente hospitalar. Todavia, a humanização ainda se encontra centralizada no paciente, disponibilizando-se escassa atenção ao cuidado e à humanização do sujeito-trabalhador,³ fato que precisa ser modificado, em virtude da importância de prepará-lo emocionalmente para a execução das ações cuidativas, bem como para atuar de forma ética e profissional diante do processo de morrer e de morte.

Na ânsia de aprofundar os conhecimentos sobre a temática em pauta, almejamos responder aos seguintes questionamentos: *Quais são os sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem diante do processo de morrer e de morte de pacientes internados em UTI? Que mecanismos de enfrentamento da morte são utilizados pelos profissionais de enfermagem?*

METODOLOGIA

Este estudo é de natureza descritiva e exploratória, com utilização da abordagem qualitativa para o tratamento dos dados. Foi desenvolvido durante os meses de março a abril de 2007, na UTI Geral da Santa Casa de Misericórdia da cidade de Pelotas-RS, constituída por 10 leitos, com quadro de pessoal formado por 25 profissionais de enfermagem, sendo 5 enfermeiros, 8

técnicos e 12 auxiliares de enfermagem. Desses, compuseram a pesquisa 2 enfermeiras, 2 técnicas e 1 auxiliar de enfermagem, totalizando 5 profissionais, locados no período diurno. As participantes preencheram os seguintes critérios: tinham vínculo empregatício com a instituição; atuavam na UTI; concordaram em participar do estudo proposto; permitiram que a entrevista fosse gravada e que, após a análise dos dados, os resultados fossem divulgados nos meios científicos.

Atendemos aos procedimentos éticos exigidos pela Resolução nº 196/96,⁴ do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e pela instituição de trabalho das entrevistadas sob registro em Ata nº 57/2007, as quais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para a coleta dos dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, que foram realizadas em encontros individuais no próprio local do estudo.

Os dados coletados foram analisados mediante a análise temática de Minayo,⁵ a maneira mais adequada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa, e agrupados em temática, o que tornou possível estabelecer uma classificação.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Na sequência, apresentamos os dois temas que emergiram do estudo: os sentimentos dos profissionais de enfermagem diante da morte e os modos de enfrentamento da morte utilizados pelos profissionais de enfermagem.

Tema 1: Os sentimentos dos profissionais de enfermagem diante da morte

Os sentimentos expressos pelos sujeitos, quando vivenciam o processo de morrer e morte dos pacientes por eles assistidos, estão atrelados às respostas psicoemocionais, próprias de cada componente da equipe de enfermagem e dependem das condições da morte: inesperada ou esperada dos pacientes internados na UTI.

Para melhor entendimento, morte inesperada é aquela em que o paciente tem um bom prognóstico de recuperação, está bem e, de repente, acontece uma intercorrência – por exemplo, uma parada cardíaca –, e ele acaba falecendo. Já a morte esperada é quando todos da equipe acreditam que o paciente não irá evoluir do estado em que se encontra porque possui um péssimo prognóstico de vida. Geralmente é um paciente terminal, ou seja, um paciente que não responde ao tratamento, por mais que se invista nele, e, assim, a doença torna-se incurável, e a morte passa a ser premente: o paciente sofre por um período até que ocorra a morte em seu sentido de totalidade.

Os entrevistados, ao presenciarem a morte inesperada de um paciente, expressaram sentimentos de tristeza,

pena, surpresa, sofrimento. E o motivo de ficarem surpresos com a situação do inesperado se refere ao fato de que, embora todo paciente que necessite de cuidados intensivos se encontre em estado crítico, ainda assim a morte não é bem aceita quando ocorre muito repentinamente.

Morte inesperada dá uma certa tristeza assim. (Violeta)

Os pacientes, às vezes, demoram a conseguir um leito aqui na UTI, principalmente aqueles que ficam no pronto-socorro, então às vezes entram aqui, são admitidos e morrem em seguida. (Jasmim)

Ah, às vezes a gente fica surpresa, mas, assim, quem entra na UTI não vem porque está bem [...] Vem já por alguns motivos graves; ele não vai vir à toa [...]. Às vezes o paciente está tranquilo, conversando, você acha que aquele paciente [...]. Cadê o paciente daqui? Teve alta, não foi a óbito, aí você fica surpresa. (Rosa)

Com base nos depoimentos, percebemos que os sentimentos em relação à morte inesperada são fortes. Assim, os entrevistados apresentaram dificuldade em expressá-los. Cada indivíduo lida com esses sentimentos de maneira diferente: alguns expressam sentimentos de carinho e respeito pelo paciente, outros veem esse momento sem tanto envolvimento, como um modo de proteção emocional. Acreditamos que o fato de a UTI ser um ambiente no qual a maioria dos pacientes são portadores de algum problema grave, os profissionais que ali trabalham já deveriam estar preparados para enfrentar o processo de morrer e de morte.

A morte é um acontecimento pouco compreendido em nossa cultura. Seu evento coloca as pessoas frente a frente com a vulnerabilidade humana. Todavia, a conotação e a repercussão da morte soam mais intensas quando ocorre de maneira inesperada.⁶

Entre os sentimentos expressos pelos indivíduos, cabe ressaltar o fato de que a maioria se refere à diferença existente entre os sentimentos despertados em relação a um paciente jovem e um paciente idoso. Identificamos que a perda de um paciente jovem abala muito mais a equipe de enfermagem pelo fato de este não ter vivido o suficiente, ao passo que um idoso já passou por todas as etapas da existência humana.

Os profissionais e os membros da própria família aceitam mais a morte de pessoas idosas, o que torna mais fácil cuidar delas do que de crianças e jovens que se encontrem nessa mesma situação.⁷

Existe uma grande diferença daquela pessoa de idade mais avançada para o jovem; o jovem a gente tem aquele raciocínio: é jovem tem tudo pra viver... Às vezes eu tenho paciente aqui com 80, com 85, já viveu, contribuiu pra vida [...]. Parece que essa questão de idade acaba compensando. (Jasmim)

É muito difícil enfrentar a morte das pessoas mais jovens, com certeza é muito mais difícil; choca mais do que perder uma pessoa idosa. (Lírio)

Um dos fatores estressantes para a equipe de enfermagem está relacionado ao fato de trabalharem com a dor e sofrimento, pois mostra a fragilidade do ser humano.⁸ Assim, as pessoas evitam pensar, falar, conviver e, muitas vezes, enfrentar o processo de morte e de morrer, fato que destacamos nas seguintes falas:

Não tenho um conceito formado da morte. (Violeta)

Eu tenho medo de pensar na morte [...]. Tenho até medo de morrer. (Lírio)

Sentimentos de impotência, mascarando uma possível culpa em relação à morte inesperada, também foram relatados nas falas. Alguns membros da equipe de enfermagem falam deste sentimento como à morte de um paciente que ocorre de maneira muito rápida, não dando tempo de fazer algo mais para salvá-lo, como também a demora em receber um suporte mais avançado de vida que muitos pacientes recebem.

De repente é um paciente que tinha condições de sobreviver e morreu... Se a gente podia ter feito mais alguma coisa, e não se fez, não por negligência, mas até porque de repente não deu tempo. (Violeta)

Será que se viessem antes para o meio do recurso, porque aqui eles têm bem mais recurso, será então que não durariam mais? [...] Acho que o pouco tempo interfere muito, tu sempre acha que está faltando alguma coisa e que tu poderia ter feito mais. (Jasmim)

O sentimento de impotência – que muitas vezes pode ser de culpa – deve-se ao fato de que os profissionais da saúde são preparados para salvar vidas; o objetivo deles é preservar e prolongar a vida. Portanto, quando isso não ocorre, sentem-se frustrados e impotentes.^{9:39}

Embora o contexto atual represente um tempo de progressos e avanços científicos, percebe-se que a valorização da tecnologia não torna as pessoas potentes diante da vida ou da morte. Portanto, existem limites e condições, mas, nesse momento tão difícil para o paciente, existe a possibilidade de o profissional estar com ele.¹⁰

Uma entrevistada afirmou que na UTI investe-se muito no restabelecimento do paciente, no entanto, quando não se torna possível evitar a morte, utiliza-se a seguinte justificativa:

Quando os pacientes vêm pra UTI, a gente investe em todos até o fim [...]. Não fica aquele sentimento de culpa por não ter feito nada. (Jasmim)

Convém ressaltar que esse sentimento de dever cumprido é importante para a equipe de enfermagem, pois determina a sensação de segurança na profissão: a autoestima equilibrada assegura maior confiança do profissional em si mesmo. A morte representa uma afronta à competência profissional, por isso a equipe de saúde pensa muito mais na preservação da vida,

rejeitando o fato como um episódio natural da condição humana.¹¹ Esse sentimento torna-se intenso quando os profissionais compreendem que, mesmo tendo toda tecnologia disponível para evitar a morte, os meios são limitados. Por isso, cuidar de pacientes terminais é uma atividade nobre, de ajuda ao outro, de crescimento pessoal e profissional.¹²

Os sentimentos relatados com relação à ocorrência da morte esperada foram um pouco diferentes daqueles com morte inesperada, mas um aspecto está presente em toda e qualquer morte: o fato de ser algo difícil de ser enfrentado pela família, bem como pelos profissionais de enfermagem. Ninguém quer perder um ente querido, e os profissionais sempre estão obstinados pela cura do paciente e, também, não querem perdê-lo, seja da maneira que for.

Para uma das entrevistadas, a morte inesperada e esperada não tem diferença. Ela acredita que os sentimentos manifestados pela equipe de enfermagem diante da situação vivenciada vão depender da relação e do vínculo que a equipe estabeleceu com esse paciente. Concordamos com ela, no sentido de que a morte, seja ela esperada, seja inesperada, vai abalar de maneira diferente cada membro da equipe, pois tudo depende da relação que essa pessoa tinha com o paciente e com a família dele. Assim, quando se trata da perda de um paciente do qual já se conhece a história de vida, os laços afetivos são maiores, em comparação com um paciente que pouco se conhece e o vínculo foi menor. Alguns profissionais acham difícil enfrentar essas perdas, o que pode ser constatado nas falas a seguir:

Eu acho que não tem muita relação esperada e inesperada [...]; acho que tem mais a ver com a relação [...] que a gente faz com aquele paciente. (Lírio)

A gente convive todos os dias, aí já conhece a família e a história da pessoa; já o paciente que está sendo admitido, a gente ainda não sabe a história dele, é bem diferente, então abala, sim, a equipe, abala a todos. (Jasmim)

Quando a morte chega para um paciente com o qual o contato estabelecido foi maior, os profissionais da enfermagem tornam-se mais sensíveis e expostos ao sofrimento. Diante disso, alguns profissionais negam o envolvimento emocional, por acreditarem que uma relação mais íntima entre paciente e equipe de enfermagem propiciará o compartilhamento de sentimentos negativos, e, em consequência, o contato com o doente é reduzido, o que representa uma estratégia de defesa.¹³

O progresso e os avanços da ciência originaram a propagação de meios técnicos. Paralelamente a isso, observa-se que o indivíduo contemporâneo é mais frágil diante do sofrer, pois o sofrimento traz a destruição das possíveis seguranças. A dor pode provocar, ainda, tensão e instigar a revisão de todo modo de viver e ver a vida, favorecendo o amadurecimento humano. Esse pensamento leva à reflexão de que é preciso que cada

um conheça a si mesmo para poder aceitar e saber se relacionar com o outro, sempre respeitando-lhe a opinião.¹⁰ Contudo, ao vivenciar perdas de familiares ou pessoas próximas, normalmente, torna-se difícil aceitar.

Diante do exposto, os profissionais da enfermagem afirmaram que os sentimentos manifestados são completamente diferentes quando cuidam de pacientes em fase terminal ou que estejam à beira da morte do que quando cuidam de um familiar. É o que pode ser verificado nas falas a seguir:

Lidar com um familiar nosso já é diferente [...]; são completamente diferentes os sentimentos, as perguntas são diferentes, as reações são diferentes, mas a luta é a mesma. (Rosa)

Se chegassem pra mim e dissessem assim: 'O seu pai e a sua mãe estão graves e a gente não vai reverter', eu não ia querer saber [...], eu sei que não ia sair, pois com familiar me torno até ignorante. (Jasmim)

Torna-se essencial esclarecer que respostas obtidas em alguns momentos estavam relacionadas com o sentimento do paciente e da família, e não especificamente com o sentimento da própria equipe de enfermagem. No entanto, foi possível constatar que o profissional também sofre com a situação do paciente, torcendo para que venha a melhorar, recuperando-se de seu estado crítico. Desse modo, entendemos que refletir e rever as próprias emoções em relação ao processo de morrer propiciará maior conhecimento sobre si mesmo, e esse fato pode permitir que os profissionais de saúde repensem a concepção de morte e a forma como estão se preparando para enfrentá-la em seu cotidiano de trabalho.

Nesse cenário, convém destacar, ainda, a necessidade de considerar o profissional de enfermagem em sua subjetividade, por ser um dos protagonistas do processo de trabalho em saúde, necessitando ser percebido e aceito como um sujeito que possui valores, crenças, cultura, sentimentos e emoções.¹⁴

Um dos sentimentos observados em praticamente todas as falas reside nas expressões dos profissionais de enfermagem, os quais afirmam que não querem ver o paciente nem a família sofrendo.

Destacam, ainda, que uma vida sem qualidade e dignidade humana é algo muito triste, tanto para a família quanto para o paciente. Assim, mais do que nunca, torna-se essencial a prestação de um cuidado humanizado que amenize a dor e o sofrimento do paciente que se encontra no processo de morrer:

Depois de muito tempo que a gente está vendo ele encaminhar pra aquilo ali, há horas que a gente pensa assim: 'Tomara que ele chegue naquele objetivo de uma vez', pois a gente está vendo que aquilo não é mais nada a não ser sofrimento, pra família, pra ele [...]. Tem horas que a gente tem que saber abrir mão e dizer: 'Vai'. (Rosa)

Paciente que é muito grave e que está só sofrendo, que não tem perspectiva de vida, só está se prolongando [...] e a família sofre também, eu acho que é melhor, então, que morra, pra evitar o sofrimento de ambas as partes. (Violeta)

Compreendemos que cuidar de um paciente em situação terminal é um desafio não somente pela situação dele, mas pelo seu sofrimento e o de seus familiares, além dos sentimentos dos profissionais de enfermagem que dele cuidam. Por isso, ele precisa ser visto como um ser que necessita viver plenamente, devendo-se assegurar-lhe dignidade e um final de vida com a melhor qualidade que as circunstâncias permitam.¹⁵

Tema 2: Modos de enfrentamento da morte utilizados pelos profissionais de enfermagem

Alguns profissionais utilizam modos defensivos a fim de evitar o sofrimento diante da morte, pois presenciar o paciente em processo de morrer e de morte na UTI é uma das situações mais penosas de enfrentar.¹⁶

O não envolvimento com o paciente foi a estratégia mais citada pelos participantes do estudo. Alguns ainda acreditam que o envolvimento é essencial, entretanto, em excesso, dificulta a manutenção do equilíbrio emocional no ambiente de trabalho, podendo prejudicar a realização das ações de enfermagem:

A gente acaba se envolvendo muito [...]. Geralmente, a gente desenvolve a empatia com os pacientes [...]. Eu evito chorar, sabe, mas não que seja uma barreira; já aconteceu de chorar e tudo, mas tento evitar porque alguém tem que se manter [...]. A gente tem que criar uma certa barreira pra poder trabalhar, mas eu acho que as pessoas não devem se tornar frias [...]; devem se envolver, só que também tem que ter autocontrole. (Jasmim)

[...] e aí a gente acaba se envolvendo, né? Às vezes a gente até chora [...] Envolver o menos possível, porque se a gente vai se envolver com todos os casos, a gente não trabalha aqui na UTI. (Margarida)

Qualquer contato com uma pessoa terminal, inevitavelmente, desperta uma resposta específica. Tanto faz aceitá-la e elaborá-la ou tentar reprimi-la, ela levará à tensão, provocando fadiga, atividade exagerada, irritabilidade e outros problemas. Isso pode prejudicar a eficiência do trabalho dos profissionais de enfermagem, como também pode interferir na vida pessoal e familiar deles.¹⁷

Outro aspecto que emergiu dos questionamentos foi a importância que a equipe de enfermagem destina ao suporte emocional:

[A gente] tem que estar preparada emocionalmente [...]; não pode se deixar abalar, por aquilo que está presenciando [...]. É claro que a gente se emociona, mas

já penso se a cada morte a gente viver chorando junto, né? Não que a gente seja fria, mas tem questões que abalam. (Jasmim)

Cada um deve estar preparado emocionalmente para trabalhar nesse ambiente. Alguns encontram força em seu interior ou nas coisas que lhe são mais valiosas e outros, na fé. A religião sempre foi um refúgio para humanidade, confortando as pessoas na iminência da morte. Ela também tem reforçado a ideia de que a vida não é finita e sem valor.¹⁸

Alguns participantes procuram esse suporte emocional em meio à coletividade. Assim, procuram conversar entre si como forma de desabafar e obter apoio, bem como para amenizar as angústias e frustrações. Esse modo de enfrentamento contribui para o estabelecimento de vínculos saudáveis entre os integrantes da equipe.

Cabe destacar que essa estratégia é baseada na Teoria dos Vínculos Profissionais, que oferece suporte teórico capaz de auxiliar os profissionais de enfermagem em sua prática, a fim de possibilitar o alívio subjetivo das dificuldades, do desgaste físico e do sofrimento no trabalho, além de despertar nos profissionais a necessidade do cuidado de si, bem como a importância de prestar um cuidado de qualidade destinado a atender às demandas individuais e coletivas.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte, no cotidiano da enfermagem, está sempre presente, porém fica evidente a dificuldade que os profissionais têm de expressar seus sentimentos em relação ao processo de morrer, principalmente no que se refere à própria morte. Percebemos a existência do medo de morrer, do sofrimento e da dor. Isso mostra que, embora as participantes do estudo convivam diariamente com o processo de morrer e de morte na UTI, elas possuem dificuldades para enfrentá-la, preferindo, na maioria dos casos, evitar o envolvimento com o paciente e sua família, a fim de preservar sua saúde psíquica.

Outro ponto marcante neste estudo está relacionado à perda de um paciente jovem. Os profissionais de enfermagem sofrem ao presenciar o processo de morrer de jovens, pois, segundo eles, são pessoas que ainda não viveram o suficiente, em virtude disso, demonstram tristeza e, muitas vezes, sentem-se impotentes.

O confronto com a morte é uma tarefa árdua para os profissionais de enfermagem que trabalham em uma UTI. Assim, destacamos a necessidade de investir em estratégias que estimulem a reflexão sobre a dimensão subjetiva do trabalhador, para que ele possa exercer suas atividades consciente da importância de seu papel como cuidador.

REFERÊNCIAS

1. Pereira LA, Thofehrn MB, Amestoy SC. A vivência de enfermeiras na iminência da própria morte. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008; 22(4): 536-42.
2. Agnolon AP, Freitas GF. Ocorrências éticas de enfermagem em terapia intensiva. *REME - Rev Min Enferm.* 2007; 11(2): 155-60.
3. Amestoy SC, Schwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(4): 444-9.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos - Res. CNS 196/96. *Bioética.* 1996; 4 (2 Supl): 15-25.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
6. Rodrigues FF. Morte inesperada de um paciente da UTI: Um desafio emocional a ser superado pela equipe de saúde [monografia]. Pelotas: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas; 2003.
7. Lunardi Filho WD, Sulzbach RC, Nunes AC, Lunardi VL. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte. *Texto & Contexto Enferm.* 2001; 10(3): 60-79.
8. Furlan MP. A equipe de enfermagem convivendo com o estresse de uma Unidade de Terapia Intensiva. [monografia]. Pelotas: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas; 1999.
9. Ferrer JSC. Morte ou “mamba”: um caminho para os enfermeiros [monografia]. Pelotas: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas; 2003.
10. Labate RC, Pereira MA. Dor, sofrimento, morte e cuidado à saúde. *Cogitare Enferm.* 1998; 3(2): 19-22.
11. Damasceno MMC, Loureiro MFF, Lopes RLM. Ser-para-a-morte: o cotidiano e o autêntico. *Cogitare Enferm.* 1998; 3(1):40-2.
12. Fernandes JD. De portas fechadas com a morte. *Texto & Contexto Enferm.* 2001; 10(3): 39-59.
13. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. 4ª. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
14. Martins JJ, Albuquerque GL. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. *Ciênc Cuid Saúde.* 2007; 6 (3):351-6.
15. Silveira RS, Lunardi VL. A enfermagem cuidando de quem vivencia o processo de morrer. *Texto & Contexto Enferm.* 2001; 10(3): 170-85.
16. Shimizu HE. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital escola [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
17. Stedeford A. Encarando a morte. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.
18. Bromberg MHPF. A psicoterapia em situações de perdas e luto. Campinas (SP): Psy; 1997.
19. Thofehrn MB, Leopardi MT. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2006; 15(3):409-17.

Data de submissão:12/5/2008

Data de aprovação: 18/11/2009

O MOVIMENTO EXISTENCIAL DA MULHER PÓS-HISTERECTOMIA: TEMOR, POSSIBILIDADE E DECISÃO – CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM GINECOLÓGICA*

WOMEN'S EXISTENCIAL MOVEMENT AFTER HYSTERECTOMY: THEIR FEARS, POSSIBILITIES AND DECISIONS
- CONTRIBUTIONS TO GYNECOLOGIC NURSING

MOVIMIENTO EXISTENCIAL DE LA MUJER DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA: TEMORES, POSIBILIDADES Y DECISIONES – CONTRIBUCIONES A LA ENFERMERÍA GINECOLÓGICA

Anna Maria de Oliveira Salimena¹

Ívis Emília de Oliveira Souza²

Matilde Meire Miranda Cadete³

RESUMO

Neste artigo, aborda-se a temática da dimensão existencial da mulher no cotidiano após histerectomia. Por ser um estudo de natureza qualitativa, foi utilizada a abordagem fenomenológica como método de pesquisa e o pensamento de Martin Heidegger como referencial teórico-metodológico. O objetivo foi desvelar o significado atribuído pelas mulheres à histerectomia em seu cotidiano vivencial, por meio da descrição do fenômeno, partindo de quem o experiencia e de modo a alcançar sua essência não mais biológica, mas a dimensão existencial. Foram depoentes 22 mulheres histerectomizadas no Hospital Universitário da UFJF-MG, no primeiro semestre de 2006. Na análise e na hermenêutica, foi possível desvelar o temor do agravamento do problema ginecológico, a cura como possibilidade de solução para alguns problemas e a decisão de cuidar de si não apenas obedecendo à rotina do acompanhamento de saúde determinado pelo médico. Ratificaram o quanto o cuidar da saúde é pontual e não integral.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde da Mulher; Histerectomia.

ABSTRACT

This article approaches women's daily existential dimension after hysterectomy. It is a qualitative study with phenomenologic approach and Martin Heidegger's ideas were used as theoretician-methodologic referencial. It aims to show the meaning given by women to hysterectomy in their daily life, describing the fact since the experience in order to reach its essence, not the biological one but the existential dimension. Twenty-two women who underwent hysterectomy were interviewed at UFJF/MG University Hospital during the first semester of 2006. The analysis and hermeneutics showed that: women feared the worsening of the gynecological problem; healing was seen as a possible solution to some problems; and women were decided to take care of themselves not only by following the doctor's instructions but also in different ways. They insisted on the fact that healthcare is something punctual and not integral.

Key words: Nursing; Women's Health; Hysterectomy.

RESUMEN

Este artículo enfoca el tema de la dimensión existencial de la mujer en lo cotidiano, después de una histerectomía. Estudio de naturaleza cualitativa con método de investigación de enfoque fenomenológico y pensamiento de Martin Heidegger como referente teórico- metodológico. Su objetivo ha sido de desvendar el significado atribuido por las mujeres a la histerectomía en el día a día, con la descripción del fenómeno a partir de quien lo vive para alcanzar la dimensión existencial de su esencia, ya no biológica. Fueron entrevistadas 22 mujeres sometidas a histerectomía en el Hospital Universitario de la UFJF/MG durante el primer semestre de 2006. A partir del análisis y hermenéutica fue posible observar temor a que el problema ginecológico empeorase, la cura como posibilidad de solución de algunos problemas y la decisión de cuidarse no sólo siguiendo la rutina de la supervisión de salud determinada por el médico. Ratificaron cómo cuidar de la salud es algo puntual y no integral.

Palabras claves: Enfermería; Salud de la Mujer; Histerectomía.

* Recorte do relatório da tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ), 2007.

¹ Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento Enfermagem Aplicada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher NUPESM/ EEAN-UFRJ.

² Doutora em Enfermagem. Orientadora da Pesquisa. Professora titular de Enfermagem Obstétrica do Departamento Enfermagem Materno-Infantil da EEAN-UFRJ. Pesquisadora e Membro da Diretoria do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM/EEAN-UFRJ).

³ Doutora em Enfermagem. Professora Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Estácio de Sá – Belo Horizonte-MG.

Endereço para correspondência – Anna Maria de Oliveira Salimena: Rua Marechal Cordeiro de Faria, 172 - CEP: 360881-330, Juiz de Fora-MG. Tel: (32) 3221-5131. E-mail: annasalimena@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

A paciente submetida a uma intervenção cirúrgica, juntamente com sua família, sofre grandes impactos emocionais, tais como a inquietação, a insegurança e o medo, sentimentos que são descritos por vários estudiosos na literatura sobre essa temática.¹⁻³ Como o enfoque da terapêutica proposta é centrado na dimensão biológica da doença, os profissionais da saúde se veem com a difícil tarefa de equacionar as necessidades emocionais das pacientes (e família) com a natureza intervencionista do procedimento cirúrgico.

Desenvolvendo atividades de ensino e extensão como docente do curso de enfermagem, foi possível estar com mulheres em seus períodos de pré, trans e pós-operatório e perceber que a hospitalização e a constatação diagnóstica de uma situação de morbidade foram vivenciadas por elas como uma experiência impactante.

As inquietações oriundas da vivência no centro cirúrgico referentes às cirurgias específicas do gênero feminino que afetam sua condição de ser mulher, ou seja, as cirurgias ginecológicas, acarretam limitações que exigem, quando for o caso, afastamento laboral, distanciamento da família e necessidade de repouso. Essa constatação é tão mais relevante quando se considera o fato de que tais procedimentos cirúrgicos, muitas vezes, não podem ser eletivos, trazendo embutidos em si a premência do processo de opção do tratamento. As pessoas, que têm a indicação para serem submetidas a tal intervenção cirúrgica, estão na iminência de uma decisão.

Além dessas reflexões, ainda se observa que as cirurgias são planejadas em consonância com as rotinas do serviço e, na maioria das vezes, não é dada à mulher a possibilidade de decidir o momento mais adequado e o tempo necessário à reorganização de seu cotidiano pessoal e profissional.

Assim, além de não ter opções quanto à realização do procedimento cirúrgico, as mulheres ainda têm de conviver com os mitos sobre os procedimentos cirúrgicos e, principalmente, sobre a histerectomia, em que os sentimentos e valores pessoais de cada paciente estão diretamente interligados ao processo operatório. Além disso, a perda do útero, significa para a mulher, o fim de um potencial reprodutivo e diminuição da sexualidade, sendo, portanto, o risco maior associado à psiquê feminina, diante da eminência da cirurgia.⁴ Tais situações se expressam pelo tempo de duração, pela exposição do corpo ao trauma cirúrgico e pela presença de intervenções mutiladoras sobre órgãos que, culturalmente, possuem significados vinculados à feminilidade, como o útero, de acordo os estudos já divulgados.^{5,6}

A assistência de enfermagem deve focar, por isso, atividades que contemplem a mulher de maneira humanizada, sendo ela vista em sua totalidade e em todos os aspectos biopsicossocioculturais. Assim, esse cuidar envolverá ações, atitudes e comportamentos respaldados em conhecimentos científicos e modelos

de atendimento individualizados, respeitando a singularidade de cada mulher.⁷⁻¹⁰

Cabe compreender, pois, que a cirurgia como procedimento terapêutico resolve um problema de um órgão doente, mas traz implicações no pré-trans-pós operatório para sua condição de mulher. Muito além de ser um procedimento objetivo, em seu bojo existem relevantes considerações subjetivas para quem o vivencia. Trata-se, então, de ir além do biológico e se dedicar a encontrar faces do fenômeno que contribuam para o cuidado, compreendendo a saúde em seu sentido amplo, integral e humano.

A indicação da histerectomia, ou seja, dessa terapêutica cirúrgica, normalmente inclui um conhecimento específico da fisiologia e das patologias dos órgãos do aparelho genital feminino, das manifestações clínicas das afecções da pelve da mulher, para que haja sucesso nesse procedimento. Assim, trata-se de um procedimento definitivo, seja ele qual for, de perda irreversível do útero, que pode ser para restabelecer a saúde ou mesmo salvar a vida da mulher. Mas a histerectomia determina uma série de implicações com alterações, desde as condições físicas até as fortes perturbações emocionais, com modificações na vida da mulher. O profissional de enfermagem envolvido com a prática assistencial em todas as suas dimensões deve propiciar uma assistência holística à mulher e, na consulta de enfermagem ginecológica, deve considerar a cliente como ser único e estar atento, capacitado e com disponibilidade de tempo.¹¹

Na perspectiva de olhar a dimensão existencial da mulher para entender o mundo, encontra-se que "o mundo pode ser usado como um conceito ôntico e funciona como termo ontológico e significa ser dos entes".^{12:105} Para o entendimento desse "mundo", precisa-se recorrer à dimensão existencial e considerar, então, que ora se está num mundo público, ora num doméstico. Pensa-se, então, que as mulheres, para vivenciarem o cotidiano após a histerectomia, têm de receber orientações que as ajudem a se sustentarem sendo-no-mundo-com-os-outros. Compreendê-las e não somente considerá-lhes o mundo público, com rotinas predeterminadas, sem se voltar para o ser-aí-com-dessa-mulher, com suas expectativas e com uma vida sem os desconfortos de natureza ginecológica.

Estar-se-á, então, com um olhar no ôntico, que é a questão da cirurgia, e no ontológico, o que leva a um olhar diferente, considerando a existência do ser.

Os estudos elaborados por pesquisadoras da enfermagem, a partir da década de 1990, portanto, mostraram como a abordagem fenomenológica utilizando o método do filósofo Martin Heidegger propicia um conhecimento original sobre o outro, ou seja, no depoimento de quem vivencia o fenômeno. O profissional, ao utilizar essa metodologia, tem de estar aberto a ouvir, estar atento ao não verbal explicitado para captar o movimento do outro, o/a depoente, na possibilidade de mostrar-se como um SER com suas

particularidades e especificidades em seu mundo cotidiano, buscando construir uma relação autêntica no cotidiano profissional, espaço no qual o enfermeiro encontra as possibilidades de ser-cuidador.

Dadas as inquietações que incitaram a realização deste estudo, cujo propósito é analisar o cotidiano da mulher após a histerectomia, justificou-se, na proposta desta abordagem, a fenomenologia como quadro de referência. Isso significa que se tratou de buscar a compreensão da mulher em seu cotidiano vivencial, por meio da descrição do fenômeno, com base em quem o experienciava e de modo a alcançar a sua essência não mais biológica, mas ir além da dimensão factual. Acrescente-se, ainda, que o referencial temático sobre a histerectomia está exclusivamente centrado na doença e nos procedimentos técnicos, sendo esses insuficientes para esclarecer questões referentes à existência do ser-mulher que, sendo um ser existente, não é contemplada na dimensão do seu cotidiano.

A fenomenologia surgiu como ciência nos estudos de Edmund Husserl, filósofo alemão, em contraposição ao positivismo. Despontou como meio de tornar possível ao ser humano o encontro com ele mesmo naquilo que mais o caracteriza: sua *pre-sença* no mundo. Como referencial teórico-metodológico, essa vertente, em concordância com o referencial filosófico acima mencionado, permite mostrar, descrever e compreender os motivos presentes nos fenômenos vividos, que se mostram e expressam por si mesmos. Estuda o fenômeno tal como ele ocorre, portanto “esta corrente filosófica não tem a tarefa de explicar os fatos, mas de ir além buscando o fundante presente em todo comportamento humano”^{13:11}.

Por isso, vários autores consideram essa ciência um método apropriado aos estudos dos fenômenos humanos e sociais, uma proposta de compreensão do humano,^{14,15} bem como que a revelação do mundo acontece por meio da explicitação de quem vivencia determinado fenômeno em determinado tempo e espaço, descrevendo, assim, a experiência do homem. E a fenomenologia, para compreender o homem, remete a uma visão holística, que possibilita a exploração e a discussão do cotidiano da enfermagem, emergindo numa práxis criativa e intencional.¹⁶

Na fenomenologia, portanto, procura-se o sentido que funda o comportamento do indivíduo quando ele vive, tem saúde ou adocece, ama e sente-se feliz; quando se entristece, sente angústia ou ansiedade; quando sente a finitude de quem gosta... e que se expressa por meio do discurso, das palavras, dos gestos, da expressão a face e do corpo, do tom de voz, dos silêncios e, até mesmo dos discursos escritos.¹⁷

Operacionalmente, na abordagem fenomenológica, o conhecimento que se tem sobre a temática constitui o momento pré-reflexivo. Na maneira diferenciada de olhar a situação problematizada está assumir o olhar de observador que põe em suspensão qualquer teoria, crença, concepção, conhecimento prévio sobre a

situação em estudo para ir em busca da pré-compreensão.¹²

Deve-se, também, inicialmente, recusar as pré-concepções sobre a natureza do fenômeno que estará investigando e solicitar às mulheres que descrevam, com a própria linguagem, como elas estão vivenciando essa situação. Isso não quer dizer que, ao se recusar teorias e explicações, parte-se de um marco zero. Ao contrário, para não se parcializar o fenômeno em estudo, procura-se apreender, nas descrições feitas por essas mulheres que vivenciam o procedimento cirúrgico da histerectomia, na compreensão delas, o fato materialmente percebido e que nos permite identificá-lo.

Tendo como propósito buscar a compreensão do cotidiano da mulher após a histerectomia, segundo seu modo de *ser-existente*, encontrou-se na fenomenologia de Martin Heidegger um caminho apropriado para tal compreensão. Pensou-se, então, que a abordagem qualitativa, tendo a fenomenologia de Heidegger como referencial teórico-metodológico, justificava-se na proposta de estudo que buscou a compreensão da mulher em seu cotidiano após a histerectomia, por meio da descrição do fenômeno que a experiência oferece para chegar à sua essência. Acrescente-se, ainda, que os estudos pautados no referencial técnico-científico, exclusivamente centrado na dimensão da doença, não foram suficientes para esclarecer questões referentes à existência da mulher-ser encontradas no cotidiano profissional, tal como mencionado.

Neste estudo, dirigiu-se um olhar atento às mulheres submetidas a histerectomia, interrogando este ente (mulher), por causa das inquietações em relação às questões que este ser demanda, preocupando-se com a sua singularidade e em busca do sentido do seu comportamento no cotidiano após a histerectomia.

OBJETIVO

Desvelar o significado vivido e atribuído pelas mulheres à histerectomia.

METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza qualitativa, e nesse sentido foi utilizada a abordagem fenomenológica como método de pesquisa e o pensamento de Martin Heidegger como referencial teórico-metodológico. Tratou-se de buscar a compreensão da mulher em seu cotidiano vivencial por meio da descrição do fenômeno, a partir de quem o experienciava e de modo a alcançar a sua essência não mais biológica, mas ir além da dimensão factual.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram seguidos os trâmites estabelecidos pelas normas legais que respaldam a pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96, sendo o projeto enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal

de Juiz de Fora-MG, que foi aprovado por este Órgão conforme Parecer nº 055/2006.¹⁸

Foram depoentes 22 mulheres submetidas a histerectomia no Hospital Universitário da UFJF-MG, nos meses de janeiro a julho de 2006. Utilizou-se a entrevista fenomenológica, que ocorreu num tempo variado entre cinco e doze meses após o procedimento cirúrgico.

ANÁLISE COMPREENSIVA

A análise interpretativa, em seu primeiro momento metódico, da compreensão vaga e mediana, permitiu a construção de três estruturas essenciais: o temor do agravamento do problema ginecológico; a cura como possibilidade de solução para alguns problemas; a decisão de cuidar de si não apenas obedecendo à rotina do acompanhamento de saúde determinado pelo médico.

Na expressão dessas mulheres-sujeito, apreendeu-se que tinham muito sangramento, dores, o útero exposto ou muito desconforto. Os fatos aconteceram num período variado, que se caracteriza como um problema crônico, porque já havia algum tempo que estavam nessa situação. Então, o problema que determinou a cirurgia estava ligado, também, ao desconforto, à dor, ao sangramento intenso e que se anunciava como uma ameaça, no dizer dos médicos, que compreenderam que deviam tirar o útero e que a cirurgia estava indicada para o caso delas como única solução para o sangramento e a dor. Algumas dessas mulheres consideram que corriam risco de morrer antes da cirurgia e, por esse motivo, se submeteram à histerectomia, como evidenciado nestes depoimentos:

Eu operei porque tinha muito sangramento. Fiquei até com anemia. (E5)

Foi necessário fazer a cirurgia. Eu tive necessidade porque eu corria risco de vida. (E7)

Era uma dor que não sabia o que era não sentir dor; doía demais. (E9).

Eu sentia mal, por que isso me incomodava, sabe, porque até minha bexiga saía pra fora, por isso procurei a doutora. (E14)

Eu operei porque perdia muito sangue; saía pedaços de sangue. (E22).

Expressam medo, preocupação e insegurança por causa do estado de saúde em que se encontram e compreendem que acatar a decisão da cirurgia é resolução para o problema delas. Fazem comparações com sua atual situação após a histerectomia. Para essas mulheres, o estado de saúde atual está normal e confortável. As situações e queixas do período anterior à histerectomia trouxeram para as mulheres a aceitação da indicação e da decisão médica do procedimento cirúrgico como solução dos problemas de saúde. Aceitaram o procedimento proposto pelo médico porque já haviam feito tratamento medicamentoso e

não houve solução. Compreenderam que esse era o recurso possível para a melhoria da saúde delas, e a decisão do médico sobre o tratamento foi a que prevaleceu.

Já tava com o útero pra fora, já pra saí na vagina. (E4)

Fui fazer a cirurgia porque deu problema no útero, e se eu não me cuidasse... Estava sangrando muito. (E11)

A senhora não tem condições de ficar com esse mioma. (E13)

Eu sentia mal, porque isso me incomodava, sabe, porque até minha bexiga saía pra fora, por isso procurei a doutora. (E14)

Eu fiquei sabendo que precisava fazer uma cirurgia ... Tinha uma anemia e eu tinha sangramentos; aí descobri que estava com o bendito do mioma. (E15)

Desde nova eu sentia muito sofrimento com a menstruação; era prolongada e aí depois descobriram o mioma; mesmo antes eu sentia muitas cólicas, deixava de trabalhar de tanta dor. (E17)

Operei por necessidade mesmo, porque eu tava sentindo muita dor, né? Fiz vários exames, e o médico falou que eu tinha que operar. Fiz vários tratamentos, tomei vários remédios. Pois aí não deu certo. (E18)

No cotidiano, as mulheres valorizam o cuidar de si mesmas, e algumas dessas mulheres compreendem que necessitam se cuidar não apenas como rotina determinada pelo médico ou de pós-cirurgia. Mas algumas mulheres não expressaram que estejam se cuidando nem após a histerectomia. O interesse pelo controle e acompanhamento de saúde emerge nos depoimentos:

Fui na médica do climatério a pouco tempo, fui na consulta aí perguntei sobre o calor da menopausa. (E1)

Ainda não fiz o preventivo, mas agora é que tá na ocasião. Vou me cuidar; toda mulher precisa de se cuidar. (E6)

Porque nós mulheres devemos nos cuidar, né? Pode dar problemas mais tarde. (E7)

Então, depois da pressão que meus pais fizeram comigo, aí que peguei e resolvi tratar. (E17)

Assim, foi possível elaborar o conceito de ser, sendo esse conceito o fio condutor para a hermenêutica, porque Heidegger diz que “é a partir da claridade do conceito e dos modos de compreensão explícita nela inerentes que se deverá decidir o que significa essa compreensão do ser obscura e ainda não esclarecida”.^{12:31} Então, tornou-se necessária a histerectomia como forma de manutenção da vida. E, como ser-no-mundo, sabe-se que a *pré-sença* é temerosa e que o temor ocorre diante de uma ameaça, na qual “todas as modificações do temor, enquanto possibilidades da disposição, apontam para o fato de que a *pré-sença*, como ser-no-mundo, é temerosa”.^{12:197} Assim, entende-se que essa ameaça, que se mostra inicialmente por sintomas de dor e sinal de sangramento, é que leva a mulher a procurar a instituição de saúde, procurar

atendimento, procurar o médico e acreditar que, por meio do procedimento cirúrgico, vai estar curada. Então, a cura está na potencialidade do outro, prometida pelo médico. Ela está temerosa. Ela se sente ameaçada, também, pelo sangramento.

A compreensão interpretativa desvelou, à luz do pensamento de Heidegger, que a mulher, após a histerectomia, se expressa num movimento que transita da *inautenticidade* para o indicativo de propriedades e impropriedades que mostra a *autenticidade* pela *decisão*, porém não desenvolve o movimento da *angústia* heideggeriana.

As mulheres indicaram que, no período que antecede a cirurgia, está no modo de ser da *cotidianidade*, dominada pelo *temor* de estar sangrando e sentindo dor. Entretanto é no dia a dia, após a intervenção, que se compreende *sendo-aí-com-os-outros* e se desvela, mostrando-se como *ser de possibilidades* num mundo *próprio*. Há, pelo menos, três entre os *sentidos* desvelados que, diretamente, contribuem para a melhoria da qualidade da assistência diante das atuais políticas públicas de saúde da mulher. Esses *sentidos* revelaram que, na dinâmica assistencial, as condições de busca da mulher pelo serviço de saúde, o preparo para a alta hospitalar e a alta propriamente dita e, ainda, as rotineiras orientações de abstinência sexual determinada pelo pós-operatório devem ser considerados com base na subjetividade da mulher que será submetida a histerectomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo das inquietações, preocupações e ocupações profissionais em relação à assistência à mulher, tendo o foco da subjetividade fortalecido no suporte teórico-metodológico da abordagem fenomenológica de pesquisa, buscou-se, nesta posição investigativa que valoriza a mulher como ser único e singular, contribuir no cenário dos serviços de saúde com uma atenção efetiva da enfermagem. As descrições feitas pelas mulheres foram necessárias para que se compreendesse que para elas, existencialmente, é um processo e que há uma

interligação mediante a qual seu movimento e seu modo de ser, no cotidiano, puderam ser captados porque elas os significaram.

Acredita-se que as mulheres precisam ser vistas como seres de possibilidades, e não somente como problemas no útero; com características singulares, e não de modo geral. Portanto, entende-se que este estudo traz uma contribuição especial e, primeiramente, para a enfermagem ginecológica, que é dominada pela ginecologia e pelas ginecopatias mais prevalentes. A ginecologia preventiva não existe como política pública; o que existe é doença ginecológica que faz a mulher procurar tratamento e, então, ela é tratada como doença ginecológica, e não como mulher. Atualmente, o modelo para cuidar da saúde, no Brasil, colocado pelo Ministério da Saúde, é o Programa de Saúde da Família, visando ao olhar para a saúde e para a doença com base em uma base epidemiológica.

O que se percebeu com este estudo é o início de mudança da postura sobre o cuidar da saúde. Em alguns momentos, porém, comprovou-se que essas mulheres se mostram a distância da compreensão do seu eu como ser de possibilidades, vendo-se apenas como objeto para as equipes de saúde, enquanto em outros momentos essa distância parece não existir, e, então creem que são os sujeitos do cuidado de sua saúde. É dessa forma que essas mulheres estarão aptas a exigir uma assistência integral, na qual irão precisar de ajuda nas decisões a tomar, e não apenas que se trate ou se estirpe a parte doente do seu corpo. As mulheres ratificaram o quanto o cuidar da saúde é pontual, e não integral.

Há nas equipes de saúde uma evidente preocupação com as orientações para a alta, mas não em considerar a mulher como um ser humano em sua complexa dimensão existencial, e exige estudo nos obriga a rever o cuidar da enfermagem e pede que as reflexões sejam ampliadas, fomentando as discussões interdisciplinares. Assim, a sensibilidade necessária para valorizar a fala e a escuta da mulher deve ser encorajada e estimulada de modo que, no momento em que ela procurar o serviço de saúde, se estabeleça um relacionamento empático.

REFERÊNCIAS

1. Silva MD'AA. Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico. São Paulo: EPU; 1997.
2. Parra OM, Saad WA. Noções básicas das técnicas operatórias. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
3. Smeltzer SC, Bare G. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
4. Khastgir G, Studd JWW, Catalan J. The psychological outcome of hysterectomy. *Gynecol Endocrinol*. 2000; 14:132-41.
5. Sbroggio AMR. Mitos em relação à retirada do útero em mulheres hospitalizadas no período pré-operatório [dissertação] Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo; 2004.
6. Davim RMB; Brito RS; Costa FML; Dantas JC; Cariello GMPD. Percepção de mulheres quanto a Histerectomia. *Nursing*. 2005; 89 (8): 484 - 90.
7. Souza IEO. O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação [tese] Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio Janeiro; 1993.
8. Cadete MMM. Da adolescência ao processo de adolecer [tese] Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo; 1994.

9. Salimena AMO. Buscando compreender os sentimentos da mãe ao deixar o filho à porta da sala de cirurgia [dissertação] Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais; 2000.
10. Santos JO, Shima AKK. Discurso do sujeito coletivo das mulheres que sofreram episiotomia. REME - Rev Min Enferm. 2007; 11 (4): 432-8.
11. Diógenes MAR, Rezende MDS, Passos NMG. Prevenção do câncer: atuação do enfermeiro na consulta ginecológica: aspectos éticos e legais da profissão. Fortaleza: Pouchain Ramos; 2001.
12. Heidegger M. Ser e tempo; Parte I. Petrópolis: Vozes; 1999.
13. Bicudo MAV. Prefácio. In: Martins J, Bicudo MMAV. Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação. Joel Martins e Maria Aparecida Viggiani Bicudo. São Paulo: Moraes; 1983.
14. Donzelli T. A. Método fenomenológico e ciências humanas. In: Seminário Teorização do Serviço Social. Doc. Alto da Boa Vista. Rio de Janeiro: Agir; 1988.
15. Boemer MR. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. Rev Latinoam Enferm. 1994; 2 (1): 83-94.
16. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo (SP): Moraes; 1989.
17. Lopes RLM; Rodrigues BMRD; Damasceno MMC. A fenomenologia e a pesquisa em enfermagem. Rev Enferm UERJ. 1995; 3 (1): 49-52.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.

Data de submissão: 22/5/2009

Data de aprovação: 9/9/2009

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: OPINIÃO DE ESTUDANTES DO CAMPUS SAÚDE DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DA REGIÃO METROPOLITANA DE RECIFE-PE*

UNIVERSITY EXTENSION PROJECTS: OPINION OF STUDENTS FROM A PUBLIC HEALTH COLLEGE IN THE METROPOLITAN AREA OF RECIFE – PE

EXTENSIÓN UNIVERSITARIA: OPINIÓN DE ESTUDIANTES DEL CAMPUS SALUD DE UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE RECIFE-PE

Estela Maria Leite Meirelles Monteiro¹

Camila Lima Brady²

Waldemar Brandão Neto²

Roberta Biondi Nery de Freitas²

Marta Úrsula Barbosa de Moraes²

RESUMO

Com este estudo objetiva-se conhecer o entendimento dos universitários de uma instituição pública do *Campus Saúde da Região Metropolitana de Recife-PE* sobre projetos de extensão. É uma pesquisa de abordagem qualitativa, realizada com os estudantes dos ciclos básico e profissional dos cursos da área de saúde que participaram ou não de projetos de extensão. Foi aplicado um roteiro de entrevista e a técnica de gravação para registro das falas. Na análise dos dados, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSCs). Verificou-se nos discursos dos universitários, com vivência ou não em projetos de extensão, uma apreensão relevante das contribuições dessas atividades na sua formação profissional. Nos discursos dos extensionistas foi destacada a necessidade de uma postura crítica, de seu papel político e de sua responsabilidade social, preparados para agir de modo criativo e inovador, com base na compreensão de que a comunidade em que atua é protagonista de sua própria história de vida, como cidadãos com deveres e direitos, que devem ser garantidos no seio da sociedade.

Palavras-chave: Ralações Comunidade-Instituição; Universidades; Estudantes de Ciências da Saúde; Comunidades Vulneráveis.

ABSTRACT

This study aims to understand what students from a public college of Recife think about the Health Extension Projects offered by the University. The research had a qualitative approach and included students from both first and professional cycles of the health area courses. An interview guide and the recording technique to register the talk were used. The Discourse of the Collective Subject technique was used for data analysis. Results showed that both students with and without Extension Project experience were apprehensive about the contributions of these activities in their graduation. Students with experience in Extension Projects highlighted the political role, the social responsibility and the need of being critical and prepared to act in a creative and innovative way.

Key words: Community-Intitucional Relations; Universities; Health Sciences Students; Vulnerable Communities.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo identificar la opinión de los universitarios de una institución pública del campo de la salud de la región metropolitana de Recife-PE sobre los Proyectos de Extensión. Se trata de una investigación de enfoque cualitativo realizada con los estudiantes del ciclo básico y profesional de los cursos del área de salud que participaron o no de Proyectos de Extensión. La entrevista se realizó siguiendo un guión y las declaraciones se registraron aplicando la técnica de grabación. El análisis de los datos se llevó a cabo según la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC's). En los discursos de los estudiantes con experiencia o no en los Proyectos de Extensión se observó que entienden cuánto contribuyen estas actividades para su formación. En las declaraciones de los alumnos de los cursos de extensión se hizo hincapié en la necesidad de una postura crítica, de su rol político y de su responsabilidad social, preparados para actuar de modo creativo e innovador. Entienden que la comunidad en que actúan es protagonista de su propia historia de vida y que, como ciudadanos, tienen deberes y derechos que deben estar garantizados en el seno de la sociedad.

Palabras clave: Relaciones Comunidad-Intitución; Universidades; Estudiantes de Ciencias de la Salud; Comunidades Vulnerables.

* Programa especial de bolsas de iniciação científica "Conhecendo a UPE", PROPEGE 2008.

¹ Enfermeira. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco e do Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE/UEPB. Doutora em Enfermagem em Saúde Comunitária pela UFC.

² Acadêmicos de Enfermagem do 7º e 8º períodos da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG-UPE), bolsistas e voluntários de Iniciação Científica da UPE. Todos membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Epistemologia e Fundamentos do Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Endereço para correspondência – Estela Maria Leite Meirelles Monteiro: Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro, Recife-PE. CEP: 50100-130. Fone (81)3183-3600. E-mail: estelapf2003@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A Universidade de Pernambuco (UPE) é uma instituição de direito público, instituída pela Lei Estadual nº 10.518, de 29 de novembro de 1990, e reconhecida por meio da Portaria nº 964, de 12 de junho de 1991, do Ministério da Educação, vinculada à Secretaria de Ciência e Tecnologia e Meio Ambiente do Estado de Pernambuco. A UPE possui uma estrutura *multicampi*, com dez unidades de ensino superior, das quais três estão situadas no Sertão, Agreste e Zona da Mata do Estado, contando com mais de 100 cursos de graduação e pós-graduação, perfazendo, aproximadamente, 15 mil alunos matriculados em 2007.¹

O *Campus* Saúde da UPE localiza-se no bairro de Santo Amaro, circunvizinha à comunidade de João de Barros, a qual enfrenta diversos conflitos sociais e carece de ações integradas voltadas para o enfrentamento das demandas locais. A comunidade João de Barros é uma área provida apenas com Programa de Agente Comunitário.

A Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEC) da Universidade de Pernambuco vem estimulando a participação de docentes e discentes no desenvolvimento de projetos de extensão, com a finalidade de promover maior integração da Universidade com a comunidade na qual se encontra inserida, como também em outros cenários além de seu espaço institucional. Os projetos de extensão representam o compromisso social dos cientistas em formação de aplicar efetiva e justamente os conhecimentos mediante uma proposta de transformação da realidade posta.

O contexto histórico da Extensão Universitária está vinculado à origem das universidades europeias, mediante o desenvolvimento de campanhas de saúde e assistência às populações menos favorecidas,² com o intuito de promover ações para redimir a Universidade do seu distanciamento de determinado grupo social que não tinha acesso a ela.

Na atualidade, as universidades encontram-se diante de múltiplos desafios colocados tanto pela sociedade quanto pelo Estado. Esses desafios ou crises dizem respeito ao questionamento da sua hegemonia na produção de conhecimento e de sua legitimidade. Emerge, assim, uma inquietação quanto aos interesses e compromissos das pesquisas realizadas, ou seja, para que, para quem e como devemos produzir e difundir conhecimento.³

Diante desse desafio, cabe à Universidade repensar o tipo de formação desejada e a produção de conhecimentos e ações propostas, considerando as reais necessidades e demandas no contexto nacional e principalmente regional. Vale destacar, também, a necessidade de deixar claro seu papel para a sociedade civil e organizada, como também estabelecer uma atuação de parceria nas esferas governamentais, considerando a importância de sua atuação no cenário do desenvolvimento do Estado.

A Universidade deve articular as funções de ensino, pesquisa e extensão, sendo a última a mais nova e a que necessita de maiores investigações.^{4,5} Algumas pesquisas realizadas enfocam o processo de construção histórica da extensão e da sua inserção na construção e difusão de conhecimentos e ações que promovam uma interação entre a comunidade interna e externa. Poucos trabalhos, porém, investigam a prática dos projetos, o seu dia a dia e sua influência no processo de formação dos discentes.⁶

Na ciência moderna, a limitação à vivência prática é pouco valorizada, prevalecendo a desconfiança que leva à procura de evidências científicas, aquelas que a própria ciência definiu como certas, e poucos são aqueles que, fundamentados na própria experiência, ousam torná-la científica.

No caso da extensão, o que percebemos é que ela produz conhecimentos com base na experiência e, assim, tem uma capacidade de narrar sobre o seu fazer. O conhecimento narrativo não se fecha, ele deixa sempre aberto ao final para a possibilidade de serem criados outros finais ou de se iniciarem outros processos. Assim, a forma de produção da narrativa não pretende ser verdadeiramente objetiva, mas ser, também, subjetiva.⁷ Além disso, os projetos de extensão detêm um papel importante na elaboração e divulgação de seus resultados. As atividades de extensão, embasadas em fundamentação científica, vêm contribuir no campo do ensino e da renovação da prática profissional.

A extensão universitária deve constituir-se como um processo de ensinar e aprender que possibilite aos sujeitos ávidos a questionar por que conhecem ou desconhecem a conquista de autonomia e competência para agir e intervir em situações marcadas por diversidade de riquezas culturais, desigualdades sociais e agressões ambientais.⁸ Segundo Santos,⁹ os projetos de extensão apresentam um potencial emancipador, caracterizado por uma relação horizontal entre o estudante/profissional e a comunidade, ambos os sujeitos protagonistas na construção histórica e política das ações de saúde.

A extensão esteve num patamar de menor valor entre as outras duas funções da universidade,⁷ contribuindo para um pseudoisolamento da academia das reais demandas sociais, como também do seu papel de propor alternativas viáveis de enfrentamento das situações-problemas que promovam interação e troca de saberes entre a comunidade científica e a população. É possível perceber uma preocupação crescente em tornar a extensão universitária uma atividade presente no processo de formação dos alunos, técnicos e professores, pela possibilidade de interferir na transformação da sociedade onde ela atua.

Diante do exposto, o objetivo geral com este estudo é conhecer o entendimento dos estudantes do *Campus* Saúde de uma universidade pública na Região Metropolitana do Recife-PE sobre projetos de extensão. Os objetivos específicos foram: identificar o conhecimento de universitários do *Campus* Saúde de uma instituição

pública da Região Metropolitana do Recife-PE sobre projetos de extensão e suas especificidades em relação a projetos de pesquisa; identificar as facilidades e dificuldades na inserção de universitários do *Campus* Saúde da Região Metropolitana do Recife-PE em projetos de extensão; identificar as contribuições na participação de projetos de extensão para sua formação acadêmica e para a comunidade.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa, por ser a mais adequada forma de alcançar os objetivos traçados. Utilizamos uma amostragem por conveniência destituída de qualquer rigor estatístico, na qual o pesquisador seleciona elementos aos quais tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo pesquisado.¹⁰

O estudo foi realizado com os estudantes do ciclo básico e do profissional dos cursos da área de saúde do *Campus* da Região Metropolitana do Recife, da Universidade de Pernambuco: enfermagem, educação física, medicina, odontologia, ciências biológicas, que participaram ou não de projetos de extensão nessa universidade, para investigar a opinião deles sobre o tema.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de setembro e outubro de 2008, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0110.0.097.000-08.

Foi utilizada a técnica de entrevista com aplicação de um roteiro com perguntas abertas previamente testadas e a técnica de gravação para registro das falas. Nas entrevistas, foram abordadas as seguintes questões: diferenças entre Projeto de Extensão e Projeto de Pesquisa; facilidades/dificuldades para participar de um Projeto de Extensão; contribuição da extensão na formação acadêmica e profissional; e as vantagens para as comunidades integradas a projetos de extensão.

A seleção dos participantes da pesquisa teve como critérios de elegibilidade: estudantes do ciclo básico e do profissional dos cursos de Enfermagem, Educação Física, Medicina, Odontologia, Ciências Biológicas; participar ou não de projetos de extensão na Universidade de Pernambuco; estar cursando regularmente o semestre; e aceitar participar do estudo. Para tanto, os estudantes foram orientados quanto aos objetivos e procedimentos para coleta de dados deste estudo, solicitando anuência formal para sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em consonância com a Resolução nº 196/96.¹¹

Os discursos obtidos mediante a gravação foram transcritos, submetidos a sucessivas leituras e posterior análise de conteúdo, sendo decompostos individualmente nas principais ancoragens ou idéias centrais, reunidos e

sintetizados visando à constituição discursiva da representação social.¹²

A análise dos dados foi embasada na técnica do discurso do sujeito coletivo (DSCs), um procedimento de tabulação de depoimentos verbais que extrai de cada uma das respostas as ideias centrais e/ou ancoragens e suas correspondentes expressões-chave (ECHs) – fragmentos contínuos ou descontínuos do discurso que revelam o principal do conteúdo discursivo. O discurso do sujeito coletivo estabelece uma técnica de organização de dados discursivos em pesquisa qualitativa, permitindo resgatar toda fala sobre determinado assunto em um dado universo.¹³

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização dos sujeitos

O estudo foi composto por 6 discentes do ciclo básico e seis do ciclo profissional de cada um dos cinco cursos da área da saúde da UPE, da Região Metropolitana do Recife, sendo que dos 12 graduandos de cada curso, incluindo o ciclo básico e profissional, 6 tinham vivência em Projeto de Extensão e seis, não, totalizando 60 participantes. Desse total, 21 eram cotistas,** sendo que 12 tinham vivência em Projeto de Extensão. Dentre os entrevistados, 41 eram do sexo feminino e 19 do sexo masculino; destes, 40 (66,6%) estavam na faixa etária entre 18 e 21 anos; 16 (26,7%), entre 22 a 25 anos; e quatro (6,6%), acima de 25 anos.

A UPE, a partir do ano de 2005, instituiu em seu processo seletivo o “Sistema de Cotas”. A decisão foi tomada pelo Conselho Universitário da instituição, que aprovou por unanimidade a proposta da administração central de reservar 20% das vagas no processo seletivo para estudantes que tiverem concluído integralmente o ensino médio (antigo segundo grau) em unidades das redes públicas estaduais e municipais de Pernambuco.¹⁴

Com o intuito de contribuir para a adesão desses estudantes ao ensino universitário, a UPE, em parceria com a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), instituiu a Bolsa de Incentivo Acadêmico (BIA), cuja finalidade é apoiar os melhores alunos egressos da rede pública de ensino.¹⁵

Com os DSCs foram obtidos quatro ideias centrais (IC): I – Diferença entre Projeto de Extensão e Projeto de Pesquisa; II – facilidades/dificuldades dos discentes para participar de um Projeto de Extensão; III – contribuição de Projeto de Extensão na formação acadêmica; IV – vantagens para as comunidades integradas a projetos de extensão.

Ideia central I – Diferença entre Projeto de Extensão e Projeto de Pesquisa

Nessa ideia central, investigamos a diferença entre Projeto de Extensão e Projeto de Pesquisa, tanto para discentes que não têm vivência como para discentes que têm vivência em atividades extensionistas.

** Estudantes aprovados no processo seletivo de vestibular que tenham concluído integralmente o ensino médio em unidades das redes públicas.

• Discentes que não têm vivência em Projeto de Extensão

– Tema A – Não sabem informar

DSC: *Na verdade, não sei diferenciar, não sei o que é direito [...] não consigo entender, existe diferença sim, mas não sei explicar.*

– Tema B – Identificam diferenças

DSC: *Projeto de Extensão – Atividade que você vai desenvolver a partir dos conhecimentos que você tem mais na área de educação [...]. Toda pesquisa que vamos fazer voltada pra comunidade, [...] lidando diretamente com a comunidade [...], vai além da universidade [...], é mais uma determinada ação que você presta ou à comunidade, ou à faculdade, ou ao estudante [...]. Projeto de Pesquisa – Vai através do questionamento, buscar um resultado ou confirmar uma hipótese ou não. Você vai ver um resultado novo [...]. É, geralmente, dentro do âmbito hospitalar, realizada pra perfil clínico [...]; é mais voltado ao laboratório [...]; produção de um artigo científico [...]; os dois levam ao mesmo caminho. A extensão não deixa de ser uma pesquisa, agora, lógico, ambos podem se inter-relacionar; um não exclui o outro. Ambos trazem um conhecimento, além do que o currículo da universidade poderia nos trazer.*

• Discentes que têm vivência em Projeto de Extensão

DSC: *Projeto de Extensão – É onde a universidade consegue levar pra comunidade o conhecimento que se produz aqui dentro e fazer comunicar esse conhecimento com o conhecimento que a comunidade já tem [...]. Tem maior praticidade, menor rigor, maior flexibilidade de atuação, contato maior com a sociedade, com o social [...]. Ele vai além do curso teórico, ele vai explorar uma prática, pode ser hospitalar ou não e trabalha em termos de prevenção, de educação em saúde e também a humanização no curso de saúde [...]; envolve toda uma comunidade local, tanto a comunidade acadêmica como a comunidade em volta da universidade. Projeto de Pesquisa – Vai pesquisando e descobrindo novos dados a respeito de um determinado assunto coletar dados, basicamente isso fazer um levantamento de dados estatísticos [...] pra produzir conhecimentos novos [...]. É algo não que não envolva as pessoas, envolve, ele gera informações, não que a extensão também não gere, mas é algo mais teórico eu vou ter números, dados [...], o aluno é incentivado a quebrar algumas dúvidas de certo conhecimento.*

Ao apreciarmos os discursos desencadeados com base na primeira ideia central, que investigou a diferença entre Projeto de Extensão e Projeto de Pesquisa, evidenciou-se que entre os discentes que não tinham vivência em Projeto de Extensão havia alguns que desconheciam completamente o assunto. Entretanto, ressaltou-se o grau de aprofundamento e segurança demonstrado nas respostas de graduandos que, mesmo não tendo vivência em Projeto de Extensão, o interesse pessoal foi despertado e buscaram obter mais informações, inclusive com colegas que tinham

vivência, expressando motivação para se inserirem nessa atividade extracurricular.

Para os discentes que expressaram seus conhecimentos sobre Projeto de Pesquisa, verificou-se o entendimento da pesquisa como produção de conhecimento científico, com base na investigação calcada em rigor metodológico capaz de gerar novas informações que mereçam ser divulgadas na comunidade acadêmica. Os projetos de pesquisa oriundos da prática profissional, que extrapolam os ambientes laboratoriais, tendem a estabelecer maior proximidade com as atividades de extensão universitária.

De acordo com os discursos, o Projeto de Extensão é caracterizado como uma atividade que propicia levar à comunidade o conhecimento produzido na academia, considerando o conhecimento que é próprio da comunidade e oportunizando a troca de saberes decorrente do maior contato com a sociedade. Os acadêmicos vão ao campo, ultrapassam os muros da universidade, trabalhando a prevenção da doença e promoção da saúde, mediante ações de educação, com ênfase na humanização nos cursos de saúde.

Durante o processo de formação, espera-se que os alunos aprendam a interagir com as pessoas. Para tanto, é considerado importante, além das aulas teóricas, maior contato com a comunidade. Nesse contexto, os graduandos aprendem a valorizar o conhecimento das pessoas da comunidade sobre o seu processo de saúde-doença, sua maneira de conservar a saúde e de reagir diante da doença.¹⁶

Nesse sentido, a extensão universitária constitui um processo educativo, cultural e científico capaz de articular o ensino e a pesquisa de forma integral e estabelecer uma ação coparticipativa transformadora entre a universidade e a sociedade.¹⁷

Ideia central II – Facilidades/Dificuldades dos discentes para participar de um Projeto de Extensão

Aprofundamos nessa ideia central a apreciação de fatores que propiciam ou não a inserção dos discentes em projetos de extensão.

• Discentes que tem vivência em Projeto de Extensão

– Tema A – Facilidades em relação à inserção em Projeto de Extensão

DSC: *Não tive dificuldades [...]. Obtive o conhecimento de como participar do Projeto de Extensão, não entrei perdida [...]; cabe ao aluno se informar [...]*

– Tema B – Dificuldades para participar de um Projeto de Extensão

→ Tema B1 – Em relação à inserção em Projeto de Extensão

• Discentes que não têm vivência em Projeto de Extensão

DSC: *Quem faz projeto no básico são os cotistas. Essa questão de incluir os alunos, disponibilizar projetos, fica muito restrito, às vezes, tem que partir do aluno de ir atrás do professor, não é muito acessível para os alunos [...]. Acho certo que os professores divulguem, para que assim você possa ingressar [...]. A seleção é feita na base do conhecimento dos tutores com os alunos e não através de uma prova que selecione.*

• Discentes que tem vivência em Projeto de Extensão

DSC: *Não tem um núcleo onde a gente possa encontrar informação a respeito; [...] há dificuldade para conseguir professores ideais para orientar [...]; muitas pessoas não sabem que os projetos existem. O número de Projeto de Extensão na faculdade é pouco [...]; é uma briga para se conseguir, as vagas são poucas [...]. Deveria ter uma abrangência maior para as pessoas que têm interesse e não têm oportunidade [...].*

→ Tema B2 – Em relação ao apoio dos docentes

• Discentes que não têm vivência em Projeto de Extensão

DSC: *Uma das grandes dificuldades é o pouco incentivo da própria universidade e os professores não contribuem muito, dificultando a liberação do aluno de sala de aula para participar das atividades de extensão.*

• Discentes que têm vivência em Projeto de Extensão

DSC: *Os professores não reconhecem que é importante você faltar uma aula para participar de um projeto de pesquisa ou extensão [...]; professores incentivam, mas não querem liberar a gente da aula.*

→ Tema B3 – Em relação à carga horária

• Discentes que não têm vivência em Projeto de Extensão

DSC: *Não tenho tempo e pra fazer um projeto você tem que se dedicar; [...] atrapalha a formação acadêmica, porque você não tem tempo para estudar, [...] não tem tempo pra ir atrás, pra pesquisar, pra estar junto do professor e coletar dados.*

• Discentes que têm vivência em Projeto de Extensão

DSC: *Não temos carga horária especificada pra fazer projeto de pesquisa, de extensão, monitoria, nada [...]. Falta valorização dessa prática [...]; atividade extracurricular não é só para formação do aluno e do profissional, é também do ser humano.*

→ Tema B4 – Em relação ao apoio financeiro

• Discentes que não têm vivência em Projeto de Extensão

DSC: *É muito importante porque não é todo mundo que tem condições de bancar um Projeto de Extensão*

[...]. Há projetos extensos que você tem que se deslocar [...]; ninguém faz um projeto de pesquisa ou extensão porque é patriota, ninguém vai aguentar ficar pagando pra fazer Projeto de Extensão em longo prazo tirando do seu bolso. Deve ter bolsa e inclusive aumentar esse número [...]. A gente usa como incentivo para comprar livro, estudar e também existe muita gente que usa o dinheiro para o projeto [...]. Mesmo sem a bolsa, há ainda pessoas que conseguem tempo para realizá-lo, pois almejam participar simplesmente pela experiência que irão obter.

• Discentes que têm vivência em Projeto de Extensão

DSC: *Sem dinheiro não vai a lugar algum [...]. Muita gente tem vontade de participar mais não tem condições [...]; torna o currículo do estudante bolsista mais valioso [...]; é importante como qualquer outro projeto, é uma atividade extra e existem gastos inerentes, principalmente quando você atua em comunidades mais distantes [...]; algumas atividades mais amplas, realmente a gente fica limitado, ou então quer abranger um público maior e a limitação financeira não permite e às vezes a gente até consegue a bolsa, mas não é paga de forma regular [...]; importante também para pagar a faculdade e os custos dentro da faculdade [...]; alguns trabalhos puxam muito da gente, perde-se muito tempo e esforço físico [...] deveria haver uma ampliação no número de bolsas disponibilizadas para as atividades de extensão.*

→ Tema B5 – Em relação ao apoio institucional

• Discentes que têm vivência em Projeto de Extensão

DSC: *O apoio da faculdade às vezes é muito escasso [...]. Você tem que traçar sua metodologia, seus objetivos, e às vezes para o aluno que nunca participou de uma atividade dessas é muito difícil. Você tem que ter um apoio muito grande da sua coordenação de pesquisa e extensão para lhe dar esse acesso [...]. Você meio que se desmotiva mesmo sabendo que vai ser útil dentro daquela comunidade, vai levar o seu conhecimento, vai melhorar muito a realidade daquelas pessoas.*

Identificamos facilidades quanto ao acesso de informações e participação em projetos de extensão apenas nos discursos de estudantes com vivência. Vale ressaltar, que a Universidade de Pernambuco possui projetos de extensão já consolidados, com aproximadamente vinte anos de existência, a exemplo do *Projeto Santo Amaro*, desenvolvido pela Escola Superior de Educação Física (ESEF).

Entre os discursos dos discentes com e sem experiência em projetos de extensão, foram identificadas as seguintes dificuldades: quanto à inserção em projetos de extensão, ao apoio dos docentes e à carga horária dos currículos de graduação na área de saúde e incentivo financeiro. Foi evidenciada, ainda, entre os discentes com experiência em projetos de extensão, a necessidade de maior apoio institucional.

A participação do corpo docente em projetos de extensão ainda é muito reduzida, pois poucos são os professores que se disponibilizam para a realização desse tipo de atividade, que vem requerer deles o estabelecimento de vínculos, parcerias e corresponsabilidades com a comunidade extramuro da universidade; como também a orientação e supervisão direta dos graduandos na realização dessas atividades, estimulando a busca de conhecimentos científicos e a troca de saberes com a comunidade mediante a construção de cenários de discussão da realidade de saúde da população e das estratégias de enfrentamento.

Desse modo, um estudo sobre as perspectivas da cultura e extensão nas escolas de enfermagem no Brasil evidencia, entre as dificuldades nos diversos projetos de extensão universitária, um número de docentes insuficientes e a sobrecarga deles com atividades de ensino e pesquisa, concorrendo para que não estejam motivados para realizar atividades de extensão e cultura.¹⁸

O formato curricular, que ainda não possui um percentual da carga horária para as atividades complementares, constitui um fator dificultador na participação discente, tendo em vista o preenchimento na grande maioria dos cursos em horário integral com aulas teóricas e práticas das disciplinas.

O Conselho Nacional de Educação (CNE) e a Câmara de Educação Superior (CES), do Ministério da Educação, aprovou o Parecer nº 213/2008, em 9 de outubro de 2008, que dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração de cursos de graduação na área de saúde, na modalidade presencial.¹⁹ O parecer do CNE quanto à carga horária tomou como base as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação, que dispõem também sobre a necessidade de os currículos contemplarem carga horária para as atividades complementares.²⁰

Essas atividades devem constituir o eixo fundamental do currículo, propiciando experiências teórico-práticas que lhe permitam a flexibilização. Elas devem contemplar a articulação entre ensino, pesquisa e extensão, assegurando seu caráter interdisciplinar em relação às diversas áreas do conhecimento e respeitando, no entanto, o projeto pedagógico do curso.

A realização de Projeto de Extensão, a exemplo de Projeto de Pesquisa, implica a elaboração de um planejamento orçamentário no qual deverão ser estabelecidos todos os materiais e recursos necessários, como também os gastos com o deslocamento dos discentes envolvidos.

Atualmente, a Universidade de Pernambuco vem apresentando uma expansão interiorizada do seu *Campus*, entretanto disponibiliza apenas 25 bolsas anuais de extensão, exceto as bolsas de incentivo acadêmico (BIA), que vêm se expandindo (atualmente, são disponibilizadas, aproximadamente, 56 bolsas).

Em relação ao apoio institucional, os discursos dos discentes que têm vivência em Projeto de Extensão

destacam a importância do apoio da Coordenação de Extensão e Cultura, para estimular a mobilização e o envolvimento de docentes e discentes em projetos de extensão.

A política universitária no cenário atual vem reconhecendo e valorizando a atuação da academia em atividades de extensão e cultura, vislumbrando uma formação articulada nos pilares ensino, pesquisa e extensão, de modo a garantir uma formação integral, contextualizada e resolutive. A UPE instituiu, em seu Estatuto, as Coordenadorias de Extensão e Cultura, que antes estavam subordinadas a Coordenação de Pós-Graduação e Pesquisa na composição dos organogramas de cada unidade de ensino, passando as novas Coordenadorias ligadas a Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEC).²¹

Assim, com o novo paradigma que impõem os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC), a educação passou a ser consubstanciada como fenômeno político e social que se propõe a contribuir na formação de cidadãos conscientes de suas responsabilidades sociais e profissionais, engajados na luta por uma sociedade mais justa, digna, igualitária e solidária.²²

Ideia Central III – Contribuição de Projeto de Extensão na formação acadêmica

Ao considerar os desafios impostos aos profissionais da saúde, diante do quadro epidemiológico e sanitário brasileiro, enfocamos nesta ideia central as possibilidades de contribuição para a formação acadêmica mediante a participação em projetos de extensão.

• Discentes que não têm vivência em Projeto de Extensão

– Tema A – Projeto de Extensão contribui com a formação acadêmica e profissional

DSC: *Conhecimento além da universidade [...] introduz você num âmbito social, você não está estudando para tirar nota boa em prova, você está estudando para depois num futuro prestar um serviço à população [...], vivencia seus conhecimentos teóricos na prática e obtém dados concretos sobre essa prática; é mais fácil de você aprender [...]; ensina a trabalhar com diversos públicos de várias idades e a tratar bem as pessoas da comunidade [...], educando aquela população na questão da saúde [...]; melhora o currículo, conta ponto pra residência [...]; desenvolve o seu senso crítico e futuramente ele desperta para trabalhar na área de saúde coletiva, [...]; pode abrir leques para várias áreas e outras ideias.*

– Tema B – Projeto de Extensão não contribui com a formação acadêmica e profissional

DSC: *Não contribui praticamente nada com a formação acadêmica e profissional; não serve para em termos de conhecimento técnico ou teórico, para aumentar alguma coisa.*

• Discentes que têm vivência em Projeto de Extensão

– Tema A – Projeto de Extensão contribui com a formação acadêmica e profissional

DSC: *Há maior aproximação entre a faculdade e a comunidade [...]; há uma troca [...] para, a partir daí, transformar e ajudar. Quanto mais cedo você começa na extensão, mais cedo trabalha essa relação com a população e com o público, você vai se melhorando enquanto profissional [...]. A educação superior é meio distorcida por passar muito tempo dentro da sala de aula, e o contato com a comunidade sempre é um aprendizado [...]. Você tem conhecimento de mundos diferentes, com pessoas de níveis socioeconômico, intelectual e cultural diversificados. Vou ter uma formação acadêmica e profissional mais humanística, vou basear o meu tratamento de acordo com a necessidade e a realidade financeira do meu paciente [...]. Enriquece o currículo [...], facilita o acesso aos professores, ajuda a escrever melhor e saber pesquisar também [...], garante maior consciência ambiental [...]; permite conhecer outras coisas, novas alternativas.*

Nos discursos apresentados por graduandos sem experiência em projetos de extensão, foram evidenciados o desconhecimento e o desinteresse quanto às possíveis contribuições para sua formação acadêmica, revelando a predominância da valorização da formação técnica e do conhecimento teórico em detrimento das demais competências inerentes à formação dos profissionais da saúde comprometidos com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi verificada nos discursos dos universitários, com vivência ou não em Projeto de Extensão, apreensão relevante das contribuições dessas atividades na sua formação profissional, pela realização de atividades práticas em áreas específicas do conhecimento. A vivência na extensão propicia estabelecer convivência e relacionamento com as pessoas da comunidade, despertando sensibilidade para identificar, analisar e buscar soluções para os problemas sociais de famílias carentes, concorrendo para o desenvolvimento de uma consciência cidadã.

Para Amâncio Filho,^{23:379} educar os profissionais de saúde com percepção dos problemas que afetam a humanidade proporciona-lhes a oportunidade de assumir e exercitar uma postura que congregue, concomitantemente, despojamento e rebeldia:

Despojamento no sentido de humildade suficiente para realizar a autocrítica em relação ao próprio desempenho, reconhecendo os limites para sua forma de agir; rebeldia no sentido de se dispor a questionar e enfrentar dogmas e barreiras socialmente impostas, revelar-se, enfim, na coragem de ousar. A cada um de nós compete o esforço de superar as próprias limitações de indivíduos historicamente construídos, numa sociedade que preza e impõe um existir fragmentado, parcializado e egoísta.

O contato com as pessoas e famílias leva os estudantes a refletir sobre o potencial que têm para contribuir, por meio de sua atuação profissional, para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Essa experiência possibilita aos acadêmicos um sentimento de realização pessoal e autoestima.²⁴

É por meio da atividade de extensão que o homem vai adentrar no espaço do outro, conhecendo seus valores, sua cultura, seus hábitos, suas necessidades e expectativas. A capacidade de conhecimentos que os profissionais da saúde possuem sobre o contexto das famílias da comunidade constitui “ponto de partida para uma reflexão crítica dos problemas socioeconômicos predominantes nas comunidades marcadas pela exclusão social que compromete a saúde da população”.^{25:126}

Freire²⁶ ressalta a importância do diálogo como elemento essencial para estabelecer uma coparticipação entre os profissionais da saúde e a comunidade no enfrentamento das reais necessidades e na busca de soluções para a transformação dessa realidade.

Ideia Central IV – Vantagens para as comunidades integradas a projetos de extensão

Diante da competência sociopolítica necessária à formação dos futuros profissionais da saúde, destacamos nesta ideia central as contribuições para as comunidades que atuam em parceria com a universidade nos projetos de extensão.

• Discentes que não têm vivência em Projeto de Extensão

– Tema A – Consegue identificar vantagens

DSC: *O Projeto de Extensão não é só uma forma de informar a comunidade, mas também é uma troca de conhecimentos [...]. A vantagem é que os projetos mobilizam e capacitam o pessoal da comunidade a desenvolver um senso crítico e uma visão mais ampla de todo processo da saúde [...]. Ela aparece para cidade, para o mundo, e ela tem a vantagem de ser melhor acompanhada pelo serviço de saúde [...]; é mais uma via pra comunidade responder, tentar resolver seus problemas [...]. Ela vai buscar meios de viver, de modificar seus hábitos, de viver com melhor qualidade de vida, em todos os sentidos, principalmente com relação à saúde [...]; vai participar, vai crescer, vai aproveitar aquele tipo de estudo [...], poderia ganhar em ações de saúde [...]. Aqui é um lugar de tráfico de drogas e de violência, e com os projetos a gente vê as crianças praticando esportes, fazendo percussão [...]. Os trabalhos devem sempre visar à comunidade, pra que melhore, tenha melhor educação na área de saúde, como em todas as outras áreas, para que ocorra a evolução social.*

– Tema B – Não consegue identificar vantagens

DSC: *Olha, eu não sei responder porque eu nunca parei pra pensar desse lado, entendeu? Porque os*

projetos que eu conheço não são voltados pra comunidade, então não sei responder.

• Discentes que têm vivência em Projeto de Extensão

DSC: *É sempre uma contribuição que na verdade a universidade está devendo [...]. Nós não estamos fazendo favor a nenhuma comunidade de ir pra lá e fazer o Projeto de Extensão; isso é dever da universidade [...]. Eles adquirem informações científicas que, provavelmente, eles não iriam adquirir em nenhum tipo de mídia, nem TV, rádio, de ter mais conhecimento de educação em saúde e atuarem como agentes multiplicadores em seus lares e na comunidade [...]. Eles recebem da gente uma motivação, eles têm o apoio, eles se sentem realmente afagados pelo projeto [...]; eles dividem com a gente as aflições, as dúvidas, fazendo com que essa troca seja permanente [...]. Não só a comunidade, mas todo mundo tem essas vantagens, porque, quando um país tem uma faculdade, um país investe em educação, quem está sendo investido em educação vai retornar a comunidade o que aprendeu [...]. A universidade não é inatingível; as crianças da comunidade podem desenvolver o sonho de um dia fazer uma faculdade [...]. Produzir formas da pessoa se tornar autônoma, ter conhecimento para estabelecer relações dela com o mundo, com o ambiente que ela vive.*

O desconhecimento das possíveis vantagens dos projetos de extensão para a comunidade ocorreu entre discentes que não tinham vivência em projetos de extensão.

Foram evidenciadas, nos discursos, vantagens para a comunidade que participa de projetos de extensão tanto entre discentes que não tinham como entre os que tinham experiência, dentre as quais foram destacadas: acesso a informações científicas; troca de conhecimentos; esclarecimento de dúvidas, com enfoque em educação em saúde; possibilidade de atuar como agentes multiplicadores em seus lares e na comunidade; se sentirem motivados e apoiados para expressar suas aflições e necessidades, como também as da comunidade. As crianças e os jovens da comunidade em situação de vulnerabilidade têm oportunidade de acesso a projetos culturais, artísticos e esportivos, redirecionando sonhos e perspectivas no futuro desses cidadãos.

Os graduandos extensionistas revelaram em seus discursos uma percepção de seu papel político e de sua responsabilidade social, compreendendo a comunidade em que atuam como protagonistas da própria história de vida, como cidadãos constituídos de deveres e de direitos, que devem ser garantidos no seio da sociedade e no contexto das políticas públicas de saúde.

Desse modo, a busca por uma formação profissional que possibilite ao futuro profissional de saúde uma postura crítica, política, preparado para agir de modo criativo e inovador constitui um desafio,²⁷ requerendo a (re)elaboração das abordagens e dos cenários de ensinar e aprender que tenham como estratégia norteadora a construção conjunta e contextualizada de conhecimento teórico e prático, em que discentes, docentes e comunidade sejam sujeitos ativos do processo ensino-aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou conhecer o entendimento dos estudantes do *Campus* Saúde da Região Metropolitana do Recife-PE sobre projetos de extensão da Universidade de Pernambuco. Os discursos revelaram que os projetos de extensão constituem uma atividade extramuro da universidade, capaz de articular discente, docente e comunidade, numa estratégia eficaz para socializar e difundir conhecimentos teórico-práticos, de modo a valorizar a troca de saberes com a comunidade.

A excessiva carga horária dos currículos de graduação na área de saúde, a reduzida participação do corpo docente em projetos de extensão, as limitações quanto ao incentivo financeiro e a necessidade de maior apoio institucional constituem empecilhos para a inserção de discentes em projetos de extensão.

Foi verificada maior valorização dos projetos de pesquisa, os quais dispõem de maior facilidade para a obtenção de bolsa de iniciação científica, como também pelo fato de seus resultados subsidiarem a elaboração de artigo científico com compromisso de divulgação na comunidade acadêmica.

A habilidade técnica e o conhecimento teórico detêm o centro da atenção na formação tradicional. Entretanto, o mundo do trabalho requer competência profissional capaz de articular os conhecimentos técnico-científicos de acordo com os desafios impostos pela realidade sociopolítica e cultural em que a comunidade se encontra inserida, exercendo o papel de agente de transformação.

Colaboradores

Os autores Estela Maria Leite Meirelles Monteiro, Camila Lima Brady, Waldemar Brandão Neto, Roberta Biondi Nery de Freitas, Marta Úrsula Barbosa de Moraes participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Universidade de Pernambuco. Pró-Reitoria de Planejamento (PROPLAN). Coordenação Geral de Planejamento. UPE em números. Recife: UPE; 2007. [Citado 2008 jul 2]. Disponível em: <http://www.upe.br/down/proplan/num3.pdf?>
2. Rocha RMG. A construção do Conceito de Extensão Universitária na América Latina. In: Faria DS, organizador. Construção Conceitual da Extensão Universitária na América Latina. Brasília: Universidade de Brasília; 2001. p. 13-29.

3. Buarque C. A aventura da universidade. São Paulo: UNESP; 1994.
4. Cunha LS. O mal estar da Universidade: a tensão nos anos 90 [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2001.
5. Souza ALL. A História da Extensão Universitária. Campinas: Alínea; 2000.
6. Melo Neto JF. Extensão Universitária: uma análise crítica. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2001.
7. Castro LMC. A Universidade, a Extensão Universitária e a Produção de Conhecimentos Emancipadores: ainda existem utopias realistas [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2004.
8. Demo P. Educar pela Pesquisa. 4ª. ed. Campinas: Autores Associados; 2000.
9. Santos BS. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2001. v.1: A crítica da Razão indolente: contra o desperdício da experiência.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
12. Barboza TAV, Fracoli LA. A utilização do "fluxograma analisador" para organização da assistência a saúde no programa saúde da família. Cad Saúde Pública. 2005; 21(4): 1036-44.
13. Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Livro Aberto; 2005.
14. Diário de Pernambuco. UPE adota regime de cota para carentes. Caderno Vida Urbana. [Citado 2004 jul 28]. Disponível em: http://www.pernambuco.com/diario/2004/07/28/urbana11_0.html.
15. Pernambuco. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente. Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE). Programa de Bolsas de Incentivo Acadêmico (BIA) – retificação, nº 06/2007 de 28/12/2007. [Citado 2008 nov 11]. Disponível em: <http://www.facepe.br/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=165>.
16. Falcón GCS, Erdmann AL, Backes DS. Significados do cuidar na promoção da saúde. Rev Latinoam Enferm. 2008 maio./jun; 16(3):419-24.
17. Brasil. Ministério da Educação. Plano Nacional de Extensão Universitária. Brasília: Departamento de Políticas do Ensino Superior, SESu/MEC, Brasília; 2000/2001.
18. Rodrigues RAP, Oliveira MHP, Robazzi MLC. As perspectivas da cultura e extensão nas escolas de enfermagem no Brasil. Rev Latinoam Enferm. 1993 dez; 1(n. especial):103-09.
19. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior. Diário Oficial da União. Seção 1, Página 20, do dia 22 de outubro de 2008.
20. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. [série online] 2008 [Citado 2008 nov 27]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>.
21. Universidade de Pernambuco. Estatuto da Fundação da Universidade de Pernambuco – UPE. Boletim Oficial da UPE, 02/01/2008. [Citado 2008 dez 18] Disponível em: <http://www.upe.br>.
22. Lopes Neto D, Teixeira E, Vale EG, Cunha FS, Xavier IM, Fernandes JD, et al. Um olhar sobre as avaliações de Cursos de Graduação em Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2008 61(1):46-53.
23. Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2004 mar./ago; 8(15):375-80.
24. Vasconcelos MS. Extensão Universitária: resgatando experiências e construindo saberes. Humanidad Med. 2006 jan./jun; 21(1):51-72.
25. Monteiro EMLM, Vieira NFC. (Re) construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiros do PSF do Recife – PE. Recife: EDUPE; 2008. p.126.
26. Freire P. Extensão ou comunicação? 5ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980.
27. Almeida APS, Souza NVDO. Estudo de caso: uma estratégia para construção de atitude crítico-reflexiva em discentes de enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2005 maio./ago; 13(2):204-09.

Data de submissão: 28/4/2009

Data de aprovação: 17/11/2009

O ENSINO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NOS CURSOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM*

EDUCATION ABOUT MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRY IN TECHNICAL NURSING COURSES

ENSEÑANZA DE LA SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA EN LOS CURSOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

Sonia Regina Zerbetto¹
Maria Alice Ornellas Pereira²

RESUMO

Com este estudo, objetivou-se analisar o ensino da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental no Ensino Técnico de Enfermagem e a sua relação com os ideários da Reforma Psiquiátrica, embasado no materialismo histórico-dialético. Os sujeitos escolhidos foram enfermeiros-professores da referida disciplina e os coordenadores do curso, tendo como instrumentos a entrevista semiestruturada, o formulário e as estruturas curriculares do curso. Os dados coletados apontaram para uma alienação do trabalho educativo. Apesar do predomínio do enfoque preventivista e biológico, houve tentativas de superação com a introdução de temáticas sobre a Reforma Psiquiátrica e estágios supervisionados nos Centros de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Educação; Educação em Enfermagem; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

This study aims to analyze the education about Mental Health and Psychiatric Nursing during the Technical Nursing Course and to evaluate its connection to the ideas of the Psychiatric Reform, based on a historical and dialectical materialism. The participants of study were nurse professors of the discipline and coordinators of the course. Data were collected using a semi-structured interview, a form and the curriculum structure of the course. Results show there is an alienation of the teaching work. Although the preventative and biological approach predominated, there were overcoming attempts with the insertion of subjects about the Psychiatric Reform and supervised internships in Centers of Psychosocial Attention.

Key words: Education; Nursing Education; Psychiatric Nursing.

RESUMEN

Este estudio tiene por objetivo analizar la enseñanza de la asignatura Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental en la Enseñanza Técnica de Enfermería y su relación con las ideas de la Reforma Psiquiátrica, basado en el materialismo histórico dialéctico. Las personas elegidas fueron enfermeros-profesores de dicha materia y los coordinadores del curso, teniendo como instrumento la entrevista semiestructurada, el formulario y las estructuras curriculares del curso. Los datos recogidos apuntaron a una alienación del trabajo educativo. A pesar del predominio del enfoque prevencionista y biológico, hubo intentos de superación con la introducción de temáticas sobre la Reforma Psiquiátrica y pasantías supervisadas en los Centros de Atención Psicosocial.

Palabras clave: Educación; Educación en Enfermería; Enfermería Psiquiátrica.

* Artigo elaborado com base na tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP e, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo Parecer nº 0402/2003.

¹ Professora adjunta da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos-SP, Brasil. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). E-mail: szerbetto@hotmail.com.

² Professora adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", UNESP de Botucatu-SP, Brasil. Livre-docente pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). E-mail: malice@fmb.unesp.br.
Endereço para correspondência - Sonia Regina Zerbetto: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar, Rodovia Washington Luís, Km 235-SP 310, São Carlos, São Paulo, Brasil, CEP:13.565-905.

INTRODUÇÃO

Desde 1980, o movimento da Reforma Psiquiátrica busca rever o novo “objeto” do processo saúde-doença mental quando deixa de prevalecer a “doença” e passa a ser “o sujeito da experiência do sofrimento psíquico e sua relação com o corpo social”.¹ Isso requer preparo, flexibilidade e mudança de saberes e práticas por parte dos profissionais de enfermagem em nível técnico.

Dessa maneira, tornou-se importante discutir o tema da saúde mental nos interstícios da formação daqueles profissionais, em razão de os estudos^{2,3} salientarem que essa é uma categoria predominante, uma força de trabalho constituinte das equipes que prestam cuidados aos usuários nos serviços substitutivos ao manicômio – por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). Outro motivo é porque a maioria não tem, durante o curso técnico, uma formação suficiente na área de saúde mental e psiquiátrica, tanto na questão teórica quanto na prática. Assim, justifica-se o interesse por esta temática pelo fato de uma das autoras ser docente de um curso profissionalizante de enfermagem. Procurou-se buscar contribuições reflexivas desse ensino para proporcionar um cuidado mais condizente com os objetivos da Reforma Psiquiátrica.

No delineamento do objeto de estudo, amplamente desenvolvido em defesa de tese de doutorado e apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, ou seja, *O ensino da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental no ensino médio em enfermagem*, não foram encontradas produções científicas que abordassem tal tema. Assim, buscou-se apoio em trabalhos que situaram o ensino de enfermagem e o enfermeiro nesse contexto, considerando que o referido profissional é quem está envolvido no processo de ensino-aprendizagem do auxiliar e técnico de enfermagem. Outra razão foi a formação teórica do enfermeiro de Ensino Técnico de Enfermagem, apropriada no contexto da universidade, ser mediadora da sua prática docente.

A revisão da literatura⁴ apontou que, nos programas oficiais da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental no âmbito da graduação, houve predomínio da base teórica e prática sobre os quadros psicopatológicos e sobre os aspectos do processo de comunicação e de relacionamento terapêutico. Em relação aos conceitos de saúde mental, apesar da forte influência do modelo biológico-organicista, manifestou-se uma tendência para os fatores de multicausalidade, abrangendo determinantes ambientais, socioeconômicos, orgânicos e culturais.

Outras autoras⁵ salientaram que, nos programas da disciplina dos cursos de graduação estudados, os conteúdos teóricos de psicopatologias convergiram para conceitos do preventivismo, embora no âmbito da prática tenham apontado para as influências da abordagem psicodinâmica. Ao analisarem os dados dos programas da disciplina e do discurso dos professores

e alunos, perceberam um enfoque predominante de orientação psicodinâmica nos seus aspectos teórico e prático. Além disso, os estágios dos cursos se mantiveram no hospital psiquiátrico e o instrumento da assistência de enfermagem priorizado em questões práticas constituiu-se no relacionamento terapêutico.

Diante desse contexto, perguntou-se: *Como tem sido o ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental no ensino de enfermagem profissionalizante? Que saberes e práticas permeiam esse ensino, atualmente? Estariam os ideários da Reforma Psiquiátrica sendo contemplados nos programas curriculares da formação dessa categoria?*

OBJETIVOS

Analisar o ensino da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental de Ensino Técnico em Enfermagem e a sua relação com os ideários da Reforma Psiquiátrica, na perspectiva de apreender os saberes e práticas que por ele perpassam, além de identificar suas possíveis contradições e transformações.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este estudo fundamentou-se nos conceitos do materialismo histórico e dialético. Materialismo, por compreender que a matéria constitui-se das relações sociais de produção, definidas como “relações entre agentes de produção, ou seja, proprietários dos meios de produção e os trabalhadores em um processo de produção determinado”.⁶

A categoria mediadora das relações sociais é o trabalho, o qual transforma o homem e é por ele transformado, pois lhe exige raciocínio, planejamento, previsão de possíveis dificuldades, criação e acúmulo de todo o conhecimento já adquirido.

O homem realiza um trabalho consciente e com ação intencional (condições subjetivas) para produzir sua própria existência, seja uma produção material (coisas/objetos), seja de bens/produtos simbólicos para satisfação de suas necessidades.

No processo do trabalho docente, o ato de ensinar tem uma intencionalidade e vai depender da relação que o professor tem com o seu conhecimento teórico para adquirir o nível de consciência. Portanto, no ensino da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, o docente utiliza um referencial teórico que dá suporte aos conteúdos, os quais precisam ser transmitidos.

Para a investigação do objeto de estudo, buscou-se apoio nos conceitos de cotidiano e não cotidiano.^{7,8} O indivíduo, na vida cotidiana considera seu ambiente como dado e se apropria, de modo espontâneo, pragmático e utilitário de seus sistemas de uso e costumes, os quais são necessários para a sobrevivência e reprodução social, bem como podem levá-lo a se adaptar ao mundo. Pode haver uma transcendência dessa cotidianidade se o indivíduo buscar as esferas do não cotidiano, ou seja, uma relação consciente, crítica

e reflexiva sobre suas próprias ações, incorporando o conhecimento das ciências filosóficas, científicas e artísticas.⁸

Outro conceito importante utilizado nesta pesquisa foi o de ideologia,^{9,10} definida como visão de mundo, ou seja, a forma de compreender o mundo em todas as manifestações individuais e coletivas.⁵ Dessa maneira, a ideologia assume uma conotação mais positiva, isto é, ultrapassa um sistema de ideias e relaciona-se à capacidade de promover atitudes concretas e proporcionar orientação para a ação.¹¹

Em qualquer atividade intelectual humana, mesmo inconscientemente, pode estar contida determinada concepção de mundo acrítica, incoerente e fragmentada, resultante de uma relação social, de um processo social. O conhecimento do senso comum, ou seja, aquele absorvido de modo acrítico, pode ser refletido, tornando-o unitário e coerente, bem como pode-se extrair dele o bom senso, para decidir uma ação que tenha uma direção consciente. Assim, uma nova concepção de mundo pode ser disseminada.^{9,10}

Diante disso, pensou-se que no processo educativo existem possibilidades de expansão de uma nova ideologia hegemônica, ou seja, de permitir o processo de reflexão crítica da concepção de mundo dominante, aqui considerado o modelo asilar, para uma nova visão de mundo intelectualizada, a do modelo psicossocial, que caminha junto com as propostas da Reforma Psiquiátrica.

A escolha do método histórico-dialético possibilitou entender os modos diferentes de organização e atuação dos professores e coordenadores no processo de ensino da disciplina de Saúde Mental e Psiquiátrica e, também, em relação à Reforma Psiquiátrica. Assim, esse método proporcionou uma reflexão da realidade educacional aparente que, ao ser superada, possibilitou a apreensão da realidade educacional concreta, pensada, compreendida em todos os seus aspectos contraditórios.

Para apreensão do objeto e dos objetivos deste estudo, percorreu-se uma perspectiva histórica, o que significa estudar algo em processo de mudança. Utilizou-se, também, a análise dialética, em que os objetos, as coisas e os fenômenos se distinguem ou se assemelham por meio de suas propriedades qualitativas e quantitativas, as quais estão unidas e são interdependentes. Portanto, a mudança qualitativa é o resultado de mudanças quantitativas e por elas são provocadas, proporcionando o movimento e o desenvolvimento do objeto.¹²⁻¹⁴

Outra lei da dialética, a lei da contradição, refere-se à inter-relação e à interdependência dos diversos aspectos da realidade, de modo que as coisas não podem ser compreendidas isoladamente, mas, sim, em todo o contexto em que elas estão inseridas. No processo de desenvolvimento do objeto, existem elementos diferentes e contrários (luta dos contrários), mas em constante interação, numa ligação recíproca, não podendo um e outro existirem independentemente, formando a unidade dos contrários.¹²⁻¹⁴

No processo de desenvolvimento do fenômeno, busca-se entender as relações entre o antigo e o novo, num movimento circular e não de regressão, que propicia resoluções da contradição, surgindo o novo (síntese) que não, necessariamente, elimina totalmente o velho.¹³

No caminhar metodológico, foram eleitas como campo empírico as instituições voltadas para a educação profissional do auxiliar e do técnico de enfermagem, da cidade de São Carlos – duas escolas públicas [uma estatal e outra pertencente ao Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), por iniciativa do Ministério da Saúde e da Educação] e uma privada.

O grupo social estudado constituiu-se de cinco coordenadores dos cursos de técnico e de auxiliar de enfermagem e seis enfermeiros-professores dos referidos cursos, que ministraram a teoria e/ou estágio supervisionado da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental.

Para colaborar com a contextualização das instituições e para caracterizar os cursos e as respectivas disciplinas de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, foi solicitado acesso aos documentos oficiais, às estruturas curriculares e aos respectivos programas das referidas disciplinas.

Como instrumentos, foram aplicados um formulário aos coordenadores, com o objetivo de colher mais dados para melhor caracterização dos cursos, e um roteiro de entrevista semiestruturada aos enfermeiros-professores, visando conhecer essa população em termos de caracterização pessoal, cotidiano da prática de ensino da citada disciplina e as concepções sobre a Reforma Psiquiátrica.

Foram observados, rigorosamente, os aspectos éticos envolvidos na pesquisa, ou seja, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos entrevistados, encaminhamento de ofícios às instituições de ensino e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, pelo Parecer nº 0402/2003.

Neste estudo, foi utilizada a técnica de triangulação,¹³ com o objetivo de abranger ao máximo a descrição, a explicação e a compreensão do foco em estudo. Tal técnica proporcionou uma direção aos processos e produtos centrados no sujeito (formulários e entrevistas semiestruturadas), aos elementos produzidos pelo meio do sujeito (planos curriculares dos cursos e da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, com suas respectivas competências) e os processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macro-organismo social no qual está inserido o sujeito. Neste último item, houve opção pelo grupo social dos coordenadores e enfermeiros-professores e considerou-se o sistema capitalista contemporâneo como modo de produção. Esses documentos foram qualificados em relação ao tipo e ao assunto, e foi elaborado um resumo do conteúdo para que se pudesse ter um panorama de todo o material coletado.

Na fase de classificação dos dados,¹⁵ foram feitas a leitura criteriosa e a reflexão da descrição dos materiais, apreendendo suas convergências e divergências para a identificação das estruturas de relevância.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Surgiram dois temas que originaram os subtemas: **1.** cotidiano escolar e seus atores sociais com os subtemas: o contexto das escolas, os atores sociais responsáveis pelo conteúdo de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental e análise da grade curricular e plano de ensino; **2.** os saberes e fazeres dos atores sociais no ensino da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental com os subtemas: a alienação do ato educativo e seus mecanismos de superação, as concepções que permeiam o ato educativo e as concepções sobre o processo da Reforma Psiquiátrica.

Em relação ao primeiro tema, observou-se nas três escolas o predomínio de contratos temporários para os enfermeiros-professores, fato que poderia desencadear alta rotatividade de docentes, além de a atividade de ensino tornar-se um suporte ou “bico” para o professor, com o objetivo de complementar a sua renda financeira.

Dessa maneira, o trabalho do professor torna-se alienado quando existe um abismo entre a produção humano-genérica e a participação consciente do indivíduo nesse processo produtivo. Portanto, o docente não consegue ver a finalidade de seu ato de ensinar, ou seja, garantir aos alunos o acesso às objetivações, como a ciência, arte, moral, etc., mas somente a valorização da sua sobrevivência por meio do seu salário.⁸⁻¹⁶

Observou-se que nem todos os enfermeiros-professores que ministraram o conteúdo teórico da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental foram responsáveis pelo estágio supervisionado, o que, muitas vezes, pode levar a um ensino fragmentado, com a desarticulação entre conteúdo e prática.

A maioria dos docentes teve pouca experiência na área de saúde mental, e os motivos pelos quais ministraram a disciplina referiram-se à escassez de profissionais com experiência na respectiva área e o desinteresse por esse tema, como demonstra o depoimento:

Nenhuma, a não ser da parte de estágio [na graduação]. Foi por acaso, ninguém queria pegar [a disciplina], acabei pegando e gostando.

No quesito “competências e bases tecnológicas”, nas três escolas, houve predomínio do paradigma da psiquiatria preventiva, o qual não foi visto como processo histórico dos modelos, mas como base organizacional dos serviços de Saúde Mental, principalmente nas ações de intervenção para a prevenção das doenças mentais.

Apesar da prevalência da visão do modelo preventivista, emergiram algumas temáticas que podem abordar

questões da Reforma Psiquiátrica, tais como políticas de saúde mental, história da loucura, além de diferentes modelos de serviços alternativos e substitutivos.

No segundo tema, percebeu-se a alienação do ato educativo, ou seja, ausência de formação específica, falta de experiência profissional na área e a insegurança dos docentes quanto à fundamentação teórica:

Não tenho; somente a experiência de estágio acadêmico e estágio extracurricular por um ano, com carga horária de um plantão por semana de 12 horas no hospital psiquiátrico e HD [Hospital-Dia] no Piauí.

A alienação pode ser superada em algum grau quando o trabalho docente não depende somente das condições subjetivas, mas também das condições objetivas que mediatizam a possibilidade de relações mais conscientes.¹⁶ O pensamento gramsciano reforça tal ideia quando salienta que a mudança da vida não depende da vontade de uma pessoa, isto é, das condições subjetivas, mas das possibilidades concretas oferecidas pelo desenvolvimento da base material, ou seja, das condições objetivas.

Quanto à participação dos docentes no planejamento escolar, tal situação inexistiu na escola particular e em uma pública (do Ministério), pois ambas já continham as suas bases tecnológicas preestabelecidas e eram distribuídas aos professores, como demonstrado na seguinte fala:

A organização teórico-prática da disciplina... Ela foi proposta, e nós, professores, não participamos da elaboração dela e nem da escolha do conteúdo, nada.

Assim, o papel desempenhado pelo professor passou a ser o de mero executor do modelo da política educacional definida pelos órgãos competentes, aqui representados pelas escolas, constituindo-se o trabalho num simples instrumento de luta pessoal. Dessa maneira, o processo educativo, considerado um trabalho pôde caminhar para o pragmatismo, apreendendo somente o imediatismo, pois o professor, ao utilizar os métodos, conteúdos e a avaliação, não teve conhecimento do referencial teórico adotado, acarretando dificuldades no seu processo de ensino.

A escola torna-se um mecanismo da sociedade civil cuja tarefa consiste em dar direção intelectual e moral à sociedade, possibilitando determinar uma hegemonia cultural e política e, conseqüentemente, transformar a sociedade mediante a decodificação da ideologia dominante. Não se exclui o papel determinante da economia na estruturação das relações sociais, mas se reconhece a interdependência entre as condições objetivas e subjetivas de existência, bem como a interpenetração dialética de infraestrutura e superestrutura. A disputa de uma nova hegemonia, também, não se restringe ao campo da infraestrutura,

mas abarca os níveis cultural, político, social e moral pertencentes ao nível da superestrutura.¹⁰

Em relação ao planejamento dos estágios supervisionados, percebeu-se a desarticulação entre objetivo e finalidade, ou seja, a inexistência de uma sistematização de estratégias de acordo com o perfil profissional, que se buscou formar; as escolas e instituições concedentes decidem sobre o número de alunos por campo, locais, calendário escolar e formalização do estágio, como aponta o seguinte depoimento:

Os locais de estágio estão padronizados... Então, essa parte é de responsabilidade da escola. Eles mandam ofícios e a gente vai e faz os estágios. No máximo, seis alunos por docentes em campo de estágio, tem lugar que não permite, só permite cinco.

Como mecanismos de superação foram citados a flexibilidade da escola em permitir ao docente pequenas alterações no plano de curso e a realização de estágios no Centro de Atenção Psicossocial.

Quanto aos saberes que perpassaram o ato educativo, ficou evidenciada, nas entrevistas, a preocupação dos docentes em proporcionar ao educando a apreensão de conhecimentos das sintomatologias psiquiátricas e do diagnóstico para a identificação do doente mental, conforme esta fala:

Saber identificar o paciente com transtorno mental e conhecer patologias, sinais e sintomas vai facilitar bastante esse aluno na abordagem para aquele tipo de patologia.

Não se está negando o conhecimento sobre as psicopatologias, mas elas não devem ser prioridade no contexto das interações sociais, pois, se isso ocorrer, o profissional da saúde deixará de apreender a diversidade e as contradições expressas por meio do sofrimento mental, que somente advém de cada indivíduo, e não de cada doença.

Os entrevistados não conseguiram compreender a questão conceitual de saúde e doença mental como um processo, mas, sim, como opostos, o que demonstrou a dificuldade de entenderem esse fenômeno no âmbito da sua complexidade, da sua historicidade e do seu movimento. A maioria dos docentes compreendeu a concepção de saúde mental como equilíbrio, ausência de doença, normalidade e adaptação ao meio, e a doença mental, como desequilíbrio, anormalidade e não adaptação ao meio, esclarecido no depoimento:

A questão da saúde é aquela pessoa que tem o físico, a parte física equilibrada. Ela é saudável física e mentalmente; ela está ajustada ao meio. No caso da doença mental, seria a pessoa que entra em desequilíbrio, tanto orgânico como nesse ajustamento ao meio. Então, na questão da doença mental, eu julgo que é mais na questão de adaptação, do ajustamento desse indivíduo ao meio social no qual ele vive.

Essa visão de opostos, ou seja, saúde como condição positiva e doença como negativa, além da tentativa de tornar absoluto um dos polos em detrimento do outro, dificulta a visualização de fenômenos humanos em contemporânea relação de antagonismo e unidade, portanto, polos dialéticos da realidade, que se movem exatamente entre a vida e a morte. O valor primário é o homem e suas necessidades, ficando subentendido que a condição humana é ser são e ao mesmo tempo doente, normal e anormal simultaneamente, portanto, não são estranhos um ao outro.¹⁷

Somente uma entrevistada visualizou a saúde/doença mental um pouco mais próxima do enfoque da existência-sofrimento e a sua relação com o corpo social. A doença não foi vista como um objeto, mas como uma experiência na vida das pessoas e, também, resultante das condições de vida de uma população em determinado espaço e período. A fala a seguir, demonstra tal fato:

Uma pessoa com saúde mental seria uma pessoa, na minha opinião, não isenta de problemas. Uma pessoa que esteja razoavelmente satisfeita com o seu trabalho, com o lazer, com a família e que tenha condições de estar resolvendo o seu dia-a-dia.

Outro ponto que se julgou importante e não foi enfocado explicitamente nos programas das disciplinas, mas permeou a fala de uma entrevistada, refere-se à questão da periculosidade do doente mental, ou seja, as dificuldades tanto técnicas como culturais da relação doença mental e periculosidade:

Só a experiência como enfermeira, cuidando de pacientes em surtos, trabalhando em pronto-socorro [...] É difícil... É um pouco perigoso, porque o paciente em surto, ele não é responsável pelas coisas que ele pode vir a fazer. Então, é um pouco atender... é um pouco de medo de se machucar, medo de machucar o paciente também, porque você tem que fazer muita força para segurá-lo, medicá-lo, amarrá-lo. Então, não é a parte boa da psiquiatria, é a parte mais... um pouco violenta.

O doente mental é sempre perigoso, como somos todos nós no momento em que somos considerados diferentes, ou seja, objetos de provocação e de preconceito.¹⁷ Portanto, nota-se que, muitas vezes, há um esquecimento do próprio sentimento e contexto em que o ser humano que sofre mentalmente está inserido, ou seja, o ato violento pode estar associado à experiência vivenciada pela pessoa, como também a todos nós. Dessa maneira, o louco pode ser ou não considerado perigoso.

Não se pode mais considerar a periculosidade como algo abstrato e somente no âmbito individual; ela deve ser articulada às interações entre os sujeitos, instituições e contexto social. A doença deve ser considerada numa visão histórica e dinâmica como evento da vida de qualquer sujeito. Essa história não está presa à

sintomatologia, portanto, explicativa da crise, mas passa a ser o seu contexto. A crise é considerada uma situação vivida pela pessoa e pode ser superada, do que se deduz que o indivíduo pode não estar bem, mas pode permanecer em casa e não necessitar ser confinado e recluso para ser cuidado.¹⁸

Atualmente, considera-se esse o tema nevrálgico do processo da Reforma Psiquiátrica, pois nem mesmo ele é abordado no contexto legal e jurídico, o que requer reavaliação e discussão num âmbito maior das políticas de saúde mental e judiciária. Historicamente, a criminalidade e a loucura, no período da Idade Média, carregavam uma característica punitiva e de segregação, pois eram unidas e confinadas em um mesmo espaço, quando consideradas as misérias do mundo. O cárcere segregava e punia todo e qualquer ato criminoso, que não era compreendido nem ao menos corrigido. Nesse período, o centro de atenção era o ato criminoso, e não o indivíduo criminoso.¹⁷

Com a instauração da psiquiatria, houve a separação entre crime e loucura, mas ambos representaram uma ameaça à coletividade e aos valores da sociedade. Separando-os, ou seja, a “desrazão” da culpa, eles deixaram de ser admitidos como atos passíveis do ser humano, transformando o louco e a sua loucura em objetos de controle da ciência. A “razão científica” tomou em seu poder o homem “possuidor de desrazão”, tornando-o irresponsável pelo seu ato reprovável e pela incapacidade da medicina em punir tal ato, e acabou punindo o indivíduo inteiro, tentando controlá-lo e modificá-lo por meio do tratamento moral.¹⁷

Em relação às concepções sobre a Reforma Psiquiátrica, houve predomínio, para a maioria dos entrevistados, do entendimento no âmbito técnico-assistencial, principalmente quando se salientou a desospitalização – a extinção do internamento do doente em macro-hospitais psiquiátricos e do próprio manicômio – sugerindo outras formas de serviços, tais como Hospital-Dia e Centro de Atenção Psicossocial.

Uma depoente demonstrou compreender o processo de Reforma valorizando e acreditando que ele vem sendo construído. Segundo o seu discurso,

a Reforma é um conjunto de atitudes, dos pensamentos, que tenta voltar a atitude da Nação, da população em geral... tenta voltar a atenção a esse doente mental, que ele não precisa ficar encarcerado, não precisa ser tratado com desumanização, que ele não está possuído, que não precisa de tratamentos radicais, ao contrário... Um conjunto de pensamentos que tenta inserir esse indivíduo na comunidade, e o governo, tem a participação fundamental... o dever... tem de fazer isso acontecer e está acontecendo e vai continuar acontecendo.

Os depoimentos também apontaram o problema da desmitificação da imagem do louco, portanto, na dimensão sociocultural, busca-se, atualmente, a transformação das representações sociais referente à loucura e a como conviver com as diversidades, ou seja, como construir um novo lugar social para se conviver com os diferentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, em relação aos saberes e práticas, apesar de ter prevalecido a ideologia, que reproduz o modelo biológico e preventivista da saúde mental, emergiram tentativas de mudança, quando as escolas foram incorporando, timidamente, em seus programas disciplinares de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, conteúdos referentes ao Processo da Reforma Psiquiátrica, principalmente nos cursos que estiveram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e da Educação.

Percebeu-se a fragmentação teórico-prática na elaboração das estruturas curriculares das escolas, a falta de participação dos docentes no processo decisório dos planos de ensino e insegurança destes no âmbito da saúde mental. Mesmo diante das dificuldades encontradas nas condições subjetivas e objetivas do trabalho docente, uma minoria de enfermeiros-professores tentou disseminar uma nova visão de mundo com outro olhar sobre o louco que não valorizasse sua sintomatologia, mas a pessoa. A compreensão e a possibilidade de conviver com as diversidades humanas e a tentativa de rever conceitos, que estigmatizaram a pessoa que sofre psiquicamente, pode desmitificar a ideia do louco como perigoso no imaginário social.

A concepção da Reforma Psiquiátrica trazida pelos sujeitos foi permeada por paradoxos, ou seja, manteve ideias dos modelos reformistas, mas também tentou se encontrar no novo paradigma. Assim como é desafiante para o profissional da saúde mental construir um novo modo de cuidar que rompa com os modelos reformistas, é também um desafio para qualquer profissional da educação formal buscar a democratização de um conhecimento que esteja em constante construção.

Ao analisar o ensino profissionalizante e sua relação com os ideários da Reforma Psiquiátrica, espera-se ter contribuído para o alcance das necessidades acima levantadas e, principalmente, ter ajudado a refletir sobre o trabalho do educador e do papel mediador da educação escolar na formação do indivíduo entre a esfera da vida cotidiana e as esferas da não cotidianidade dessa prática social.

REFERÊNCIAS

1. Rotelli F. Desinstitucionalização. São Paulo (SP): Hucitec; 1990.
2. Kirschbaum DIR, Oliveira ACSF. Formação e dificuldades profissionais de auxiliares de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica. Rev Paul Enferm. 2001 jan/abr; 20 (1):13-21.
3. Rocha RM. Enfermagem psiquiátrica:que papel é esse? Rio de Janeiro (RJ): Te Cora; 1994.
4. Braga VA. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará e a reforma psiquiátrica: avanços e recuos. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1998.
5. Kantorski LP, Silva GB. Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica. Pelotas(RS): Universitário/UFPel; 2001.
6. Harnecker M. Os conceitos elementares do materialismo histórico. 2ª. ed. São Paulo (SP): Global; 1983.
7. Heller A. Sociologia de la vida cotidiana. 2ª. ed. Barcelona: Península; 1987.
8. Heller A. O cotidiano e a história. 2ª. ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1972.
9. Gramsci A. Concepção dialética da História. 4ª. ed. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira; 1981.
10. Gramsci A. Os intelectuais e a organização da cultura. 3ª. ed. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira; 1979.
11. Bottomore T. Dicionário do pensamento marxista. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; 2001.
12. Konder L. O que é dialética. 28ª. ed. São Paulo (SP): Brasiliense; 2003.
13. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo (SP): Atlas; 1990.
14. Cheptulin A. A dialética materialista: categorias e leis da dialética. São Paulo (SP): Alfa-Omega; 1982.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª. ed. São Paulo (SP)-Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-ABRASCO; 1993.
16. Basso IS. Significado e sentido do trabalho docente. Cad Cedes. 1998; (44):19-32.
17. Basaglia F. Scritti II (1968-1980): Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino (IT): Einaudi; 1982.
18. Barros DD. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: Amarante P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 1994. p. 171-94.

Data de submissão: 3/3/2009

Data de aprovação: 21/9/2009

A CAPACITAÇÃO DA EQUIPE QUE ATUA NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: NECESSIDADE E IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES

QUALIFICATION OF A MOBILE PRE-HOSPITAL CARE TEAM: THE NEED AND THE IMPORTANCE OF A CONTINUOUS EDUCATION IN THE PROFESSIONALS' POINT OF VIEW

CAPACITACIÓN DEL EQUIPO QUE ACTÚA EN LA ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA MÓVIL: NECESIDAD E IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN PERMANENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS TRABAJADORES

Eveline do Amor Divino¹
Queli Lisiane Castro Pereira²
Hedi Crecencia Heckler de Siqueira³

RESUMO

O atendimento pré-hospitalar móvel representa o primeiro passo para uma rápida e mais eficiente assistência ao cliente que se encontra em situação de urgência/emergência. Com este trabalho, objetiva-se apreender a necessidade e a importância da capacitação da equipe de atendimento pré-hospitalar móvel da área da saúde, que atua no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande-RS, na perspectiva dos trabalhadores. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo seis sujeitos de três instituições que compartilham o atendimento pré-hospitalar móvel nessa cidade. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise temática. A capacitação prévia foi considerada necessária para que o profissional se sentisse seguro, apto para prestar o socorro e conseguisse salvaguardar-se da imperícia dos seus atos que pudessem prejudicar o restabelecimento e potencializar os agravos às vítimas. A maioria dos sujeitos apontou que os aspectos teóricos e práticos da capacitação, atentando para os detalhes das simulações e das experiências vividas, são imprescindíveis e devem ser atualizados de forma constante. A parte prática foi assinalada como indispensável porque habilita o trabalhador para enfrentar com coerência, rapidez e segurança a diversidade de situações de trauma.

Palavras-chave: Equipe de Busca e Resgate; Equipe de Assistência ao Paciente; Enfermagem em Emergência; Educação em Enfermagem; Condições de Trabalho.

ABSTRACT

The mobile pre-hospital care represents the first step for a quick and efficient assistance to urgency/emergency patients. This study aims to understand the need and the importance of having a qualified team at the mobile pre-hospital care in the city of Rio Grande/RS, from the professionals' point of view. It is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach. Six professionals from three different mobile pre-hospital services participated in the study. Data were collected using a semi-structured interview and analysis was performed with the thematic analysis technique. A previous qualification was considered necessary so the professional felt able to provide adequate care and could avoid malpractices. Most of the professionals noted that both theoretical and practical aspects of the qualification are essential. They also pointed that the simulations and the experiences should be constantly updated. The practical part was considered imperative since it qualifies the professional to act with coherence, rapidity and safety in trauma situations.

Key words: Rescue Personnel; Patient Care Team; Emergency Nursing; Education Nursing; Working Conditions.

RESUMEN

La atención pre hospitalaria móvil representa el primer paso para una asistencia rápida y más eficiente al cliente que se encuentra en situación de urgencia/emergencia. El presente trabajo busca captar la necesidad y la importancia de la capacitación del equipo de atención pre-hospitalaria móvil del área de la salud, que socorre a las víctimas de trauma en la ciudad del Río Grande/RS, desde la perspectiva de los trabajadores. Se trata de una investigación exploratoria descriptiva con enfoque cualitativo. Participaron del estudio seis sujetos de tres instituciones que comparten la APH móvil de la ciudad. La recogida de datos fue realizada a través de entrevistas semiestructuradas. Los datos fueron analizados con la técnica de análisis temático. La capacitación previa fue considerada necesaria para que el profesional se sienta seguro y apto para prestar socorro y consiga salvaguardarse de la impericia de sus actos que podrían perjudicar el restablecimiento y potenciar los agravios a las víctimas. La mayoría de los sujetos apunta que los aspectos teóricos y prácticos de la capacitación y hacen hincapié en los detalles de los simulacros y experiencias vividas, considerándolos imprescindibles y que deben ser actualizados de forma constante. La parte práctica fue señalada como indispensable porque habilita al trabajador para enfrentar con coherencia, rapidez y seguridad la diversidad de situaciones de un trauma.

Palabras clave: Personal de Rescate; Grupo de Atención al Paciente; Enfermería de Urgencia; Educación en Enfermería; Condiciones de Trabajo.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro Pesquisador do Grupo de estudo e pesquisa Gerenciamento Ecosistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). Professora assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). E-mail: evelinedad@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela FURG. Membro Pesquisador do GEES. Docente do Curso de Enfermagem da Sociedade Lageana de Ensino (FACVEST). E-mail: quelilisiane@terra.com.br.

³ Enfermeira e Administradora Hospitalar. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Curso de Mestrado da FURG. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Anhanguera/Pelotas. Líder do grupo de estudo e pesquisa GEES. E-mail: hedihs@terra.com.br.

Endereço para correspondência - Eveline do Amor Divino: Rua Dr. Eurícles Mota, 130, Bloco A5, apto. 23, Jardim Guanabara, Cuiabá-MT. CEP: 78010-715.

INTRODUÇÃO

Com a finalidade de atender à mudança no perfil epidemiológico no que se refere à morbimortalidade por causas externas, tem-se buscado implantar políticas públicas com vista à redução dos índices de homicídios e acidentes de trânsito. Essas mudanças, infelizmente, não se mostraram tão resolutivas, tornando-se necessário estabelecer políticas de saúde, para o melhor atendimento às vítimas. Ou seja, adequar os serviços de saúde, principalmente, com vista ao atendimento pré-hospitalar (APH) e de emergência:

Ainda que na fase pré-hospitalar não se reverta um quadro extremamente grave, a rapidez de chegada à cena e ao hospital, bem como as intervenções iniciais apropriadas, previne o agravamento do quadro e o surgimento de novas lesões, melhora condições para alguns casos e até atrasa resultados fatais, dando à vítima a chance de chegar ao tratamento definitivo e se beneficiar dele.^{1:589}

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), no intuito de reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de atendimento precoce, editou, em 2002, a Portaria nº 2.048/GM, tendo como anexo o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.²

Em 2003, o MS regulamentou a implantação da política nacional de atenção integral às urgências por meio do Serviço de Assistência Pré-Hospitalar Móvel de Urgência – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/192 (SAMU/192). Entre suas ações está o resgate e o transporte de feridos, dispondo de pessoal qualificado, material, equipamento e viaturas equipadas para o primeiro atendimento de vítimas em situações de urgência e emergência. O SAMU 192 é um dos principais, mas não o único, dos componentes dessa política, cuja proposta consiste em organizar os fluxos de entrada e saída dos pacientes no SUS pelo eixo das urgências.

O Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH móvel) organizado e hierarquizado, ao atender os princípios da integralidade, equidade e universalidade de acesso, representa o primeiro passo para uma rápida e mais eficiente assistência ao cliente que se encontra em situação de urgência/emergência. Além disso, é prioritária a capacitação dos profissionais para atuar nesse primeiro atendimento, permitindo manter as condições vitais da vítima até a chegada no hospital de referência e garantir a continuidade da assistência, evitando, assim, a ocorrência do segundo trauma, isto é, não ocasionar novas lesões ou agravar as já existentes.³

Segundo a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública,⁴ a interferência dos atendimentos de emergência na

morbimortalidade vem sendo comprovada nos hospitais, notando-se acentuada redução dos índices de morte e invalidez nos pacientes que receberam adequadamente os primeiros socorros. O benefício às vítimas tem a possibilidade de aumentar à medida que a assistência é prestada o mais precocemente possível e de forma eficaz por profissionais devidamente capacitados e qualificados.

Nesse sentido, considera-se a vítima de trauma, prioritariamente, pela potencialidade evolutiva da gravidade fisiopatológica provocada pelas lesões que podem levar à deterioração das funções vitais em um curto período. Assim, o tempo é essencial no APH, principalmente o decorrido entre o trauma e o atendimento, por estar relacionado ao prognóstico do paciente. “As mortes mediatas ou precoces ocorrem em minutos a algumas horas após o acidente”.^{5:7} Em decorrência desse fato, justificam-se ações que promovam a otimização do atendimento valorando a *golden hour* ou “Hora de Ouro” do traumatizado. Esse momento inicial é assim denominado por abranger o período que compreende minutos a algumas horas após o acidente e na qual o índice de mortalidade representa 30% dos óbitos por trauma. Nesse caso, definido pelo quadro clínico, as vítimas são denominadas *potencialmente* salváveis,⁵ desde que beneficiadas por um sistema de APH que atue de maneira rápida e eficaz.

Aos profissionais que atuam no APH fixo ou móvel faz-se necessário um curso de capacitação/habilitação para entrarem no serviço, sendo primordial prosseguir com a educação permanente, pois os recursos humanos desse setor são fundamentais para um atendimento de qualidade e segurança, determinante para o fim que lhe é proposto. Nesse sentido, a Portaria nº 198 instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.⁶ Além disso, o Capítulo VII do anexo da Portaria nº 2.048 aborda os Núcleos de Educação em Urgências (NEUs).²

É preciso apontar que a falta de formação profissional e a ausência da educação continuada dos trabalhadores das urgências resultam no comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor.² Os NEUs possuem como objetivos capacitar, certificar e recertificar os currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências. Atualmente, ainda existe escassez de docentes capazes de desenvolver um enfoque efetivamente problematizador na formação profissional de trabalhadores para o APH móvel,² havendo necessidade de preparar instrutores e multiplicadores com certificação e capacitação pedagógica para atender à demanda existente.

A capacitação é o processo de desenvolver qualidades nos recursos humanos para habilitá-los a ser mais produtivos e contribuir para o alcance dos objetivos organizacionais.⁷ Tem o propósito de aumentar a produtividade dos indivíduos em seus cargos, influenciando no comportamento deles, “a fim de

produzir uma mudança relativamente permanente em um indivíduo e melhorar sua capacidade de desempenhar um cargo.^{7:339}

O interesse em desenvolver este estudo surgiu da prática assistencial de enfermagem a clientes críticos vítimas de acidentes que, muitas vezes, ao chegarem ao pronto-socorro não haviam recebido o atendimento pré-hospitalar, conforme determina a Portaria nº 2.048/02 e sua Regulamentação em 2003, que estabelecem as ações para o resgate e transporte de feridos dispondo de pessoal qualificado. Sabe-se que o profissional que presta o primeiro atendimento à vítima em situações de acidentes ou mal súbito no local da ocorrência, pode estar bem capacitado ou não, contribuindo, muitas vezes, para o agravamento do quadro clínico da vítima ou colaborando positivamente na prevenção de sequelas das pessoas acometidas pelo trauma.

Assim, emergiu a questão norteadora: *Na perspectiva dos trabalhadores, qual a necessidade e a importância da capacitação da equipe de APH móvel, da área da saúde, que atua no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande-RS?*

A preocupação a respeito da capacitação da equipe de APH móvel teve como destaque conhecer a importância que esse serviço atribui à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Dessa forma, objetivou-se apreender a necessidade e a importância da capacitação da equipe de APH móvel, da área da saúde que atua no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande-RS, na perspectiva dos trabalhadores.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, realizada na cidade do Rio Grande-RS, a qual se ateve ao estudo do APH móvel às vítimas de trauma realizado pela Secretaria de Saúde do Município, pela Polícia Rodoviária Estadual e pelo Serviço Médico e Resgate da Empresa Concessionária de Rodovias do Sul S/A (SMR/ECOSUL).

Considerou-se como critério de escolha das empresas prestadoras do serviço a representatividade das esferas governamentais, sendo a Secretaria de Saúde representante do município; a Polícia Rodoviária Estadual, do Estado; e a ECOSUL, concessionária de uma rodovia federal que, apesar de ser uma empresa privada, submete-se às leis federais em concordância com a Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT).

Foram visitadas as três instituições/serviços para estabelecer um contato anterior à coleta de dados. As solicitações de autorização foram enviadas à Secretária Municipal de Saúde, à Enfermeira Coordenadora do Serviço de Enfermagem do município, ao responsável pelo Setor de Viaturas municipais, ao primeiro-sargento, comandante do Grupamento Rodoviário da Cidade do Rio Grande, e ao coordenador da Área de Resgate da ECOSUL.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área de Saúde (CEPAS) da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e aprovado sob o parecer nº 11/2007.

No intuito de assegurar o anonimato das três instituições/serviços que participaram do estudo e facilitar a citação delas na análise e interpretação dos dados, elas foram identificadas com nome de pedras preciosas: Diamante, Topázio e Esmeralda. De cada uma das três instituições/serviços estudadas foram selecionados dois trabalhadores, por meio de um sorteio, aos quais foram atribuídos pseudônimos correspondentes a cores, em razão dos princípios éticos pertinentes à preservação da identidade em respeitando o anonimato deles. Dessa forma, à instituição Diamante correspondem às cores verde e vermelha; à Topázio, azul e preto; e à Esmeralda, amarelo e rosa.

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro, por meio de entrevista semiestruturada, após ter sido feito um teste piloto com o roteiro da entrevista.

Solicitou-se aos seis sujeitos do estudo que lessem e assinassem em duas vias o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com a Resolução nº 196/96. Os dados coletados, após leitura e (re)leitura, foram analisados qualitativamente de acordo com a análise temática, seguindo os passos de Minayo.⁸

Apresentação e discussão dos dados

Com base nas falas dos sujeitos entrevistados e da análise e discussão dos dados, foi possível apreender, na perspectiva dos trabalhadores, a necessidade e a importância da capacitação da equipe de APH móvel, da área da saúde que atua no socorro às vítimas de trauma na cidade do Rio Grande-RS.

Antes de iniciar o trabalho no APH, o ideal é que haja uma preparação específica do trabalhador em relação ao atendimento inicial à vítima, uma vez que a segurança que o profissional prestador desse atendimento adquire está diretamente relacionada com o aprendizado. Nesse sentido, a capacitação prévia se mostra como um ponto-chave/norteador para o desenvolvimento das habilidades e competências exigidas ao profissional que atua neste serviço.

Ainda que tenha formação profissional básica voltada para a área da saúde, a otimização do atendimento depende da aquisição e do desenvolvimento de determinadas habilidades, de destreza manual, de técnicas de realização de procedimentos, mas, sobretudo, de uma preparação para o cenário que irá encontrar e para as dificuldades prováveis que surgirão. Simulações de situações são indispensáveis para que o profissional tenha uma noção mais clara daquilo com o que vai deparar e estar preparado técnica, física e psicologicamente para enfrentar as adversidades do cenário do seu cotidiano.

Os profissionais devem saber que as situações que vão enfrentar são diferenciadas, individualizadas, peculiares

e que cada cena presenciada poderá provocar diversos efeitos psicológicos. Daí a importância de prepará-lo apresentando o que poderão encontrar e municiá-los de suporte psicológico para minimizar os efeitos nocivos que possam ser desencadeados pelo tipo de atendimento a ser prestado. Esse preparo poderá beneficiar não apenas o desempenho das funções em relação à vítima, mas, também, aumentar a qualidade de vida do próprio profissional da saúde que trabalha no APH móvel.

Ainda que a capacitação prévia seja considerada fundamental para os profissionais que atuam no APH móvel, constatou-se que apenas duas das três instituições/serviços pesquisadas dispõem desse tipo de preparo – a Topázio e a Esmeralda – como evidenciado nas falas dos sujeitos ao serem questionados sobre a existência de capacitação prévia para a equipe que realiza o APH móvel:

Tem a parte teórica e tem a prática, né? Tivemos prova teórica e prática. (Azul)

Aquela que eu fiz foi no CEIB em Porto Alegre, nos Bombeiros, foi em dois meses que eu fiquei lá. Era feita a parte teórica pela manhã, das 8 da manhã às 11h30; à tarde, das 13h30 às 17h30; e no turno da noite, das 20 horas às 22 horas. Na noite, era a parte prática. Eles pegavam cada aluno que estava no curso e colocavam numa ambulância do hospital do HPS e um no resgate do próprio CEIB, os anjos do asfalto. Segunda à sexta. Dois meses. (Preto)

Todos temos PHATLS, alguns têm ATLS e fora o treinamento que nós fizemos [...], ou ter ou estar fazendo, já tem que ter uma prática. Até porque quem não tem [o curso] também não se anima a fazer [o atendimento]. Eles patrocinam um terço do PH; nos auxiliam. (Rosa)

Na última fala, quando o sujeito afirma que quem não tem esse preparo não se anima a fazer o atendimento, fica clara a necessidade deste para o desempenho satisfatório no socorro às vítimas de trauma. Evidencia-se, claramente, a segurança que o profissional adquire quando participa da capacitação prévia. Educar significa exteriorizar as latências e o talento criador da pessoa; portanto, todo modelo de formação, capacitação, desenvolvimento “deve assegurar ao ser humano a oportunidade de ser aquilo que pode ser a partir de suas próprias potencialidades, sejam elas inatas ou adquiridas”.^{7:334}

Assim, em um programa de capacitação devem ser considerados os meios e as estratégias de aprendizado que permitem a exteriorização das capacidades latentes de produzir, construir e intensificar as potencialidades, dando ao trabalhador do APH a oportunidade de desenvolver as próprias capacidades. Nesse sentido, o programa de capacitação deve buscar orientar e informar os profissionais para o desenvolvimento não somente em relação ao aprendizado de habilidades e destrezas para a eficiência nas tarefas que realizam, mas, sobretudo, “fornecer-lhes a formação básica para que

aprendam novas atitudes, soluções, ideias, conceitos e que modifiquem seus hábitos e comportamentos e se tornem mais eficazes naquilo que fazem”.^{7:334}

Sabe-se que os profissionais que atuam no APH móvel, oriundos da área da saúde, têm a formação orientada para as ações em saúde, com conteúdos e competências específicas para o exercício profissional. No entanto, nos currículos dos cursos técnicos e de graduação, o que se tem hoje, em relação ao atendimento às urgências, evidencia a necessidade de estabelecer competências para a capacitação e habilitação para esse tipo de atendimento com vista a reforçar e aperfeiçoar os conhecimentos nessa área.²

Evidencia-se nas falas dos profissionais da instituição Topázio (Azul e Preto) e da Esmeralda (Rosa) a disponibilização da capacitação prévia pelas respectivas instituições/serviços. Enfatizam a abordagem que contempla os aspectos teóricos e práticos da capacitação, atentando para os detalhes das simulações e da experiência de vivenciar a prática do APH móvel antes de atuar como profissionais efetivos da instituição/serviço em que trabalham. Os trabalhadores da instituição/serviço Esmeralda (Rosa) destacam, ainda, o incentivo que recebem para a qualificação profissional, tanto no que se refere aos aspectos financeiros, auxiliando no pagamento, quanto aos burocráticos, mediante a dispensa desses profissionais para a realização do curso, além da valorização dos que a realizam e, consequentemente, do atendimento que prestam no APH móvel.

A instituição Diamante (Vermelho) não fornece capacitação prévia aos profissionais que trabalham no APH móvel, resultando no fato de o profissional procurar por si mesmo uma forma de se capacitar para prestar o atendimento:

A gente não teve nenhum curso de [...] no caso inicialização ao tipo de serviço. Dado pela instituição não; eu até tenho, mas porque eu fiz procurei com minhas próprias posses. Como se diz, fui atrás, corri, dei um jeito de fazer curso. (Vermelho)

Essa fala demonstra a importância que a capacitação prévia representa para que o profissional se sinta com segurança, apto para prestar o socorro e salvaguardar-se da imperícia dos seus atos que poderiam prejudicar o restabelecimento e potencializar os agravos às vítimas.

Esse destaque leva a questionar a respeito dos profissionais que já atuam no APH móvel e que não possuem capacitação prévia, mas que necessitam receber qualificação formal obrigatória e com renovação periódica para o exercício profissional e a habilitação para intervenção nas urgências. Essa situação leva a refletir sobre a escassez de docentes, instrutores e multiplicadores com certificação e capacitação pedagógica, habilitados para desenvolver um enfoque efetivamente problematizador na educação para a capacitação de profissionais para o APH móvel, a fim de atender à demanda existente.

Ressalte-se que existem os NEUs,² com o propósito de garantir a capacitação periódica dos profissionais que atuam nas urgências, integrando os setores que formam esses profissionais aos que prestam o atendimento – público ou privado – e aos gestores estaduais e municipais que estão envolvidos com os serviços de urgência. Isso tem como finalidade integrar e articular os saberes, formando e qualificando profissionais com conhecimentos homogêneos, a fim de minimizar os conflitos de ideias, técnicas e procedimentos entre as diferentes instituições/serviços que trabalham nas urgências. Portanto, é indicado que as instituições prestadoras de APH móvel se façam valer dos NEUs para a formação e educação permanente dos seus trabalhadores.

Nesse enfoque, é preciso buscar uma definição das políticas e projetos de formação dos profissionais para que possam adquirir as capacidades necessárias ao desenvolvimento de um trabalho com consciência crítica, competência e dignidade.⁹ “Sem abandonar a formação tecnológica, temos que vislumbrar a formação sociofilosófica e humanística como sustentação da identidade profissional”.^{9:55} Não se pode esquecer de considerar os aspectos teóricos do pensar sobre o agir, saber o porquê do que se está fazendo para que as ações não se resumam em automatização repetitiva, sem reflexão, questionamento e entendimento.¹⁰ Compreender o porquê das ações realizadas no APH móvel é de grande relevância na tomada de decisões rápidas e eficazes, uma vez que potencializa um número maior de vítimas salváveis, justificando as ações promotoras de otimização do atendimento na *Golden Hour*.

A EPS vem para auxiliar na produção de uma mudança relativamente constante em um indivíduo e melhorar sua capacidade de desempenho, envolvendo “mudança de habilidades, atitudes ou comportamentos”.^{7:339} Isso significa aprimorar o que conhecem, adequar a forma e as atitudes perante o seu trabalho e desenvolver a interação com os colegas e as vítimas. Portanto, a EPS é uma abordagem mais ampla que não visa somente ao técnico-científico, mas ao ser humano inter-relacionado ao seu trabalho, capaz de analisar, avaliar, como o realiza e, mediante essa análise, construir melhorias e, assim, qualificar o seu fazer por meio do trabalho.

Para a prestação de um APH de qualidade, é de grande relevância a EPS, que pode, por intermédio dos NEUs, qualificar o profissional. A qualificação para o APH móvel, utilizando as vivências e dúvidas surgidas no fazer cotidiano para que este seja repensado, visa a um atendimento rápido, eficaz e seguro. Assim, auxilia a identificar, analisar e repensar as ações individuais e coletivas do trabalho realizado e encontrar, com base nas experiências vividas no cotidiano, as soluções mais pertinentes para as dificuldades que venham a surgir.

As demandas de capacitação não se definem a partir de listas individuais de atualização e orientações de nível central, mas de problemas que acontecem no dia a dia do trabalho, considerando a necessidade

de prestar serviços relevantes e de qualidade. Como? Problematisando o processo e a qualidade do trabalho em cada serviço de saúde, identificando necessidades.¹¹

Para os profissionais das três instituições/serviços pesquisados, a qualificação é uma questão bastante relevante, mas mais enfatizada pelos profissionais da Diamante, talvez, por não disporem de um programa de educação permanente. Na Topázio, também não disponibilizam esse tipo de aperfeiçoamento, mas os profissionais citam a importância e a necessidade de tê-lo. A Esmeralda é a única que dispõe de um programa de educação permanente, no qual há uma grande preocupação com a manutenção do saber, com a atualização das informações.

Portanto, aparece nas falas dos profissionais da instituição/serviço Diamante (Vermelho, Verde) que a educação é um ponto fundamental para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade:

A reciclagem, que é muito importante por sinal, não tem. [...] Uma coisa que a gente já não faz toda hora e não tem uma reciclagem fica complicado, né? [...] O serviço vai desgastando [...]. Eu acho que é muito necessária essa reciclagem. Uma coisa que a gente já não tem. Quanto mais a reciclagem feito meio a martelo! (Vermelho)

Tem que ter esse curso de reciclagem [...]. Esse pessoal não é treinado pra isso, nós somos treinados na marra [...]. É pelo que sabemos [...]. A gente põe na prática [...]. Lidamos com vida! (Verde)

Os trabalhadores dessa instituição imputam uma grande importância à educação permanente, ressaltando o valor que atribuem ao objeto de sua atividade: a vida. Qualificar-se parece ser mais um estímulo para desempenhar suas funções, além do que ela se mostra necessária para um atendimento de qualidade. Por meio do programa de EPS, a instituição/serviço transmite aos trabalhadores a importância que seu trabalho tem e para que este seja realizado com sucesso.

Conforme citado, das três instituições/serviços do estudo, somente a Esmeralda (Amarelo, Rosa) dispõe de educação permanente. Ao questionar como é realizada a capacitação prévia, foi possível detectar que nessa instituição/serviço é mais enfatizado o aperfeiçoamento com simulações em locais de difícil acesso e provas teóricas para testar os conhecimentos dos profissionais, como aparece nas falas a seguir:

Sempre, sempre. Agora a gente tem um curso [...] de urgência e emergência, só não sei o nome do curso que a gente vai ter agora. Seguido a gente tem. Eles vêm fazer o treinamento, e agora vai ter esse curso lá [...], Temos prova também. (Amarelo)

Fizemos tudo, fizemos prova inclusive, regularmente [...]. Curso prático, principalmente prático, a gente faz. É todo mundo junto. Pega parêlho. (Rosa)

Ratifica-se a necessidade da participação nas simulações, quando testam habilidade, destreza, rapidez e conseguem dispor de um aperfeiçoamento para atualizar seus conhecimentos. Conforme observação realizada, essa qualificação é constituída da parte teórica, com aulas expositivo-dialogadas e testes de conhecimento específico, mediante a resolução de questões-problemas (casos clínicos), e da parte prática com simulações de resgates em cenários diversificados. Na fala que se segue, o sujeito descreve esse tipo de capacitação:

Um teste de resistência! É retirada de vítimas, múltiplas vítimas. Retirada de vítimas que estivessem encarceradas dentro do carro, é cortando o carro com Lukas [...] Simula-se um acidente, várias situações: retirada pela porta, pelo vidro traseiro, no meio dos bancos, debaixo de carro, no meio do banhado, um monte, assim, pra subir com vítimas os barrancos, simulações que a gente faz [...] mais palestras e, depois [...], a gente passa a noite inteira nas simulações. A enfermeira começa a conversar com a gente, dá aulas práticas; ela tem uma boneca que ali ela explica, ela faz, ela ensina, dá aulas pra gente, em seguida ela vem pra cá, pra base e dá aulas pra gente de reanimação. Essa semana mesmo ela trouxe [...] e a gente tá sempre atualizado sabe [...], faz provinha [...]. (Amarelo)

Destaca-se, nessa fala do trabalhador da Esmeralda, a grande ênfase à parte prática da capacitação. Como relatado, tanto a capacitação prévia quanto a EPS são um verdadeiro teste de resistência, além de requer que o profissional ponha em prática o que aprendeu na teoria. Entretanto, não é apenas um teste de resistência física, mas também psicológica, que inclui agilidade, rapidez, segurança na execução dos procedimentos, espírito de equipe, liderança, autonomia. A capacitação profissional no APH põe à prova o limiar do cansaço, da dor e da pressão psicológica.

Inicialmente, essa etapa pode parecer árdua ao extremo, incômoda e desnecessária ao olhar externo e até mesmo aos próprios profissionais que dela participam. No entanto, quando se está inserido no contexto do trabalho ou se vivenciou uma situação que comprovou ser imprescindível essa atividade, constata-se a importância e a "imperatividade" da sua realização. A fala a seguir refere-se essa situação imperativa:

Um dia nós vínhamos da oficina [capacitação] e aconteceu. Um ônibus bateu atrás de um caminhão carregado de pedra e capotou lá no trevo de Capão do Leão [...] e aí eram múltiplas vítimas, aquilo que a gente sempre treinou e que a gente não imaginava; 34 feridos e a gente pegou todos. Era um ônibus de estudante. Quer dizer, então, que aquela simulação, essas coisas que a gente faz, que as vezes a gente pensa, ah bobagem! Se matando aí fazendo [...], mas é uma coisa que estamos treinando, [porque] amanhã ou depois pode acontecer. (Amarelo)

É possível compreender, com essa fala, a valorização das simulações realizadas. O profissional atribui a capacitação que teve, a segurança e o sucesso do atendimento a essa situação emergencial. Na ocasião do desenvolvimento das atividades práticas, os profissionais foram testados e

testaram a si próprios, seus limites. Exercitaram a manutenção do equilíbrio emocional diante das situações de maior risco e periculosidade, preparando-se para atuar nos cenários do APH móvel e diante de condições variadas, surpreendentes, inéditas ou até mesmo corriqueiras. Por terem sido submetidos com frequência a tais situações de simulação da realidade não quer dizer que estavam imunes, pois são seres humanos e estão expostos à imprevisibilidade das ocorrências, no entanto considera-se que são profissionais mais aptos para realizar um atendimento nessas circunstâncias.

As práticas e os conhecimentos apresentados previamente são capazes de fornecer uma base sólida necessária para avaliar e gerenciar a maioria das emergências encontradas pelo profissional no ambiente pré-hospitalar. Esses conhecimentos requerem estudo, prática e repetição. O indivíduo, ao tornar-se um profissional de emergência, assume a responsabilidade pela vida do cliente, com a qual ele concorda em gerenciar e cuidar. Nessa profissão, em situações críticas, típicas e atípicas, são necessárias decisões rápidas, imediatas e seguras baseadas em conhecimentos e avaliações precisas.

É importante enfatizar que os profissionais que atuam na área da emergência não têm a oportunidade de voltar ao manual de estudos para determinar o adequado tratamento do paciente após chegarem ao local e antes de atendê-lo. Os conhecimentos e as habilidades precisam estar ativados de forma constante porque a ação a ser desenvolvida necessita de precisão, rapidez e habilidade na execução. Por isso a continuidade dos estudos é indispensável. É necessário que o profissional mantenha atualizados os conhecimentos e as aptidões para gerenciar e prestar o cuidado ao cliente.

Assim, são pontos relevantes, além da forma como é realizada a capacitação prévia e a EPS, os temas e os conteúdos abordados, as habilidades e cargas horárias, bem como os métodos utilizados para o seu desenvolvimento. A parte teórica não pode deixar de ser complementada pela parte prática, uma vez que é muito valorizada e referida como um ponto fundamental pelos profissionais, conforme as falas a seguir:

Tudo o que você fizer várias vezes começa a pegar com mais facilidade, né? (Vermelho)

É uma coisa que a gente tá treinando, que amanhã ou depois pode acontecer [...] quanto mais prática, mais rapidez [...]. A gente já tem a prática, então, pra nós não tem dificuldade. (Amarelo)

Os participantes, ao serem questionados sobre os cinco pontos mais importantes que podem ser destacados na capacitação prévia e na EPS, não conseguiram identificá-los, por considerarem tudo muito importante para o desempenho durante um atendimento. Porém, foi muito enfatizada a necessidade da parte prática para a atuação sistemática com rapidez e segurança:

Tem muitas coisas importantes; todas elas são. É mostrar e a gente participar pra ver. Porque a gente aprende realmente é praticando. Às vezes, a gente tem a teórica,

mas não tem a prática, e o mais importante é ter a prática. (Amarelo)

Noções de segurança, noções importantíssimas de emergência, mas o mais importante é a prática, com certeza. (Rosa)

Basicamente assim, em primeiro lugar a segurança da equipe. Aí entra a sinalização do local, entra a utilização das luvas de procedimento, máscara, todo o equipamento, o melhor que tiver. Quanto mais você te proteger, melhor: óculos, etc. Porque, hoje em dia, essas doenças aí e tal [...] e o próprio sangue transmite! É isso aí a imobilização, a contenção de hemorragias. [...]. A teoria é claro que ela é importante, mas a essência eu diria que é a prática. A própria experiência na estrada vai pegando. Cada acidente é um acidente, então a gente vai pegando, vai adquirindo essa experiência cada vez mais [...]. É a destreza. (Azul)

Assim, constata-se a importância da prática destacada pelos profissionais como ponto fundamental e imprescindível na capacitação prévia e na EPS para o aprendizado. A realização da capacitação prévia e da educação permanente não tem dia e horário fixos, pois elas são feitas conforme a disponibilidade do coordenador do serviço e da enfermeira responsável técnica, que são os que ministram as capacitações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se, nesta pesquisa, que a segurança que o profissional adquire mediante a capacitação prévia oportuniza-lhe o preparo necessário para desempenhar de forma satisfatória o socorro às vítimas de trauma. O programa de capacitação deve selecionar os meios de aprendizado que permitam o desenvolvimento e a exteriorização das capacidades latentes do trabalhador a

fim de modificar, construir e produzir o conhecimento necessário para prestar o socorro. Nesse sentido, ao buscar orientar e informar os profissionais para o desenvolvimento do aprendizado de habilidades e destrezas para eficiência nas tarefas que realizam, o programa precisa nortear a atenção ao próprio trabalhador, fornecendo-lhe o suporte psicológico necessário para enfrentar as adversidades desse tipo de trabalho, bem como o conhecimento e a exercitação das habilidades e capacidades para atender com precisão e rapidez o cliente.

As instituições/serviços devem incentivar e promover a capacitação e o aperfeiçoamento para que os profissionais que nele atuam se sintam seguros ao realizar o APH móvel e estejam bem preparados para a solução dos problemas que se apresentarem. Portanto, é essencial a capacitação prévia e o incentivo à participação em programas de EPS ao profissional da saúde que vai atuar na equipe de APH móvel.

O conhecimento, a habilidade e a competência do profissional da área da saúde podem contribuir beneficentemente e trazer mais segurança tanto para os trabalhadores que exercem atendimento às vítimas de trauma como para as próprias vítimas. Por isso, esses serviços deveriam contar com uma equipe multiprofissional da saúde trabalhando de forma integrativa.

Existe uma grande complexidade tanto no tipo de ação que deve ser desenvolvida pelos trabalhadores do APH como em relação aos aspectos múltiplos e atípicos que envolvem a própria equipe que presta o cuidado, uma vez que nenhum profissional da saúde é capaz de solucionar, por si só, tais aspectos. Entretanto, unindo vários saberes numa equipe multiprofissional, a solução pode apresentar-se com maior rapidez e de maneira mais acertada.

REFERÊNCIAS

1. Malvestio MAA, Sousa RMC. Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. Rev Saúde Pública. 2002 out; 36(5):584-9.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Portaria nº 2.048/GM de 5 de novembro de 2002. Diário Oficial da União. Seção 1. Ano CXXXIX. Nº219. Brasília – DF: Imprensa Nacional, terça-feira, 12 de novembro de 2002b. p. 32-54.
3. Dr Gate. Rio de Janeiro: Manual de primeiros socorros; 2003. [Citado 2003 nov 28]. Disponível em: http://www.drgate.com.br/almanaque/1socorros/primeiros_socorros.htm.
4. Escola Bahiana de medicina e saúde pública – EBMSP. Salvador: Introdução a primeiros socorros; 2002. [Citado 2004 maio 20]. Disponível em: <http://www.fundeci.com.br/ps/>
5. Pavelqueires S. Manobras avançadas de suporte ao trauma e emergências clínicas. Módulo de Emergências Cardiovasculares. 5ª. ed. Pernambuco: Hucitec; 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. Diário Oficial da União. Seção 1. Ano CXLI, nº 32. Brasília: Imprensa Nacional, segunda-feira, 16 de fevereiro de 2004c. p.37-41.
7. Chiavenato I. Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
8. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
9. Leopardi MT, organizador. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros; 1999. 176p
10. Freire P. Ação cultural para a liberdade. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.
11. Dellatorre MC. Núcleos de educação em urgências. Rio de Janeiro: Seminário da política nacional de atenção integral às urgências; 2003. [Citado 2004 maio 3]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/samu/ps/index_ps.htm.

Data de submissão: 24/6/2008

Data de aprovação: 21/10/2009

INSTRUMENTO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS*

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT FOR THE SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE PROVIDED TO HOSPITALIZED ADOLESCENTS

INSTRUMENTO DE SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS

Daniela Karina Antão Marques¹
Maria Mirian Lima da Nóbrega²

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa metodológica realizada na Clínica Pediátrica de um hospital escola, na cidade de João Pessoa-PB, com o objetivo de construir e validar um instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem para adolescentes hospitalizados. O estudo foi realizado em três fases: 1) identificação dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas em adolescentes hospitalizados; 2) desenvolvimento das afirmativas de diagnósticos e resultados e de intervenções de enfermagem; 3) formatação e validação do instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, contendo todas as fases do processo de enfermagem. A revisão da literatura para identificar as necessidades dos adolescentes resultou na obtenção de indicadores específicos para adolescentes, os quais foram validados por enfermeiras assistenciais e docentes. Com base nesses indicadores, foram desenvolvidas afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem utilizando a CIPE[®], que foram posteriormente utilizadas na construção do instrumento para ser validado. Após essa validação, foi elaborada a versão final do instrumento, considerando sua relevância para a prática assistencial. Espera-se que a construção deste instrumento seja um avanço na implementação da SAE, facilitando a comunicação e o registro da assistência de enfermagem, tornando-a mais efetiva e visível para a clientela e para os outros profissionais da equipe de saúde do hospital.

Palavras-chave: Enfermagem; Adolescente; Processos de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem.

ABSTRACT

This methodological research was carried out in the pediatric clinics of a hospital school in the city of João Pessoa, PB. It aims to elaborate and validate an instrument for the Systematization of Nursing Assistance (SNA) provided to hospitalized adolescents. The study was performed in three steps: 1) identification of empiric indicators concerning Basic Human Needs in hospitalized adolescents; 2) development of responses regarding diagnosis/results and nursing interventions; 3) formatting and validation of an instrument for the SNA, following all the steps of the nursing process. Specific indicators concerning the adolescents' needs were obtained through literature review and were validated by assistant nurses and docents. Such indicators were used to elaborate affirmative responses regarding diagnosis/results and nursing interventions and were, later on, used to build the instrument to be validated. The final version was elaborated after the validation, considering its relevance for the assistant practice. We expect that the construction of this instrument represents an advance in the implementation of the SNA, facilitating the communication and the recordings of the nursing assistance, and turning it more effective and visible to clients and other professionals of the health team.

Key words: Nursing; Adolescent; Nursing Process; Nursing Assessment.

RESUMEN

Se trata de una investigación metodológica realizada en la Clínica Pediátrica de un hospital escuela, en la ciudad de João Pessoa – PB, con el objetivo de construir y validar un instrumento para la Sistematización de la Asistencia de Enfermería para adolescentes hospitalizados. El estudio fue realizado en tres etapas: 1) identificación de los indicadores empíricos de las Necesidades Humanas Básicas en adolescentes hospitalizados; 2) desarrollo de las afirmativas de diagnósticos/resultados y de intervenciones de enfermería; 3) formatación y validación del instrumento para la Sistematización de la Atención de Enfermería, incluyendo todas las etapas del proceso de enfermería. La revisión de la literatura para identificar las necesidades de los adolescentes resultó en la obtención de indicadores específicos para adolescentes, que fueron validados por enfermeras asistenciales y por docentes. A partir de dichos indicadores fueron desarrolladas afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenciones de enfermería, utilizando la CIPE[®], que fueron posteriormente utilizadas en la construcción del instrumento para ser validado. Tras dicha validación fue elaborada la versión final del instrumento, considerando su relevancia para la práctica asistencial. Se espera que la construcción de tal instrumento sea un avance en la implementación de la SAE, facilitando la comunicación y el registro de la asistencia de enfermería, haciéndola más efectiva y visible para la clientela y para los demás profesionales del equipo de salud del hospital.

Palabras clave: Enfermería; Adolescente; Procesos de enfermería; Evaluación en enfermería.

* Artigo extraído da dissertação de Marques DKA. Construção e validação de um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem para adolescentes hospitalizados. 142 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

¹ Enfermeira da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Mestre em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFPB. E-mail: danielaantao@hotmail.com.

² Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado, e do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). E-mail: miriamnobreaga@pq.cnpq.br.

INTRODUÇÃO

O conceito de adolescência apresenta-se na literatura sob uma grande diversidade e com múltiplos e variados enfoques, caracterizando-se como uma noção historicamente determinada. Assim, a adolescência constitui um período no processo evolutivo do indivíduo marcado não somente pela idade cronológica, como também por transformações nos processos biológico, psicológico e sociocultural, que constituem tanto as particularidades individuais quanto as peculiaridades de grupos sociais de determinada sociedade.¹

A assistência ao adolescente tem aumentado acentuadamente nas últimas décadas, possibilitando a ampliação de conhecimentos relativos a esse grupo etário e, conseqüentemente, um atendimento mais eficiente de suas necessidades. Anteriormente, por ser a adolescência considerada uma das fases mais sadias do ciclo vital e dado o pouco conhecimento de suas marcantes características de crescimento e desenvolvimento, os adolescentes não tiveram um lugar definido nos programas de saúde.²

A atenção integral específica ao adolescente tem como característica fundamental reconhecê-lo como um todo indivisível biopsicossocial, levando em consideração as singularidades desse período da vida nas diferentes inserções sociais. Esse tipo de atendimento se desdobra em níveis primário, secundário e terciário, sendo seu enfoque principal a promoção da saúde e a prevenção de agravos.³

O atendimento à saúde do adolescente surgiu, efetivamente, em 1989, com a Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DISAMI), do Ministério da Saúde, que aprovou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD). Esse programa define objetivos, diretrizes e estratégias de atendimento em instituições governamentais aos jovens entre 10 e 19 anos.⁴

Além do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, a assistência específica a essa parte da população também é garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que passou a vigorar em julho de 1990, após a promulgação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. No Capítulo I, artigo 11 dessa lei, assegura-se o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.⁵

O ECA completou dezoito anos de vigência, contribuindo para grandes avanços no que diz respeito à educação, à tentativa de erradicação do trabalho infantil, à inclusão em programas de saúde específicos para adolescentes. Embora tenha havido melhorias na assistência a essa clientela, percebemos que ainda existe muito a ser feito. O estatuto deve servir de ferramenta social prevista na lei para promover políticas públicas que priorizem as reais necessidades das crianças e dos adolescentes.

O atendimento universal e igualitário das ações de saúde deve levar em consideração diversos aspectos relevantes, que determinam o processo saúde-doença nas diversas fases do ciclo de vida dos grupos sociais. É de grande importância que haja diferenciação na captação desses dados para que se consiga determinar as necessidades singulares de cada clientela. A falta de conhecimento sobre as características da adolescência dificulta a identificação adequada de suas necessidades, gerando falta de informação aos familiares, aos profissionais e ao próprio adolescente.

Ao entrar no hospital, o adolescente, particularmente, passa por diversas mudanças em sua rotina que vão interferir na sua adaptação. Essas mudanças envolvem o afastamento do seu ambiente familiar, dos amigos e da escola, além de passar a ser identificado pelo leito, patologia e número de registro. Além disso, no período de internação, ele deverá obedecer às normas preestabelecidas pela instituição, como horário das dietas, da medicação, de vestir roupas do hospital, horário de dormir e de acordar, bem como outras alterações de sua rotina diária, dadas as limitações do ambiente físico ou que a patologia lhe impõe.

A enfermeira, como parte integrante da equipe de saúde, é uma profissional fundamental nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, sendo uma das responsáveis pela criação do vínculo entre os adolescentes e os serviços. Dessa forma, é imprescindível que ela se integre às questões assistenciais com competência e capacidade, realizando um atendimento mais eficaz, integral e resolutivo.

A atuação da enfermeira no âmbito hospitalar é essencial para promover, restaurar e manter a saúde dessa parte da população, sendo a consulta de enfermagem uma estratégia a ser aplicada para colaborar e minimizar agravos à saúde. A consulta de enfermagem ao adolescente é um espaço para expressão/captação das necessidades da resolução de problemas de competência desses profissionais e articulação com outros setores, profissionais ou estruturas de apoio, sendo as intervenções enfocadas no âmbito clínico-educativo.⁶ O profissional de enfermagem deve estar consciente de que a resolução dos problemas de saúde vai depender da complexidade e da gravidade da doença, da fase de crescimento e desenvolvimento em que se encontra e das estruturas disponíveis para satisfazer as necessidades do paciente para que ele readquira o equilíbrio.⁷

Entretanto é indispensável que esse profissional estabeleça um método para guiar a realização da consulta de enfermagem, pois se trata de uma ferramenta importante que lhe permite relacionar-se diretamente com a clientela. A consulta de enfermagem, ao ser desenvolvida com a utilização de uma teoria e aplicada por meio do processo de enfermagem, proporciona a esse profissional maior visibilidade de seu paciente, além de individualizar o cuidado prestado, uma vez que ele atende inúmeros pacientes com diferentes patologias e nas diferentes fases do desenvolvimento, desde o neonato até o idoso.

É na primeira etapa do processo de enfermagem, denominada “coleta de dados”, que são obtidas as informações da clientela, por meio do histórico de enfermagem, no qual devem ser relatados dados específicos que caracterizem esses clientes. O histórico deve ser preenchido preferencialmente durante a admissão do paciente no hospital, para que, a partir desse momento, já se inicie uma assistência direcionada às reais necessidades de maneira individualizada.

O processo de enfermagem é um instrumento metodológico para o cuidado de enfermagem e tem apresentado inúmeros benefícios quando aplicado à prática assistencial.⁸ Ao utilizar-se o processo de enfermagem, busca-se a priorização de cuidados, para que a assistência de enfermagem se torne mais efetiva, contínua e passível de avaliação, proporcionando melhor assistência ao cliente. Atualmente, o processo de enfermagem passou a especificar e verificar, na prática, resultados do paciente que sejam sensíveis às intervenções de enfermagem.⁹

A escolha do referencial teórico de Horta, neste estudo, se deu não somente pela sua importância no Brasil – é uma das mais difundidas em todo o país –, mas por conduzir a enfermagem na prestação de cuidados ao adolescente, baseando-se no atendimento de suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, utilizando técnicas adequadas de comunicação e relacionamento que permitem reconhecer e compreender essas necessidades.

Entretanto, sabe-se que a aplicação do processo de enfermagem enfrenta inúmeras dificuldades. Apesar de a Lei nº 7.498/86, do Exercício Profissional de Enfermagem, estabelecer em seu art. 11, “Das atividades privativas da enfermeira”, item I, alínea i, “Consulta de enfermagem”, e alínea j, “Prescrição de enfermagem”,¹⁰ essas atividades têm sido pouco utilizadas como ferramenta na prática assistencial. Além disso, como realizar tais atividades sem pensar no processo de enfermagem se a consulta tem como primeira atividade o levantamento dos dados do cliente e em seguida a identificação dos problemas, assim como as ações para resolvê-los ou minimizá-los? O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamentou a Resolução nº 272/2002, que trata da obrigatoriedade da sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde onde são realizadas ações de enfermagem, independentemente do nível de atenção prestado.¹¹

Nesse sentido, torna-se imprescindível o conhecimento da enfermeira sobre as necessidades dos adolescentes, a fim de prestar uma assistência à saúde com qualidade, principalmente quando esta é embasada à luz de uma teoria. A partir do momento em que a enfermeira tem conhecimento sobre os níveis de necessidades dos adolescentes, as atitudes direcionadas às intervenções prestadas a eles podem ser facilitadas, pois proporcionar saúde ao adolescente e atender suas necessidades são direitos garantidos, tanto no Programa de Saúde do Adolescente e no ECA como Constituição Federal de 1988.

Diante disso, buscou-se maior embasamento teórico-prático, a fim de proporcionar uma assistência direcionada às reais necessidades dos adolescentes, que são assistidos em uma unidade de atenção terciária. Uma vez atendidas às necessidades básicas, será facilitada a melhora do seu estado saúde/doença, evitando o agravamento da sua condição.

A unidade de atenção terciária citada acima é o Hospital Universitário Lauro Wanderley, lotado na Universidade Federal da Paraíba (HULW/UFPB), que atende inúmeros pacientes com diversas patologias, nas diferentes fases do desenvolvimento, e possui um projeto de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em suas clínicas. Nesse projeto, busca-se a integração entre pesquisa de campo e extensão, prevendo a articulação de enfermeiros docentes e assistenciais, com o propósito de desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem, na prática dos enfermeiros docentes e assistenciais que atuam no referido hospital.¹² As fases da SAE no modelo de cuidar adotado no HULW/UFPB são: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência de enfermagem, implementação das intervenções e avaliação.

A proposta de trabalhar a SAE numa unidade de clínica pediátrica lança inúmeros desafios, especificamente a do hospital em estudo, no qual a faixa etária atendida vai de 0 a 18 anos. Sabendo-se que durante esse intervalo de vida o ser humano passa por diversas e variadas mudanças fisiológicas e psicológicas, faz-se necessário que a enfermeira se adapte às diferentes abordagens que deverão ser feitas durante seu atendimento.

Na construção do instrumento da SAE foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), uma terminologia combinatória para a prática da Enfermagem que facilita o mapeamento cruzado de termos locais, classificações e vocabulários existentes. Para o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), a CIPE[®] constitui um instrumento de informação, de descrição e provê dados que representam a prática de enfermagem nos sistemas de informação em saúde, podendo ser utilizada para tornar o exercício da enfermagem visível nos sistemas de informação em saúde, como também para descrever e integrar a enfermagem à pesquisa, educação, administração e gestão, assim como ao desenvolvimento de políticas dos cuidados de saúde.¹³

Nesse contexto, vale salientar que foram considerados o conhecimento teórico-prático e a opinião das enfermeiras que fazem parte da Clínica Pediátrica do HULW/UFPB e das docentes da disciplina de Enfermagem Pediátrica da Universidade Federal da Paraíba, por meio de sugestões delas durante as diferentes etapas da construção do instrumento da SAE.

Objetivou-se com esta pesquisa a elaboração e a validação de um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem contemplando as etapas do

processo de enfermagem. Partiu-se do pressuposto de que ele pode ser utilizado por enfermeiros, na busca pela melhoria da qualidade da prestação da assistência de enfermagem aos adolescentes hospitalizados.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa metodológica que se refere às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, tratando da elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. A meta é a elaboração de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável para que possa ser empregado por outros pesquisadores, além de avaliar seu sucesso no alcance do objetivo.¹⁴

O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, de acordo com os aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos,¹⁵ e a Resolução nº 311/2007, do COFEN, que reformula o Código de Ética dos profissionais de enfermagem,¹⁶ recebendo parecer favorável à sua execução, segundo o Protocolo nº 141/2007.

O estudo foi desenvolvido na Clínica Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), localizado no *Campus I* da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB. O HULW é um hospital-escola capacitado para o aprimoramento dos conhecimentos teórico-práticos de diversos cursos da área de saúde, a fim de prestar melhor assistência aos seus usuários, servindo também como campo de pesquisa para diversos profissionais em formação e com a devida supervisão dos profissionais responsáveis.

Para o alcance dos objetivos, o estudo foi desenvolvido em três fases: identificação dos indicadores empíricos das necessidades humanas básicas em adolescentes hospitalizados; desenvolvimento e validação das afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, com base nos indicadores clínicos das necessidades humanas básicas identificadas; e formatação de um instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Adolescente Hospitalizado (ISAEAH) contendo todas as fases do processo de enfermagem.

RESULTADOS

A primeira fase da pesquisa, cujo objetivo foi identificar os indicadores empíricos das necessidades humanas básicas em adolescentes hospitalizados, foi realizada por meio de uma pesquisa bibliográfica, que teve como fonte de dados artigos em periódicos, jornais e catálogos de enfermagem pediátrica/adolescentes, teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias e trabalhos de conclusão de curso. Foram realizadas pesquisas nas bases de dados LILACS, BIREME, MEDLINE, SciELO e no Portal de periódicos disponível pela CAPES. Para a apreensão do conteúdo,

foram utilizadas publicações recentes desta última década, no que se refere às publicações de enfermagem pediátrica/adolescentes. Entretanto, as publicações direcionadas à teoria das necessidades humanas básicas (NHB) tiveram como ano de referência para início da pesquisa as publicações da teórica Dra. Wanda de Aguiar Horta, ou seja, começo da década de 1970.

Com base na revisão da literatura, foi realizada a identificação dos indicadores empíricos das 33 necessidades humanas básicas identificadas em adolescentes hospitalizados, totalizando 484 indicadores, dos quais 321 pertencentes às necessidades psicobiológicas; 152, às necessidades psicossociais; e 11, a indicadores relativos à necessidade psicoespiritual.

Sabe-se que quanto maior o número de necessidades afetadas da clientela, maior é a necessidade de planejar a assistência, uma vez que a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada.¹⁷

A fim de que fossem confirmados os indicadores relevantes para a construção do instrumento de sistematização para adolescentes hospitalizados, foi construído o primeiro instrumento da pesquisa contendo as definições das NHBs mais frequentemente afetadas nos adolescentes e os indicadores selecionados de cada necessidade, dispostos em uma escala tipo *Likert* de 2 pontos. Solicitou-se, para serem validados, que as enfermeiras participantes da pesquisa assinalassem se achavam o indicador relevante ou não relevante para constar no instrumento, bem como observassem se o indicador estava de acordo com a necessidade adequada, analisando, com isso, repetições de indicadores que foram identificados por meio da literatura em mais de uma necessidade. Foi disponibilizado um espaço livre, designado para sugestões, com o intuito de possibilitar o direito a acréscimo de algum indicador ou comentário sobre ele, caso os membros participantes julgassem necessário.

Essa etapa teve início em fevereiro e foi concluída em abril de 2008, tendo como participantes 12 enfermeiros, docentes e assistenciais. Após o recebimento dos instrumentos, estes foram conferidos quanto ao completo preenchimento, classificados por ordem de recebimento para inclusão e construção do banco de dados no Excel for Windows, onde os indicadores que foram classificados como relevantes receberam peso "1" e não relevantes peso "0". Os indicadores foram analisados e os que possuíam IC igual ou maior que 0,80 foram listados para serem incluídos na primeira versão do instrumento da SAE para adolescentes, na fase de coleta de dados.

Do total de 484 indicadores identificados na literatura, permaneceram 329 com IC $\geq 0,80$; desse total, 200 referiam-se às necessidades psicobiológicas; 116, às necessidades psicossociais; e 3, à necessidade psicoespiritual. Com base nesse resultado, foi estruturado o instrumento prévio, colocando-se os indicadores correspondentes de cada necessidade,

porém ficou muito extenso, em virtude das repetições de indicadores nas necessidades, bem como de sinônimos entre eles. Para resolver esse impasse, fez-se nova análise das 33 necessidades e seus respectivos indicadores, decidindo-se pela junção de necessidades, para tornar operacional o instrumento proposto e evitar a redundância de indicadores.

Na segunda fase da pesquisa, cujos objetivos foram desenvolver e validar as afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, foram utilizados os critérios determinados pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), que recomenda que, para compor as afirmativas de diagnósticos e intervenções de enfermagem, seja usado o Modelo de Sete Eixos da CIPE® Versão 1.0. Para a construção de diagnósticos de enfermagem são apontadas as seguintes diretrizes: incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo **Foco** e um termo do eixo **Julgamento**; incluir termos adicionais, conforme a necessidade dos eixos: **Cliente**, **Localização** e **Tempo**. Para a construção de afirmativas relacionadas a intervenções de enfermagem, são indicadas as seguintes diretrizes: incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo **Ação** e um termo **Alvo**; pode-se, também, adicionar um dos eixos **Foco**, **Cliente**, **Localização**, **Meios** e **Tempo** para complementar.

Inicialmente, todos os indicadores foram mapeados com os termos da CIPE® Versão 1.0, para que fosse possível usar os critérios do CIE na construção das afirmativas de diagnósticos e intervenções de enfermagem. Utilizando os indicadores relevantes e os critérios do CIE, foram construídas 68 afirmativas de diagnósticos de enfermagem, distribuídas nas NHBs.

Com base nas afirmativas diagnósticas, bem como considerando os indicadores relevantes e os critérios do CIE, foram construídas 80 afirmativas de intervenções de enfermagem, distribuídas para o atendimento dos diagnósticos de enfermagem por NHBs. Foi considerado, nesse processo, o raciocínio clínico e terapêutico na construção dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem e a experiência da pesquisadora como enfermeira assistencial da referida clínica.

Na terceira etapa da pesquisa, de posse dos indicadores empíricos obtidos na primeira fase da pesquisa e com as afirmativas de diagnósticos e intervenções desenvolvidas, foi construído o ISAEAH, cujo formato baseou-se na estrutura do instrumento de coleta de dados do Projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem do HULW/UFPB. O processo de validação foi feito por enfermeiras e docentes que atuam na Clínica Pediátrica e que concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nesse instrumento, solicitou-se a colaboração das participantes no sentido de apontar se os indicadores das NHBs, as afirmativas diagnósticas e as intervenções de enfermagem poderiam ser aplicáveis a adolescentes hospitalizados. Solicitou-se, também, que apresentassem sugestões quanto ao

formato ou modelo do instrumento e quanto ao conteúdo proposto, para que fossem feitas as modificações necessárias, cuja finalidade foi tornar o instrumento viável e operacional.

Nessa fase, foram distribuídos 15 instrumentos para serem validados pelas enfermeiras assistenciais e docentes. Embora o número tenha sido o mesmo da primeira fase, as participantes não foram, no total, as mesmas, em razão de afastamento, férias, aposentadoria e permuta de enfermeiras da clínica. O período dessa coleta se deu de agosto a setembro de 2008, com o retorno de seis instrumentos validados.

As mudanças sugeridas foram descritas por necessidades identificadas no estudo:

- **necessidade de oxigenação:** inclusão de coriza como indicador e como diagnóstico de enfermagem; retirada do cansaço como indicador e diagnóstico de enfermagem; inclusão da intervenção de enfermagem, realizar nebulização;
- **necessidade de hidratação:** inclusão do diagnóstico de enfermagem (desidratação); inclusão da intervenção, incentivo à ingestão de líquidos e observação dos sinais de desidratação;
- **necessidade de nutrição:** inclusão da intervenção de enfermagem, avaliação e registro da evolução nutricional e retirada da intervenção, registro e comunicação de vômito quanto às suas características e frequência, pois essa intervenção está incluída na necessidade de hidratação;
- **necessidade de cuidado corporal:** inclusão do indicador seborreia;
- **necessidade de regulação imunológica:** acréscimo da intervenção de enfermagem, orientação a atualização do calendário vacinal para adolescentes;
- **necessidade de segurança física/meio ambiente/ espaço:** essa necessidade está presente na primeira parte do instrumento, porém foi retirada da versão final da segunda parte, ou seja, não se considerou aplicáveis diagnósticos e intervenções desta necessidade para adolescentes hospitalizados. Outras modificações sofridas pelo instrumento foram realizadas pela pesquisadora para torná-lo operacional quanto ao conteúdo e à formatação seguindo os padrões utilizados pelo hospital.

O ISAEAH construído está dividido em duas partes: a primeira, denominada "Histórico de enfermagem", contém a primeira fase do processo de enfermagem, a coleta de dados; na segunda parte, chamada "Planejamento da assistência de enfermagem", foram apresentados os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, atendendo às demais fases do processo de enfermagem, que resultaram, após a formatação final, em duas folhas (frente e verso). Esta versão final do instrumento é a que será utilizada na Clínica Pediátrica (FIG. 1 e 2).

INSTITUTO DE ENFERMAGEM LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM		DIVISÃO DE ENFERMAGEM Sistematização da Assistência de Enfermagem do Centro Politécnico Planejamento da Assistência de Enfermagem - Adolescente (12-18 anos)	
IDENTIFICAÇÃO:			
Nome: _____		Idade: _____	
Sexo: M / F		Data Nascimento: ____/____/____	
Endereço: _____		Data de admissão: ____/____/____	
Diagnósticos/Resultados da enfermagem		Intervenção de enfermagem	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Despertar / Tônus / Prudência		1. Avaliar frequência e profundidade respiratória a cada ____ h.	
Turgência / Expectoração / Cough		1. Manter ou elevar decúbito do leito na posição de Fowler.	
Outros: _____		1. Administrar medicação conforme prescrição.	
		1. Aspirar via aérea S/N.	
		1. Avaliar e registrar aspectos das secreções expectoradas.	
		1. Realizar tosse guiada.	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Reflexo / Tônus / Prudência		1. Registrar e peso diário a 6 horas.	
Turgência / Expectoração / Cough		1. Registrar volume quanto suas características e frequência.	
Outros: _____		1. Manter acesso venoso patível.	
		1. Controlar rigorosamente jejumante da hidratação venosa.	
		1. Observar aceitação do SRO.	
		1. Incentivar ingestão de líquidos, caso não haja restrição.	
		1. Observar sinais de desidratação.	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Nutrição / Prudência		1. Registrar a ingestão/absorção alimentar.	
Turgência / Expectoração / Cough		1. Verificar posição e débito da sonda antes de cada alimentação.	
Outros: _____		1. Reforçar e educar sobre o uso do serviço de nutrição.	
		1. Avaliar evolução nutricional ____ semanal.	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Constipação / Diarréia		1. Avaliar a frequência e as características das fezes.	
Turgência / Expectoração / Cough		1. Auscultar sons intestinais a cada 4 horas em caso de diarreia.	
Outros: _____		1. Controlar diarreia dos 24 horas quanto a volume e características.	
		1. Observar pele e mucosas da região genital.	
		1. Manter higiene íntima.	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Sono e repouso prejudicados		1. Planejar os horários da medicação para possibilitar a máxima do repouso.	
Outros: _____		1. Monitorar e registrar efeitos adversos e eficácia da medicação prescrita para auxílio do sono.	
		1. Incentivar para realização de atividades recreativas e de lazer durante o dia, para conseguir relaxar no período noturno.	
		1. Avaliar a qualidade do sono noturno.	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Distribuição prejudicada		1. Incentivar as mudanças de decúbito a cada 2 horas ao paciente restrito no leito.	
Marcha descoordenada		1. Planejar as atividades do paciente dentro do nível de tolerância.	
Atividade física prejudicada		1. Promover ambiente seguro ao locomover-se e auxiliá-lo quando necessário.	
Intolerância à atividade			
Outros: _____			
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Crescimento e desenvolvimento incompatíveis com a idade		1. Monitorar altura, peso, ingesta nutricional, estado cardiovascular e pulmonar.	
Dismaturação / Puberdade sexual de risco		1. Avaliar o nível de desenvolvimento de adolescente.	
Outros: _____		1. Assessorar prática sexual segura (risco de contrair DST e gravidez na adolescência).	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Autocuidado para _____		1. Instruir o adolescente e os familiares a rotina hospitalar quanto higiene, alimentação, etc.	
Prejudicado / Higiene pessoal comprometida		1. Promover privacidade para as atividades de autocuidado no leito.	
Higiene bucal comprometida		1. Ensinar princípios de boa higiene.	
Outros: _____			
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Integridade da pele prejudicada		1. Realizar curativos diários ou quando necessário.	
Prurido/eritema		1. Avaliar a região afetada, quanto aspecto, coloração, tecido cicatricial, secreção, odor e tipo de curativo.	
Outros: _____		1. Realizar orientar higiene oral ____ vezes ao dia.	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Hipertensão / Hipotensão		1. Verificar temperatura corporal de 66 horas ou quando necessário.	
Sintomas intensos		1. Verificar temperatura após uma hora da administração de antitérmico.	
Outros: _____		1. Manter ambiente aquecido e retirar lençóis e roupas em excesso.	
		1. Colocar compressas frias nas regiões axilares e inguinais.	
		1. Usar roupas e cobertor adequados em caso de hipotermia.	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Pseudo arterial alterada		1. Orientar períodos de repouso frequente para maximizar a perfusão periférica.	
Perfusão periférica diminuída		1. Monitorar sinais e PC, PA e pulso periférico a cada ____ h.	
Risco vascular periférico comprometido		1. Elevar MMII para aumentar o suprimento sanguíneo arterial.	
Outros: _____		1. Avaliar cor, temperatura e textura de pele a cada ____ h.	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Desorientação no tempo e no espaço		1. Fornecer com frequência informações básicas (lugar, tempo, e data) quando necessário.	
Outros: _____		1. Promover ambiente seguro.	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Calendário vacinal incompleto		1. Promover higiene pessoal e ambiental para diminuir a ameaça de microorganismos.	
Risco para infecção		1. Ensinar medidas preventivas (dieta e sono adequados, higiene) para minimizar o risco de infecção.	
Outros: _____		1. Lavar as mãos antes e após contato com o cliente.	
		1. Utilizar máscara, luvas e outros EPI sempre ao manusear o paciente.	
		1. Educar o paciente e a família quanto ao risco de reações alérgicas.	
		1. Orientar a guardar o calendário vacinal para adolescentes.	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Percepção dos órgãos dos sentidos: Olfativa, Visual, Auditiva, Tátil, Gustativa, Bolorna/ Comunicação		1. Avaliar os sinais e sintomas da dor e administrar analgésico, conforme prescrição médica.	
Dor / Percepção sensorial alterada		1. Monitorar e registrar a eficácia e os efeitos de medicamentos administrados.	
Outros: _____		1. Promover conforto e medidas que ajudem na diminuição da dor.	
		1. Aplicar compressas para minimizar a dor.	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Autoconhecimento / Autoconhecimento / Autoconhecimento / Autoconhecimento		1. Escutar ativamente, permitindo ao paciente expressar sentimentos.	
Autoconhecimento / Autoconhecimento / Autoconhecimento / Autoconhecimento		1. Solicitar ao paciente que defina quais tipos de atividades promovem conforto e incentivá-lo a realizá-las.	
Autoconhecimento / Autoconhecimento / Autoconhecimento / Autoconhecimento		1. Apoiar o adolescente e sua família quanto ao enfrentamento do comportamento abusivo de adolescente.	
Autoconhecimento / Autoconhecimento / Autoconhecimento / Autoconhecimento		1. Ajudar o adolescente e sua família a compreender o valor de conviver sob os cuidados da família.	
Autoconhecimento / Autoconhecimento / Autoconhecimento / Autoconhecimento		1. Ajudar a identificar os aspectos positivos da imagem corporal.	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Manutenção da saúde alterada		1. Reforçar o paciente nas decisões relacionadas ao cuidado sempre que possível.	
Acesso ao regime terapêutico		1. Observar como o adolescente realiza as atividades de autocuidado e orientá-lo se necessário.	
Outros: _____		1. Estabelecer um ambiente de confiança e respeito para estimular o aprendizado.	
		1. Reforçar a importância da participação no cuidado para a promoção e recuperação da sua saúde.	
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Atividades de recreação / Lazer / Atividade / Auto-estima		1. Incentivar o adolescente a participar de atividades recreativas individualmente ou em grupo.	
Outros: _____			
Neurological/Neurological		Neurological/Neurological	
Espiritualidade / Espiritualidade		1. Avaliar a importância da espiritualidade na vida do paciente e no enfrentamento da doença.	
Outros: _____		1. Providenciar visitas de liderança religiosa.	
AValiação da assistência de enfermagem:			
Enfermeira: _____			
COREN: _____			
Data: ____/____/____			

FIGURA 2 – Instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Adolescente Hospitalizado, denominado “Planejamento da assistência de enfermagem”, contendo a segunda parte. João Pessoa – 2008

A versão final do instrumento foi entregue às enfermeiras assistenciais para que o aplicassem na prática clínica e verificassem sua viabilidade de operacionalização mediante a utilização nas consultas e admissão dos adolescentes na unidade de internação; para que seja feita uma avaliação da forma de apresentação; verificar se as expectativas foram atendidas; e se é possível dar continuidade ao processo de enfermagem de forma sistematizada, a fim de que, posteriormente, seja revalidado o conteúdo do instrumento, para que este permaneça atendendo às necessidades da clientela e facilite a sistematização da assistência de enfermagem da Clínica Pediátrica do HULW.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermeira, em sua prática assistencial, depara com inúmeras particularidades para atender às necessidades de seus clientes, além de ser responsável por decisões clínicas que atendem às reais necessidades do seu cliente, por meio do pensamento crítico e julgamento clínico servindo para nortear o cuidado em enfermagem.

As ações de enfermagem devem ser intencionais a fim de buscar resultados satisfatórios no atendimento dessas necessidades por meio de intervenções efetivas. Em pediatria, isso se amplia, pois são inúmeras as transformações físicas e psicológicas durante essa etapa da vida, desde o nascimento até a adolescência, aumentando a complexidade no atendimento dessa clientela.

O processo de enfermagem é um caminho metodológico utilizado pela enfermeira para que preste, de maneira organizada, o cuidado de enfermagem, o qual é utilizado para identificar, diagnosticar e tratar respostas humanas às necessidades afetadas.

Considera-se imprescindível que, para assistir o paciente, deve-se ter conhecimento científico e informações da prática de enfermagem, assim como da realidade profissional no alcance do melhor resultado possível. Para a enfermagem contemporânea, as teorias de enfermagem são utilizadas na construção efetiva do saber científico. Elas devem ser construídas, testadas e aplicadas à prática assistencial, para cada vez mais transformar e contribuir para o embasamento científico e específico da disciplina.

Saliente-se que os objetivos propostos neste estudo foram alcançados, tendo como resultado a construção do ISAEAH, que contempla as fases do processo de enfermagem, que foi dividido em duas etapas: na primeira, fez-se um histórico de enfermagem, elaborado de forma sistemática para determinar as necessidades

afetadas do adolescente, com base na literatura pertinente; na segunda, denominada planejamento da Assistência de Enfermagem, apresentou-se um instrumento contendo diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem que retratam os indicadores presentes no histórico, sendo estes divididos por necessidades visando ao atendimento às especificidades dos adolescentes.

Foram levados em consideração a experiência clínica e o conhecimento científico das enfermeiras assistenciais e docentes que atuam na Clínica Pediátrica do HULW, na obtenção do resultado da pesquisa.

Esta pesquisa foi dividida, metodologicamente, em três etapas: na primeira foi realizada uma ampla revisão da literatura para identificar as necessidades dos adolescentes tomando como base o que foi proposto por Horta, resultando na obtenção de indicadores específicos para adolescentes, os quais foram validados; na segunda fase foram desenvolvidas afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, que posteriormente foram utilizados na construção do instrumento prévio para ser validado; a terceira etapa consistiu na elaboração da versão final, considerando a relevância para a prática assistencial.

A finalidade da construção do instrumento de sistematização para adolescentes hospitalizados é direcionar a coleta de dados da clientela escolhida por meio de indicadores relevantes, para que os julgamentos diagnósticos e intervenções formuladas confirmem e atendam às necessidades dos adolescentes, visualizando-os como seres diferenciados, particulares e que merecem a atenção específica nesta fase da vida.

Com isso, é esperado que este instrumento de sistematização da assistência de enfermagem para adolescentes hospitalizados seja um facilitador da implementação do processo de enfermagem, pois o direcionamento dos cuidados na atenção à saúde dos adolescentes pode representar transformações significativas nesse processo saúde/doença.

Espera-se que este estudo seja um avanço na implementação da sistematização da assistência de enfermagem da Clínica Pediátrica e sirva de referência para outras clínicas do hospital, quiçá para outras unidades de atendimento à saúde.

Pois, acredita-se que implementar a sistematização da assistência de enfermagem num serviço de saúde não se trata de meramente impor uma metodologia de trabalho e fazer com que todos a sigam. É uma missão muito mais ampla, que envolve a criação de uma filosofia de atuação que leve a mudanças de comportamento em relação ao desenvolvimento da assistência.

REFERÊNCIAS

1. Borges ALV. Adolescência e vida sexual: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo [tese] USP: Faculdade de Saúde Pública; 2004. 185p.
2. Colli AS. Conceito de Adolescência. In: Marcondes E, Coordenador. *Pediatria básica*. 9ª. ed. São Paulo (SP): Sarvier; 2003. p. 655.
3. Saito MI, Silva LEV. *Adolescência, prevenção e risco*. São Paulo (SP): Atheneu; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. Programa Saúde do Adolescente: bases programáticas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1989. 24p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Criança. Projeto minha gente. Estatuto da Criança e do adolescente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1991. tit.2, cap I, art-11, p.16.
6. Mandu EDIR, Paiva MS. Consulta de enfermagem às adolescentes. In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG. *Adolescer: compreender, atuar e escolher*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. ABEn; 2001: p.131-9.
7. Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Rev Latinoam Enferm*. 2002 jul./ago; 10(4): 552-60.
8. Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o processo. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 52, 2000, Olinda. *Anais ... Recife*: ABEn; 2001. p. 231-43.
9. Garcia TR; Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 jan./mar; 13(1): 188-93.
10. Brasil. Lei 7.498 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e da outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, v. 106, n.124, p. 9273-5; set. 1986.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 272, de 27 de agosto de 2002. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de saúde, Rio de Janeiro, 2002. [Citado 2006 maio 22]. Disponível em:<http://www.corengo.br/resolucao272_2002.htm>
12. Nóbrega MML, coordenador. Sistematização da assistência de enfermagem no Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB: projeto integrado de pesquisa e extensão. [projeto de pesquisa]. João Pessoa (PB): UFPB/DESP/DEMCA/DEHULW; 1998.
13. Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE® Versão 1.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. São Paulo (SP): Algor Editora; 2007.
14. Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª. ed. Porto Alegre (RS): Artes médicas; 1995.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
16. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Código de Ética dos profissionais de Enfermagem. Resolução 311 em 12 de maio de 2007.
17. Borges BDB, Pereira LV, Lemos RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. *Texto & Contexto Enferm*. 2006 out./dez; 15(4): 617-28.

Data de submissão: 30/6/2009

Data de aprovação: 9/7/2009

FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NA ENFERMAGEM: PERCEPÇÕES DOS PROFESSORES

NURSING GRADUATION AND DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL SKILLS: THE TEACHERS' PERCEPTIONS

CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS PROFESIONALES EN ENFERMERÍA: PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DOCENTE

Helaine Cristine Vianna Barbosa Dias¹

Kely César Martins de Paiva²

RESUMO

O objetivo com esta pesquisa de campo descritiva e com abordagem essencialmente quantitativa foi descrever e analisar as percepções dos professores quanto às contribuições – ideais e reais – do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior (IES) privada situada em Belo Horizonte-MG, Brasil, para o desenvolvimento de competências profissionais dos alunos, tendo em vista a importância de seu papel na formação acadêmica e profissional do enfermeiro. Na coleta de dados, foram utilizados o levantamento documental, a observação direta e, principalmente, um questionário, distribuído para os 39 docentes-enfermeiros do curso, sendo que 23 foram devolvidos preenchidos e os dados foram tabulados com o auxílio de uma planilha eletrônica. Quanto aos resultados apresentados e analisados, ressaltou-se que, do ponto de vista do ideal, do desejado que o curso contribua, os professores pesquisados validaram os preceitos específicos das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem e os gerais do modelo de Fleury e Fleury. Porém, quando questionados sobre a contribuição real do curso para a formação e o desenvolvimento de tais competências, os níveis “insatisfatórios” se fizeram presentes, colocando em “xeque” as políticas e práticas pedagógicas desenvolvidas na IES e as condutas tanto de alunos quanto de professores. Ao final, foram salientadas limitações da pesquisa, sugestões para estudos futuros e para o curso e a IES, tendo em vista possibilidades de melhorias.

Palavras-chave: Enfermagem; Educação em Enfermagem; Educação baseada em Competências; Competência Profissional.

ABSTRACT

A descriptive and essentially quantitative field research was carried out in order to describe and analyze how teachers see the ideal and actual contributions of a private higher education Nursing course of Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil, to the development of the students' professional skills, given the importance of its role in Academic and Professional Nursing Training. Data were collected through document survey, direct observation and, mainly, through a questionnaire given to 39 teachers and nurses of the course - 23 of them were filled out and returned. Data were introduced into an electronic spreadsheet. Analysis showed that teachers validated specific ideas with regards to an ideal situation, as mentioned in the Curricular Guidelines of the Nursing Undergraduate Course and the general items of the Fleury & Fleury model. However, when they were asked about the actual course's contribution to graduation and development of skills, “unsatisfactory” classification was observed. Therefore, questions about the institution's policies and practices and about students and teachers' behavior were raised. In the end, the limitations of the research were highlighted, and suggestions for the course, for the institution, and for further studies were given.

Key words: Nursing; Nursing Education; Competency based Education; Professional skills.

RESUMEN

Con el objetivo de describir y analizar las percepciones de los profesores en relación a las contribuciones - tanto ideales como reales - del curso de Enfermería de una institución particular de Enseñanza Superior localizada en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, para el desarrollo de competencias profesionales de los alumnos y considerando la importancia de su papel en la formación académica y profesional del Enfermero, se procedió a realizar una investigación descriptiva de campo con enfoque esencialmente cuantitativo. En la recogida de datos se utilizó el estudio documental, la observación directa y, principalmente, un cuestionario distribuido entre los 39 docentes-enfermeros del curso; 23 se completaron y devolvieron y sus datos se tabularon mediante planilla electrónica. En cuanto a los resultados analizados, se destaca que desde el punto de vista de lo ideal, de lo que se desea como contribución del curso, los profesores investigados convalidaron los preceptos específicos de las Directrices Curriculares del Curso de Grado en Enfermería y los generales del modelo de Fleury e Fleury. Sin embargo, cuando se les preguntó sobre la contribución real del curso para la formación y desarrollo de tales competencias hubo nivel “insatisfactorio” cuestionando las políticas prácticas pedagógicas elaboradas en la Institución de Enseñanza Superior y las conductas tanto de alumnos como de profesores. Al final se destacaron las limitaciones de la investigación, sugerencias para estudios futuros, para el curso y para la Institución de Enseñanza Superior, considerando posibilidades de mejora.

Palabras clave: Enfermería; Educación en Enfermería; Educación basada en Competencias; Competencia Profesional.

¹ Enfermeira. Mestranda em Administração pela Faculdade Novos Horizontes. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix, Belo Horizonte-MG, Brasil.

² Doutora em Administração pela Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pesquisadora e Professora do Programa de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte-MG, Brasil.
Endereço para correspondência - Kely César Martins de Paiva: Rua Alvarenga Peixoto, 1270, Bairro Santo Agostinho. CEP: 30180-121 - Belo Horizonte-MG, Brasil. Telefone: (31) 3293 7030. E-mail: kely.paiva@unihorizontes.br.

INTRODUÇÃO

Com o avanço do processo de globalização, o desenvolvimento da sociedade global impõe a abertura de novos horizontes sociais e de novos valores que envolvem várias esferas:

a política, orientada pelo neoliberalismo; a econômica, sustentada pela globalização; a cultural, apoiada por uma visão de mundo que redefina os valores [...] e, por último, a ocupacional, baseada na flexibilização e nos novos modos de gerenciamento e organização do trabalho.¹⁻³

Para atender às demandas da globalização, as instituições passaram a exigir de seus empregados um perfil profissional com capacidade de acompanhar as inovações tecnológicas, para resolução de problemas e negociação, um profissional proativo.²

Nota-se que as mudanças ocorridas no mercado de trabalho tiveram reflexos, também, na educação, fazendo-se necessária a busca por conhecimentos por meio de uma política do saber e fazer crítico com a finalidade de formar um profissional com capacidade de adaptar-se ao cotidiano.³ As mudanças no contexto empresarial com reflexos no mercado de trabalho, principalmente na área da saúde, constituem um desafio para o homem moderno, que tem de adaptar-se e desenvolver-se como pessoa e profissional para atender à nova realidade.⁴

Diante desse contexto, o processo de reestruturação do setor saúde favoreceu a transformações no ensino da enfermagem, como a ação do Conselho Nacional de Educação, por meio da Resolução nº 3, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCN-CGE).⁵ Tal documento define os princípios, os fundamentos, as condições e os procedimentos da formação de enfermeiros e propõe que esses egressos sejam críticos, reflexivos, dinâmicos e ativos diante das demandas do mercado de trabalho.⁶

A equipe de enfermagem constitui um quadro significativo de profissionais no quadro multiprofissional de saúde: ela conta com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem,⁷ dos quais se tem exigido conhecimentos, habilidades e atitudes para o desempenho de seus papéis com foco em resultados positivos; dos enfermeiros, em especial, é exigido que sejam competentes no exercício de suas atribuições, inclusive na garantia da competência dos membros de sua equipe. O mercado exige do enfermeiro capacidade para trabalhar com conflitos, resolver problemas, argumentar, dialogar, negociar, propor e alcançar mudanças, sendo necessário desenvolver e implementar estratégias que contribuam para a qualidade do cuidado.⁸ Dessa forma, a enfermagem assegura seu papel e seu compromisso com a sociedade, que aspira por uma prestação da assistência à saúde com qualidade.⁹

Nesse contexto, a formação do enfermeiro torna-se importante para proporcionar ao profissional a capacidade de pensar o conhecimento como forma de desenvolver as competências demandadas na atualidade. Nesse sentido, observa-se a evolução do número de cursos de graduação e de alunos em enfermagem: no Brasil, no período entre 2000 e 2007, o número de cursos passou de 176 para 629 (aumento de 357,4%) e o de matrículas de alunos saltou de 44.315 para 211.523 (aumento de 477,3%); em Minas Gerais, em especial, em 2000 foram contabilizados 16 cursos de graduação em enfermagem e 112 em dezembro de 2007 (aumento de 700,0%), segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.^{10,11} Essa expansão é decorrente da valorização do mercado econômico na criação de novos cursos e instituições, refletindo o aumento, principalmente, na rede privada, respaldada na autonomia dada às instituições e na flexibilização em decorrência da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) de 1996.^{12,13}

Assim, a cada semestre, novos profissionais são disponibilizados para o mercado, que se torna cada vez mais competitivo e exigente. Diante desse cenário, justifica-se a realização deste estudo, uma vez que o processo de formação e desenvolvimento de competências do estudante irá impactar direta e indiretamente na sua atuação no mercado.

Com este artigo, tem-se como objetivo descrever e analisar as percepções dos professores quanto às contribuições – ideais e reais – do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior (IES) privada para o processo de formação e desenvolvimento de competências profissionais de seus alunos, tendo em vista a importância do papel dos docentes na formação acadêmica e profissional do enfermeiro.

O estudo foi realizado com professores-enfermeiros de um curso de graduação em enfermagem oferecido por um centro universitário sediado em Belo Horizonte-MG e organizado da seguinte forma: apresentação das diretrizes curriculares do curso⁵ e das competências profissionais nelas dispostas, apresentação do modelo de competências profissionais de Fleury e Fleury¹⁴ – considerado um modelo de apoio à pesquisa quanto à competência profissional de maneira geral –, metodologia da pesquisa, apresentação e análise dos dados e considerações finais.

SOBRE AS DIRETRIZES CURRICULARES DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A mais recente mudança na educação superior em enfermagem teve início em 1988, mediante a publicação da primeira versão¹⁵ do que em 2001 se conformaria nas DCN-CGE.⁵ Nota-se que as instituições de ensino de enfermagem foram as primeiras na área da saúde a traçar as diretrizes para a educação em enfermagem no Brasil.⁶

A LDBEN/1996¹³ norteia as instituições de ensino na elaboração dos projetos pedagógicos por oferecer bases filosóficas, políticas e metodológicas, propondo que os profissionais egressos possam vir a ser críticos, reflexivos, dinâmicos e ativos diante das demandas do mercado de trabalho. Essa educação baseada em competências surge como um novo conceito para a qualificação profissional.⁶

O formando egresso do curso de graduação em enfermagem tem formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Deve ser capaz de conhecer e intervir nos problemas/situações de saúde-doença prevalentes no perfil epidemiológico nacional e regional como promotor da saúde integral do ser humano, bem como de atuar na educação básica e profissional em enfermagem.⁵

Segundo as DCN-CGE,⁵ as competências gerais que se relacionam aos conhecimentos para a formação do enfermeiro são: atenção à saúde (os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível

individual quanto coletivo); tomadas de decisão (os profissionais devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir sobre as condutas mais adequadas); comunicação (os profissionais devem ser acessíveis e devem manter a confiabilidade das informações na interação com outros profissionais de saúde e com o público; comunicação verbal, não verbal; habilidades de escrita e leitura; domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de informação e comunicação); liderança (envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz); administração e gerenciamento (devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde); e educação permanente (os profissionais devem aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática).

A formação do enfermeiro deve proporcionar-lhe conhecimentos para o exercício das competências e habilidades especificadas no QUADRO 1.

QUADRO 1 – Competências e habilidades específicas ao profissional enfermeiro conforme o artigo 5º das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em enfermagem

Inciso	Competência
I	Atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas.
II	Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional.
III	Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões.
IV	Desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional.
V	Compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações.
VI	Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
VII	Atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso.
VIII	Ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança.
IX	Reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde.
X	Atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos.
XI	Responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.
XII	Reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem.
XIII	Assumir os compromissos éticos, humanísticos e sociais com o trabalho multiprofissional em saúde.
XIV	Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/ pacientes quanto as de sua comunidade, atuando como agente de transformação social.
XV	Usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação quanto de ponta para o cuidar de enfermagem.
XVI	Atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico.

XVII	Identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes.
XVIII	Intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.
XIX	Coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde.
XX	Prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade.
XXI	Compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários.
XXII	Integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais.
XXIII	Gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo, em todos os âmbitos de atuação profissional.
XXIV	Planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde.
XXV	Planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento.
XXVI	Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional.
XXVII	Respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão.
XXVIII	Interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo.
XXIX	Utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde.
XXX	Participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde.
XXXI	Assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.
XXXII	Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro.
XXXIII	Reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Fonte: Brasil, 2001.⁵

Os conteúdos definidos pelas diretrizes curriculares para o curso de graduação em enfermagem devem estar relacionados com o processo saúde-doença do cidadão, da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, contemplando dimensões teóricas e práticas, considerando principalmente a inclusão no currículo de estágios em hospitais, ambulatorios e na rede básica de saúde.⁵ Desse modo, as diretrizes devem contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso, documento obrigatório que visa à formação integral do estudante mediante a articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência, contribuindo para uma formação crítica e reflexiva do profissional mediante sua integração em diversos contextos e com vários atores sociais.⁶

Diante desse contexto, a formação de competências é proveniente da pessoa (competência individual), das organizações (competências nucleares ou centrais) e dos países (sistemas educacionais). Por outro lado, ao concluir o curso de graduação, o profissional busca um mercado de trabalho que exige um sujeito com experiência e, normalmente, não está disposto a investir em treinamentos. As competências definidas nas DCN-CGE⁵ são criticadas diante do modelo capitalista do

trabalho que visa à concepção tecnicista.¹⁶ Desse modo, deve-se aprofundar na questão das competências profissionais, de modo geral.

SOBRE AS COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

Com base nos resultados de suas pesquisas, Fleury e Fleury¹⁴ afirmam que o tema “competência” tomou impulso nos últimos anos, sendo discutido tanto no âmbito acadêmico como no empresarial. Relaciona-se à pessoa (competências do indivíduo ou profissionais), à organização (competências organizacionais ou nucleares) e países (sistemas educacionais e formação de competências).

Apesar de ressaltar que o conceito de competência está em construção,¹⁷ os autores afirmam que a competência é constituída de formação educacional e da experiência profissional da pessoa. É um conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais nutridas pela aprendizagem, pela formação e pelo sistema de avaliações.¹⁸ A competência manifesta-se na atividade prática; é a maneira como o indivíduo enfrenta a situação profissional. A avaliação das competências somente poderá decorrer da atividade prática.¹⁹

A competência profissional é uma combinação de conhecimentos, de saber-fazer, de experiências e comportamentos que se exerce em um contexto preciso. Ela é constatada quando de sua utilização em situação profissional, a partir da qual é passível de validação. Compete então à empresa identificá-la, avaliá-la, validá-la e fazê-la evoluir.^{19,66}

A percepção desse autor deriva da natureza contingencial do mundo moderno, do teor participativo da comunicação intraorganizacional e seus impactos na percepção de serviços dentro e fora da organização.²⁰

Outros autores²¹ referem-se a competências como um conjunto de atitudes que permitem adaptação rápida em ambientes instáveis, promovem inovação e aprendizagens permanentes, sendo relevante para o desempenho das funções ao longo da carreira profissional e no contexto organizacional. Por sua vez, a comunidade científica^{22,23} diferencia competência de qualificação: a competência relaciona-se à profissão, ao indivíduo, aos resultados obtidos por ele; ela diz respeito, ainda, a algo dinâmico, processual, relativo e que apresenta dificuldade ou mesmo impossibilidade de transferência entre indivíduos. Já a qualificação está relacionada ao posto de trabalho ou cargo, à organização, sendo algo estático no tempo e espaço, e passível de se transferir, por meio da aprendizagem, a outros indivíduos.

A competência profissional relaciona-se às tarefas, aos resultados e às características das pessoas. É definida como “saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”. Tais saberes e respectivas competências profissionais foram descritos em sete dimensões: saber agir (“saber o que e por que faz”; “saber julgar, escolher, decidir”); saber mobilizar (“saber mobilizar recursos de pessoas, financeiros, materiais, criando sinergia entre eles”), saber comunicar-se (“compreender, processar, transmitir informações e conhecimentos, assegurando o entendimento da mensagem pelos outros”); saber aprender (“trabalhar o conhecimento e a experiência”, “rever modelos mentais”, “saber desenvolver-se e propiciar o desenvolvimento dos outros”); saber comprometer-se (“saber engajar-se e comprometer-se com os objetivos da organização”); saber assumir responsabilidades (“ser responsável, assumindo os riscos e as consequências de suas ações e ser, por isso, reconhecido”); e ter visão estratégica (“conhecer e entender o negócio da organização, seu ambiente, identificando oportunidades, alternativas”).¹⁴⁻²¹ Esse conjunto diversificado de saberes aplica-se a qualquer profissão e foi escolhido para subsidiar a pesquisa empírica em virtude da natureza dos saberes, condizente com a formação, e, daí, com a atuação de maneira crítica e reflexiva demandada dos enfermeiros.

MATERIAL E MÉTODO

Esta é pesquisa de campo descritiva e com abordagem essencialmente quantitativa. A pesquisa de campo é a

investigação na qual ocorre ou ocorreu o fenômeno e que dispõe de elementos para explicá-lo. A pesquisa de campo permite a aplicação de questionários e testes, entrevistas e observação participante ou não, justificando as técnicas de coleta de dados adotadas.²⁴ Os dados foram coletados de uma IES privada, localizada em Belo Horizonte-MG, fundada há mais de um século, cujo curso de enfermagem iniciou-se em 2003 e foi reconhecido em 2006. Ressalte-se que houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da IES para realização desta pesquisa.

A pesquisa descritiva²⁴ pode estabelecer correlações entre variáveis e sua natureza. Serve como base para explicação de fenômenos, embora não tenha compromisso de explicar os fenômenos que descreve. Expõem-se características de determinada população insere-se nela a pesquisa de opinião. O método quantitativo é focado na mensuração de fenômenos envolvendo a coleta e a análise de dados numéricos e aplicação de testes estatísticos.²⁵

Sobre a relação entre população e amostra, convém sublinhar que o número de professores do curso de enfermagem da IES é 62, sendo 39 enfermeiros e 23 profissionais de outras áreas. Tendo em vista os objetivos da pesquisa, os professores sem formação em enfermagem foram excluídos da população-alvo. Por fim, dos 39 professores enfermeiros, 23 responderam ao questionário.

Além desse instrumento de coleta de dados, procedeu-se, também, ao levantamento documental (legislação do exercício profissional do enfermeiro, DCN-CGE⁵ e projeto pedagógico da instituição) e à observação direta. Juntamente com um termo de esclarecimento e consentimento, o questionário foi entregue a cada participante e desdobrou-se em duas partes: na primeira, foram abordados dados demográficos e funcionais, como sexo, idade, estado civil, titulação, experiência profissional em organização de saúde, nível hierárquico ocupado na organização de saúde, experiência acadêmica como professor no ensino superior e períodos em que leciona; a segunda parte constou de 55 afirmativas, sendo que as primeiras 23 estavam relacionadas às competências profissionais descritas no modelo de Fleury e Fleury¹⁴ e as demais foram compostas conforme as descrições de competências previstas nas DCN-CGE.⁵ Os incisos 13 e 27 foram resumidos em uma só frase, em virtude de seu conteúdo.

As questões foram respondidas de acordo com o nível de concordância apontado pelos professores por meio de uma escala tipo Likert de 5 graus. Julgou-se interessante estabelecer uma comparação entre as contribuições conceitualmente planejadas e as efetivamente realizadas pelo curso, com o intuito de levantar discrepâncias percebidas pelos professores entre o planejado (ideal) e o efetivo (real) no processo de aprendizagem abordado.

Quanto às técnicas para a análise de dados, utilizou-se a análise documental. Os dados obtidos por meio do questionário, estes foram tratados estatisticamente com o auxílio de planilha eletrônica.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram apresentados e analisados na seguinte ordem: primeiramente os dados demográficos dos respondentes, em seguida as contribuições do curso para as competências prescritas nas DCN-CGE⁵ e, por fim, as contribuições do curso para as competências profissionais segundo o modelo de Fleury e Fleury.¹⁴

Em relação aos dados demográficos, nove aspectos foram considerados: 91,0% dos respondentes eram do sexo feminino; 56,0% eram casados; 30,0% deles estavam na faixa etária entre 41 e 45 anos e 48,0% entre 21 e 30 anos; 52,0% eram mestres e o restante, especialistas; 39,0% tinham entre seis e dez anos de experiência profissional como enfermeiro em organização de saúde e 30,0% mais de vinte anos de experiência na profissão de enfermeiro; 39,0% ocupavam o nível hierárquico operacional/técnico

na organização de saúde em que atuavam e 39,0% ocupavam cargo gerencial em tal espaço produtivo; 52,0% dos professores abordados possuíam experiência acadêmica entre dois e cinco anos e 22,0% tinham menos de dois anos na profissão acadêmica; e 43,5% lecionavam em apenas um período dos oito períodos do curso. Trata-se, portanto, de professores com maior experiência profissional como enfermeiro que sua experiência na academia.

Na percepção dos professores, os resultados da pesquisa apontaram para índices satisfatórios quanto às contribuições ideais, desejadas do curso na formação e no desenvolvimento das competências profissionais dos alunos. No entanto, quanto às contribuições reais, os dados foram reveladores de uma realidade pedagógica e profissional preocupante, como se pode observar na TAB. 1.

TABELA 1 – Comparação dos níveis – real e ideal – de contribuição do curso para a formação e o desenvolvimento das competências descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em enfermagem, na percepção do professor

Contribuição do curso Incisos	Satisfatório (%)		Mediano (%)		Insatisfatório (%)	
	Ideal	Real	Ideal	Real	Ideal	Real
1	100,0	69,6	0,0	17,4	0,0	13,0
2	100,0	69,6	0,0	17,4	0,0	13,0
3	100,0	65,2	0,0	17,4	0,0	17,4
4	100,0	78,3	0,0	4,3	0,0	17,4
5	95,7	65,2	0,0	4,3	4,3	30,4
6	100,0	82,6	0,0	8,7	0,0	8,7
7	95,7	95,7	0,0	4,3	4,3	0,0
8	100,0	60,9	0,0	0,0	0,0	39,1
9	100,0	47,8	0,0	4,3	0,0	47,8
10	100,0	39,1	0,0	21,7	0,0	39,1
11	95,7	60,9	4,3	17,4	0,0	21,7
12	100,0	82,6	0,0	4,3	0,0	13,0
13 e 27	100,0	65,2	0,0	4,3	0,0	30,4
14	91,3	69,6	4,3	4,3	4,3	26,1
15	95,7	69,6	4,3	13,0	0,0	17,4
16	100,0	78,3	0,0	0,0	0,0	21,7
17	100,0	65,2	0,0	13,0	0,0	21,7
18	100,0	65,2	0,0	8,7	0,0	26,1
19	95,7	52,2	4,3	34,8	0,0	13,0
20	100,0	73,9	0,0	17,4	0,0	8,7
21	95,7	60,9	4,3	17,4	0,0	21,7
22	100,0	65,2	0,0	4,3	0,0	30,4
23	100,0	73,9	0,0	21,7	0,0	4,3
24	100,0	69,6	0,0	17,4	0,0	13,0
25	100,0	65,2	0,0	21,7	0,0	13,0
26	100,0	52,2	0,0	4,3	0,0	43,5
28	95,7	43,5	4,3	21,7	0,0	34,8
29	100,0	60,9	0,0	8,7	0,0	30,4
30	87,0	39,1	13,0	13,0	0,0	47,8
31	78,3	21,7	13,0	30,4	8,7	47,8
32	91,3	47,8	8,7	21,7	0,0	30,4
33	95,7	65,2	4,3	13,0	0,0	21,7

Fonte: Dados primários levantados em questionário.

Do ponto de vista do planejado, do ideal que o curso desenvolve em face das competências profissionais prescritas nas DCN-CGE,⁵ apenas os incisos 30 (“participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde”) e 31 (“assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde”) apresentaram resultados diferenciados dos demais: a contribuição do curso para o desenvolvimento da competência prevista no inciso 30 foi percebida como satisfatória por 87,0% dos respondentes e, no caso do inciso 31, por 78,3% dos docentes abordados, o que indica a necessidades, de ajustes para maior inserção dos alunos em diversificados espaços laborais.

No que tange à contribuição efetiva, real, do curso para o desenvolvimento das competências prescritas nas DCN-CGE,⁵ o quadro assume contornos preocupantes: mais de 30,0% dos docentes percebem como insatisfatória tal contribuição no que tange aos incisos 5º (30,4%), 8º (39,1%), 9º (47,8%), 10 (39,1%), 13 e 27 (avaliados conjuntamente e com o percentual de 30,4% de docentes que consideram insatisfatória a contribuição real do curso), 22 (30,4%), 26 (43,5%), 28 (34,8%), 29 (30,4%), 30 (47,8%), 31 (47,8%) e 32 (30,4%). Se o corte for reduzido para o nível de 20,0%, acrescenta-se a essa lista os incisos 11 (21,7%), 14 (26,1%), 16 (21,7%), 17 (21,7%), 18 (26,1%), 21 (21,7%) e 33 (21,7%).

Considerando-se o conteúdo de cada inciso, torna-se evidente a necessidade de uma visão mais ampla, holística das atribuições do profissional em formação, com vista à sua inserção competente no mercado de trabalho e em outras instâncias mais gerenciais que operacionais. Do ponto de vista individual, a percepção dos professores implica questões de formação mais drásticas, principalmente no que tange a aspectos relacionais, comportamentais (comunicação, por exemplo), mais em voga na atualidade, considerando-se a natureza multifacetada da área de saúde. Assim, se o conteúdo normativo não está sendo absorvido (nota-se o resultado do inciso 10), o processo de aprendizagem profissional sofre problemas básicos que precisam ser revistos, principalmente dado o caráter gerencial das práticas de enfermagem (inciso 8º), das quais a questão da visão estratégica não pode se furtar.

Por outro lado, percebe-se que a aprendizagem da enfermagem se dá, também, “fora da sala de aula”, em outros espaços profissionais que não têm sido considerados nas práticas pedagógicas, tendo em vista os resultados referentes aos incisos 2º, 16, 17, 30, 31 e 33. Denota-se, assim, segundo os professores investigados no curso na IES, preocupação com relação a uma prática rotineira, tecnicista (observa-se o resultado insatisfatório quanto ao inciso 28); acomodada, adaptativa (nota-se o resultado positivo do inciso 20); sem incentivos às mudanças, deixando a desejar a questão da mobilização de recursos (inciso 21); formação da visão estratégica e o agir gerencial, contribuindo para modestos avanços em termos da subordinação histórica da profissão (inciso 22); e uma tímida preocupação quanto à formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem, corroborado pela competência aprender, que aponta a deficiência do curso em desenvolver a habilidade “saber desenvolver-se” e propiciar o desenvolvimento dos outros (inciso 24), indicando a presença de práticas pedagógicas voltadas mais para a ação que para a reflexão (inciso 26), desvinculando a prática da teoria (inciso 29).

Nota-se, ainda, nos resultados o questionamento sobre a valorização da profissão, tendo em vista a realidade dos neófitos em termos de assumir jornadas múltiplas de trabalho para a manutenção de renda em face da atividade pouco reconhecida e mal remunerada.

Na segunda parte da pesquisa, o modelo utilizado foi o de Fleury e Fleury,¹⁴ extensivo a qualquer categoria profissional e que aborda as competências em sete saberes já mencionados: saber agir, saber mobilizar, saber comunicar, saber aprender, saber comprometer-se, saber assumir responsabilidades e ter visão estratégica. Mais uma vez, a percepção da maioria dos professores aponta para índices satisfatórios (100,0% para todos os saberes, à exceção de 95,7% para o “ter visão estratégica”) quanto às contribuições ideais do curso na formação e ao desenvolvimento das competências profissionais dos alunos, o que implica um projeto pedagógico “idealmente” bem concebido. Já os níveis de contribuições reais percebidos pelos docentes obtiveram resultados melhores que quando consideradas as DCN-CGE,⁵ como se pode observar na TAB. 2.

TABELA 2 – Comparação dos níveis – ideal e real – de contribuição do curso para a formação e o desenvolvimento das competências descritas no modelo de Fleury e Fleury, na percepção do professor

Contribuição do curso Competências	Satisfatório (%)		Mediano (%)		Insatisfatório (%)	
	Ideal	Real	Ideal	Real	Ideal	Real
Saber agir	100,0	56,5	0,0	26,1	0,0	17,4
Saber mobilizar	100,0	56,5	0,0	8,7	0,0	34,8
Saber comunicar	100,0	47,8	0,0	34,8	0,0	17,4
Saber aprender	100,0	56,5	0,0	26,1	0,0	17,4
Saber comprometer-se	100,0	60,9	0,0	13,0	0,0	26,1
Saber assumir responsabilidades	100,0	65,2	0,0	26,1	0,0	8,7
Ter visão estratégica	95,7	43,5	4,3	47,8	0,0	8,7

Fonte: Dados primários levantados em questionário.

Observa-se, em relação à real contribuição do curso na formação de tais saberes, níveis satisfatórios considerados por mais de 56,0% dos professores, com exceção de dois saberes: “saber comunicar” (47,8%) e “ter visão estratégica” (43,5%). Esses resultados corroboram as análises realizadas referentes aos dados a respeito das DCN-CGE.⁵

Por outro lado, na visão de mais de 60,0% dos professores, o curso contribui de modo satisfatório no que tange ao “saber comprometer-se” e ao “saber assumir responsabilidades”, considerados imprescindíveis no serviço de saúde. Contraditoriamente, o segundo maior percentual de respondentes (26,1%) que consideram a contribuição do curso como insatisfatória foi justamente quanto ao “saber comprometer-se”, fato que indica a necessidade de aprofundamento em termos de pesquisas futuras.

Em relação ao “saber mobilizar”, 34,8% dos professores investigados consideram insatisfatório o grau de contribuição do curso para o desenvolvimento desse saber componente da competência profissional, fato preocupante, tendo em vista o caráter multifacetado da profissão, a qual pode ser exercida em diversos espaços laborais, atuando em diversas funções.

Esses dados revelam que, em termos do “saber agir”, o curso tem contribuído significativamente na visão dos professores, valorizando as práticas de saúde e do conhecimento técnico-científico necessários à prestação da assistência, dando importância ao como fazer e por que fazer.

Em relação ao “saber mobilizar”, tendo em vista a percepção dos docentes quanto ao grau insatisfatório já mencionado, deve-se considerar a valorização da interdisciplinaridade, possibilitando a aquisição de conhecimentos específicos da área que proporcionará o entendimento do aluno diante de suas necessidades para a prestação da assistência de enfermagem.

Quanto ao “saber comunicar-se”, os professores reconhecem que o curso possui falhas na utilização de recursos de tecnologia de informação e de comunicação no processo ensino-aprendizagem. Nessa visão, os alunos não possuem, em sua formação, habilidades de escrita e leitura, domínio de pelo menos uma língua estrangeira conforme as prescrições das DCN-CGE.⁵

Em relação ao “saber aprender”, há o reconhecimento da importância da aproximação do conteúdo teórico com a prática empírica por meio de visitas técnicas, estágios curriculares e extracurriculares, porém há que sublinhar que 26,1% dos docentes pesquisados consideram a contribuição do curso para essa competência como mediana e 17,4% como insatisfatória, o que merece maior atenção por parte da gestão do curso.

Quanto ao “saber comprometer-se”, as respostas dos professores indicam que o curso contribui para o

reconhecimento e valorização da posição e papel do enfermeiro na organização.

Diante do “saber assumir responsabilidades”, os resultados apontam para um curso essencialmente normativo, que trabalha com um objeto complexo, o ser humano, sendo que qualquer procedimento equivocado pode provocar-lhe danos físicos e psíquicos.

Diante do “ter visão estratégica”, ressalte-se, ainda, que 47,8% dos respondentes consideram mediana a contribuição do curso, indicando uma ênfase no conhecimento técnico-científico e, daí, numa prática de enfermagem preventiva e curativa com vista ao serviço de enfermagem, com foco no paciente e em detrimento da visão gerencial. Isso dificulta a inserção de modo mais competente e condizente com a natureza da profissão de enfermagem nos dias atuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Objetivou-se descrever e analisar as percepções dos professores quanto às contribuições – ideais e reais – do curso de Enfermagem de uma IES privada situada em Belo Horizonte-MG, para o desenvolvimento de competências profissionais dos alunos, tendo em vista a importância de seu papel na formação acadêmica e profissional do enfermeiro, procedeu-se a uma pesquisa de campo, descritiva e com abordagem essencialmente quantitativa. Para a coleta de dados, foram utilizados levantamento documental, observação direta e, principalmente, um questionário, distribuído para 39 docentes-enfermeiros do curso. Desses, 23 devolveram o questionário respondido, o qual era composto de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e de mais duas partes: a primeira com dados demográficos e funcionais, como sexo, idade, estado civil, titulação, experiência profissional em organização de saúde, nível hierárquico ocupado na organização de saúde, experiência acadêmica como professor no ensino superior e períodos em que leciona; a segunda parte constou de 55 afirmativas, sendo que as primeiras 23 estavam relacionadas às competências profissionais descritas no modelo de Fleury e Fleury¹⁴ e as demais foram compostas conforme as descrições de competências previstas nas DCN-CGE.⁵ As questões foram respondidas de acordo com o nível de concordância apontado pelos professores por meio de uma escala tipo Likert, de 5 graus.

Estabeleceu-se uma comparação entre as contribuições conceitualmente planejadas e as efetivamente realizadas pelo curso, com o intuito de levantar discrepâncias percebidas pelos professores entre o planejado (ideal) e o efetivo (real) no processo de aprendizagem abordado. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise documental para os dados secundários coletados por meio de levantamento documental, e os dados primários, obtidos por meio do questionário, foram tratados estatisticamente com o auxílio de planilha eletrônica.

Quanto aos resultados apresentados e analisados, ressalte-se que, do ponto de vista do ideal, do desejado que o curso contribua, os professores pesquisados validaram os preceitos específicos das DCN-CGE⁵ e os gerais do modelo de Fleury e Fleury.¹⁴ Porém, quando questionados sobre a contribuição real do curso para a formação e o desenvolvimento de tais competências, os níveis “insatisfatórios” se fizeram presentes, colocando em evidência as políticas e práticas pedagógicas desenvolvidas na IES e as condutas de alunos e de professores.

Note-se que esta pesquisa possui diversas limitações, dentre elas o fato de se ter abordado apenas os professores-enfermeiros, pois, apesar de se conhecer melhor a realidade de trabalho que aguarda os discentes, não foram contemplados todos os docentes que contribuem para a formação interdisciplinar do enfermeiro. Outra limitação foi que a coleta de dados concentrou-se em apenas uma IES de natureza privada, cuja filosofia de trabalho pode ser (e normalmente é) diferente de outras, implicando diferentes percepções por parte dos professores quanto ao resultado do trabalho do qual fazem parte.

Para pesquisas futuras, recomenda-se, então, ampliar a pesquisa em outras IESs, inclusive de natureza jurídica diferente, com vista à comparação dos dados e aprendizagem mútua. Sugere-se, também, ampliar a escuta para os outros atores envolvidos, principalmente os alunos, tanto os em formação como os já formados, de maneira a contribuir para revisão das práticas pedagógicas e, até mesmo, para uma revisão nas diretrizes curriculares do curso, de forma a mantê-lo atualizado com as demandas reais da profissão, cada dia mais exigente.

Para o curso e a IES, recomenda-se iniciar um debate com os professores em termos das políticas e práticas

pedagógicas atuais, de maneira a promover a valorização das práticas preventivas e curativas que diferenciam a atuação do enfermeiro dos demais profissionais da saúde.

Percebeu-se necessária uma articulação mais profunda com outros campos de saber, como a Administração e a Sociologia, com vista a preencher lacunas em termos da mobilização de recursos e da visão estratégica inerentes às funções do enfermeiro. É preciso, também, ampliar o foco de atuação profissional dos alunos, indo além do paciente, fato que exige esforços mais profundos tendo em vista as mudanças culturais que implica. Da mesma forma, uma “cultura acadêmica” precisa ser criada desde o início da formação profissional, sendo permanentemente oxigenada nos vários espaços laborais dos enfermeiros, para que a aprendizagem contínua se torne realidade no seio da profissão. Projetos de conscientização dos alunos seriam recomendáveis nesse sentido, pois a aprendizagem só ocorre com a efetiva participação discente.

Por fim, convém salientar que o professor reflete o curso, devendo ele assumir sua parcela de responsabilidade por promover as mudanças necessárias à formação efetiva do profissional de enfermagem. Em última análise, quem faz o curso é o professor, amparado por uma estrutura que não apenas permita, mas também promova comportamentos competentes de todos os envolvidos. Só assim poder-se-á contribuir de fato para o processo (constante) de emancipação da profissão.

Ressalte-se, por fim, que neste estudo não se teve a pretensão de restringir ou, menos ainda, de exaurir a reflexão em torno da formação do profissional de enfermagem, mas adicionar dados concernentes aos processos de ensino-aprendizagem e de formação e desenvolvimento de competências, processos complexos e envoltos em interesses variados.

REFERÊNCIAS

1. Gondim SMG. A sociedade da informação, as organizações formais educacionais, valores e trabalho docente: possíveis inter-relações. *Ética e Filosofia Política*. 1998 jul./dez; 3(2): 69-102.
2. Martins C, Kobayashi RMK, Ayoub AC, Leite MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. *Texto & Contexto Enferm*. 2006 jul./set; 15(3): 472-8.
3. Aguiar AB, Costa RSB, Weirich C, Bezerra ALQ. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Rev Eletrônica Enferm*. 2005; 7(3): 319-27. [Citado 2009 jan 21]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/09.htm>.
4. Munari DB, Merjane TVB, Prado MA. A educação de laboratório no processo de formação do enfermeiro: estratégia para o desenvolvimento da competência [monografia]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2003.
5. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto (BR). Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Resolução n. 3 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. *Diário Oficial da União*; 2001. Seção 1. p. 37.
6. Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto & Contexto Enferm*. 2006 jul./set; 15(3): 492-9.
7. Cunha ICKO, Neto FRGX. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? *Texto & Contexto Enferm*. 2006 jul./set; 15(3): 479-82.
8. Greco RM. Ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004 jul./ago; 57(4): 504-7.
9. Simões ALA, Fávero N. Aprendizagem da liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. *Rev Latinoam Enferm*. 2000 jul; 8(3): 91-6.
10. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Sinopse estatística da educação superior – 2000. [Citado 2009 mar 3]. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/sinopse/>.

11. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Sinopse estatística da educação superior – Graduação – 2007 [Citado 2009 mar 3]. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/sinopse/>.
12. Brito AMR. Representações sociais de discentes de enfermagem sobre ser enfermeiro [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
13. Brasil. Ministério da Educação e do Desporto (BR). Lei n. 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1996 dez. p. 27833.
14. Fleury A, Fleury MTL. Estratégias empresariais e formação de competências. São Paulo: Atlas; 2001.
15. Rodrigues RM. Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil: contexto, conteúdo e possibilidades para a formação [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
16. Vale EG, Guedes MVC. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das diretrizes curriculares nacionais. Rev Bras Enferm. 2004; 57(4): 475- 8.
17. Le Bortier G. Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Artmed; 2003.
18. Le Bortier G. De la compétence: essai sur un attracteur étrange. Paris: Les Éditions D'Organisation; 1995.
19. Zarifian P. Objetivo competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas; 2001.
20. Paiva KCM. Gestão de competências e a profissão docente: um estudo em Universidades no Estado de Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
21. Sparrow PR, Bognanno M. Competency requirement forecasting: issues for international selection and assessment. In: Mabey C, Iles P, organizadores. Managing learning. London: Routledge; 1994. p. 57-69.
22. Brígido RV. Criação de uma rede nacional de certificação de competências nacionais. In: Organização Internacional do Trabalho. Certificação de competências profissionais: discussões. Brasília: OIT, MTE/FAT; 1999.
23. Ramos MN. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez; 2001.
24. Vergara SC. Projetos e relatórios de pesquisa em Administração. 4ª. ed. São Paulo: Atlas; 2003.
25. Collis J, Hussey R. Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós- graduação. 2ª. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

Data de submissão: 30/3/2009

Data de aprovação: 19/10/2009

CUIDADO AMPLIADO EM ENFERMAGEM

BROAD NURSING CARE

EL CUIDADO AMPLIADO EN ENFERMERÍA

Luzmarina A. Doretto Bracciali¹

Marilda Marques Luciano Marvulo²

Romeu Gomes³

Magali A. Alves de Moraes⁴

Odilon Marques de Almeida Filho⁵

Osni Lázaro Pinheiro⁶

Maria de Lourdes Marmorato Botta Hafner⁷

RESUMO

O objetivo com este estudo é analisar os princípios de um cuidado ampliado com base na literatura específica e em dados de uma pesquisa com egressos de um curso de enfermagem. A metodologia consiste numa pesquisa de avaliação com uma abordagem qualitativa, baseada em entrevistas semiestruturadas, observação de situações simuladas e elaboração de plano de cuidado, envolvendo egressos de duas turmas, bem como seus gestores e usuários do serviço de saúde. Os resultados mostraram que existem diferenças na amplitude das ações de enfermagem em relação ao processo de cuidar. Os egressos abordaram um cuidado integral, humanizado, com enfoque individual e coletivo, compatível com as competências e habilidades preconizadas nas diretrizes curriculares do curso de enfermagem. A promoção de um cuidado humanizado por parte dos egressos foi valorizada tanto pelos gestores quanto pelos usuários do serviço de saúde. Dentre as conclusões, destaca-se a importância de se superar a conformação individualista, seguindo rumo a esferas coletivas, institucionais e estruturais da intervenção, nas perspectivas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados Básicos de Enfermagem; Ensino; Currículo.

ABSTRACT

This study aims to analyze the principles of the broad nursing care. It was based on the specific literature and on data collected from a research held by nursing graduates. The study had a qualitative approach and its methodology included semi-structured interviews, observation of simulated situations and the elaboration of a care plan involving graduates, supervisors and health system users. Results show that there are differences in the broadness of the nursing care actions. The nursing graduates provided whole, humanized, collective and individual care with the skills and competences indicated in the nursing course curriculum policies. Both supervisors and health system users appreciated the graduates' humanized care. We conclude that it is important to overcome an individual approach and to emphasize a collective, institutional and structural care intervention to promote, protect and recover health.

Key words: Nursing; Primary Nursing Care; Education; Curriculum.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue de analizar los principios del cuidado amplio basado en la literatura específica y en datos de una encuesta a egresados de un Curso de Enfermería. La metodología consistió en una encuesta de evaluación con enfoque cualitativo, basada en entrevistas semiestructuradas a egresados de dos grupos, bien como sus gestores y usuarios del servicio de salud. Los resultados mostraron que hay diferencias en la amplitud de las acciones de enfermería con relación al proceso de cuidar. Los egresados se refirieron a un cuidado integral, humanizado, con enfoque individual y colectivo, compatible con las capacidades y habilidades recomendadas en las directrices curriculares del Curso de Enfermería. La promoción del cuidado humanizado por parte de los egresados fue valorizada tanto por los gestores como por los usuarios del servicio de salud. Dentro de las conclusiones se destacan la importancia de superar la conformación individualista, siguiendo el rumbo y las esferas colectivas, institucionales y estructurales de la intervención, dentro de la perspectiva de promover, proteger y recuperar la salud.

Palabras clave: Enfermería; Cuidados Básicos de Enfermería; Enseñanza; Curriculum.

¹ Enfermeira. Doutoranda da EEUSP-SP. Professora e membro do Grupo de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina de Marília.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental na EEUSP-Ribeirão Preto-SP. Enfermeira coordenadora do Ambulatório de Onco-hematologia do Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília. Membro do Grupo de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina de Marília.

³ Pesquisador. Doutor em Saúde Pública. Professor titular no Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

⁴ Psicóloga. Doutora em Educação pela UNESP Marília-SP. Professora e membro do Grupo de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina de Marília.

⁵ Farmacêutico-Bioquímico. Doutor em Microbiologia pela UNESP, Rio Claro-SP. Professor e membro do Grupo de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina de Marília.

⁶ Farmacêutico-Bioquímico. Doutor em Ginecologia e Obstetrícia pela UNESP-Botucatu. Professor e membro do Grupo de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina de Marília.

⁷ Médica. Professora e coordenadora do Grupo de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina de Marília.

Endereço para correspondência - Luzmarina A. Doretto Bracciali: Av. Monte Carmelo 800, CEP: 17519-030. E-mail: luzbra@terra.com.br; luzmari@famema.br.

INTRODUÇÃO

A promoção dos cuidados em enfermagem vem enfrentando desafios para que possa, de um lado, contemplar as demandas das atuais diretrizes da graduação e, de outro, responder ao diálogo de suas especificidades com outros campos de atuação profissional em saúde.

Alguns cursos de formação do profissional de enfermagem, desde a década de 1990, vêm ensaiando mudanças para que seus egressos possam promover o cuidar numa perspectiva ampliada, coerente com as mencionadas diretrizes curriculares. Dentre esses cursos, destaca-se o da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), instituição estadual que em 1998 iniciou um processo de mudança curricular, promovido para que os cuidados em enfermagem ocorressem de forma integral.

Apesar de essas iniciativas de formação do cuidado ampliado serem desenvolvidas há mais de uma década, ainda são escassas as publicações que refletem sobre essas experiências numa perspectiva de avaliação. Levantamento realizado pelos assuntos cuidado, enfermagem e formação na Biblioteca Virtual Scielo, em 20 de junho de 2009, apontou a publicação de 55 artigos. Refinando esse levantamento com os assuntos cuidado ampliado, enfermagem e formação, nenhum artigo foi encontrado, bem como em relação aos assuntos cuidados em enfermagem, formação e avaliação.

Caminhando na direção do aprofundamento da temática, consideramos necessário o diálogo entre a formação do cuidado na perspectiva ampliada com o cotidiano da prática profissional. Esse diálogo poderá possibilitar tanto uma avaliação da experiência do curso de enfermagem da FAMEMA, uma das instituições pioneiras no desenvolvimento de mudanças curriculares na área da saúde,¹ quanto o fornecimento de subsídios para a reflexão promovida por outros cursos que estejam realizando ou discutindo mudanças curriculares em enfermagem.

Nessa perspectiva, neste estudo se propõe analisar os princípios de um cuidado ampliado com base na literatura específica sobre o assunto e nos dados de uma pesquisa de avaliação dos egressos do curso de enfermagem da FAMEMA.

Cuidado em saúde

Normalmente, quando se fala em cuidado de saúde, atribui-se a essa expressão um sentido de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento.²

As recentes transformações da área de saúde rumo à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica apresentam diversas implicações. De um lado, identificam-se importantes avanços no diagnóstico e na terapêutica, com melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes. De outro, a fragmentação do

atendimento ao paciente nas diversas especialidades e a exagerada solicitação de exames complementares levam ao encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Como consequência, soma-se a isso tudo a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia.²

Algumas características fundamentais do cuidar em saúde se referem ao desenvolvimento de atitudes e relacionamentos entre pacientes e profissionais de saúde, com base na intersubjetividade e no exercício de uma sabedoria prática para a saúde. Esses aspectos devem ser apoiados na tecnologia, mas sem deixar que a ação em saúde se resuma a esta.²

Nessa mesma perspectiva do cuidado, Silva e Sena³ abordam a integralidade na atenção à saúde, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que orienta as políticas e as ações programáticas para atender às demandas e às necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde. Na abordagem integral, devem ser considerados os determinantes do processo saúde-doença e também as pessoas como sujeitos indivisíveis no que se refere às distintas dimensões: biológica, psicológica, cultural e social do ser cuidado.

Quando pensamos em reconstrução das práticas de saúde, devemos considerar, também, a importância de enxergar o cuidado não somente individualizado, mas também coletivo. Nesse sentido, é necessário “superar a conformação individualista rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com constructos de outras ciências”.²

Ayres⁴ destaca a importância do diálogo como dispositivo no manejo técnico das propostas reconstrutivas das práticas de saúde com enfoque na humanização. De acordo com o autor, trata-se do diálogo não como mero recurso para a obtenção de informações requeridas pelo manejo instrumental do adoecimento, que é o modelo típico da anamnese clássica: não basta apenas fazer o outro falar sobre aquilo que o profissional de saúde sabe que é relevante saber; é preciso, também, ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, tem a dizer de acordo a própria percepção⁵.

Nesse contexto de cuidar, a profissão de enfermeiro tem como essência o cuidado com o olhar voltado para duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos; e outra subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição.⁶ Mas, embora a enfermagem como profissão esteja focada e intimamente relacionada ao cuidar, nem sempre essa relação se deu de forma homogênea.

As tendências mais atuais reveladas nas pesquisas em enfermagem são de uma abordagem mais humanista, para a qual convergem a ciência, a tecnologia e a arte, revelando o cuidar como o modo de ser da enfermagem. Para o novo milênio, as tônica incluem o pluralismo, a diversidade, a interdisciplinaridade e o resgate do cuidado humano ampliado.⁷

Nessa perspectiva, as tecnologias, sejam elas duras, leves/duras ou leves, utilizadas nos serviços de saúde, favorecem o aprimoramento do cuidado, porém não se pode esquecer de que é o cuidado que utiliza tais tecnologias.⁸ Com essa compreensão, redireciona-se para um cuidado de enfermagem mais eficiente, eficaz e convergente do ser cuidado. Deve ser considerado que o paciente é um ser holístico e que o aparato tecnológico é um meio, e não um fim, bem como que o contato humano é insubstituível. Dessa forma, o cuidado e a tecnologia possuem as aproximações que fazem com que o cuidado de enfermagem, resultante do trabalho direto com o paciente, sistematizado e organizado cientificamente, favoreça a manutenção da vida, proporcione conforto e bem-estar e contribua para uma vida saudável ou uma morte tranquila.^{9,10}

Silva e Sena³ apontam que um grande desafio atual na área de enfermagem é a criação de dispositivos que favoreçam a superação do modelo atualmente encontrado, o qual centraliza o ato dos profissionais e tem pouca ênfase nas ações de promoção da saúde. Essas mudanças de paradigma permitirão a construção de um cuidado centrado na perspectiva do usuário.

Especificamente em relação ao curso de enfermagem da FAMEMA, considera-se o cuidado nos âmbitos individual, coletivo, de gestão e de organização dos serviços de saúde, pautado em princípios científicos e éticos. Esse cuidado deve ser desenvolvido de forma humanizada e integral, requerendo-se o compromisso com a cidadania e a responsabilidade social, na perspectiva da vigilância em saúde.

Assim, no âmbito individual, o cuidado requer a identificação das necessidades de saúde por meio da história e exame clínico, formulação do problema, elaboração, execução e avaliação de um plano de cuidado.

No que se refere ao cuidado coletivo e gestão dos serviços de saúde, utilizam-se os princípios da epidemiologia e do planejamento em saúde.

Em suma, o que a FAMEMA espera é que esse cuidado esteja fundamentado na integralidade dos sujeitos, na comunicação clara, na postura acolhedora que favoreça o vínculo de modo a contemplar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com os princípios do SUS.¹¹

METODOLOGIA

Neste estudo, focaliza-se parte dos dados qualitativos de uma pesquisa mais ampla – aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Famema. O objetivo foi avaliar os resultados do curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), mediante a percepção e a atuação de seus egressos, bem como as avaliações de usuários do serviço de saúde, de gestores e supervisores sobre a prática desses egressos, envolvendo instrumentos quantitativos e qualitativos de coleta. Aqui, tratar-se-á apenas dos dados gerados dos instrumentos qualitativos.

Foram convidados para participar deste estudo os egressos que concluíram o curso em 2005 e 2006. Essa escolha se justificou porque os egressos de 2005 representam a última turma do projeto curricular baseado predominantemente na problematização e os de 2006 pertenceram à primeira turma que vivenciou a aprendizagem baseada em problema e o projeto curricular orientado por competência.

Também foram convidados a participar da pesquisa gestores que, de alguma forma, coordenaram o trabalho dos egressos e usuários que estavam sendo atendidos por eles.

Os sujeitos foram codificados com nomes fictícios. Os nomes dos egressos que concluíram o curso em 2005 iniciam-se com a letra “A” e os que concluíram no ano de 2006, com a letra “C”. Os gestores dos egressos de 2005 iniciam-se com a letra “E” e os de 2006, com a letra “D”. Todos os usuários atendidos pelos egressos se iniciam com a letra “M”.

As técnicas trabalhadas na abordagem qualitativa foram a entrevista semiestruturada, a elaboração de plano de cuidado e a observação de situações simuladas.

A temática da entrevista que estruturou este trabalho pautou-se pelo que o egresso considerou mais importante no processo de cuidar do seu paciente e o que conseguia colocar em prática.

Com relação ao usuário, foi solicitado que descrevesse como havia sido o atendimento feito pelo egresso e se este havia sido diferente daquele prestado por outros profissionais de enfermagem.

O gestor foi questionado se o egresso se aproximava do modelo que considerava como ideal para um enfermeiro e se identificava diferenças entre a atuação do enfermeiro que foi formado pela FAMEMA e a atuação daquele formado por outra instituição.

Os entrevistados foram selecionados mediante os seguintes princípios de amostra qualitativa: a) sujeitos que detinham os atributos relacionados ao que se pretendia estudar; b) considerar que tais sujeitos em número suficiente para que pudesse haver reincidência das informações; c) considerar a possibilidade de inclusões sucessivas de sujeitos até que fosse possível uma discussão densa das questões da pesquisa.¹² Com base nesses princípios, foram entrevistados 12 egressos, sendo 6 de cada ano de estudo; 11 gestores, sendo quatro de 2005 e sete de 2006. Foram entrevistados seis usuários, sendo 2 de 2005 e 4 de 2006.

Após responderem às questões da entrevista, os egressos receberam uma situação-problema por escrito – uma paciente com tuberculose pulmonar a ser admitida numa unidade de internação hospitalar. Diante dessa situação, os egressos deveriam elaborar um plano de cuidados em enfermagem.

Em um segundo momento, todos os egressos foram convidados a participar de situações que simulam a prática de enfermeiro, no cenário estruturado da FAMEMA, tendo como ponto de partida conseguir pelo

menos duas simulações de cada turma. Ao todo, foram observadas cinco situações simuladas, sendo duas referentes aos egressos de 2005 e três, de 2006. Essas situações simuladas duraram, aproximadamente, 50 minutos e retrataram uma consulta de enfermagem em paciente simulado¹³⁻¹⁶ com quadro de tétano, atendido na Unidade de Saúde da Família. Cada simulação foi gravada em vídeo e em som. Tanto o egresso como o paciente simulado receberam orientações por escrito sobre a atividade. No final, o egresso fez uma autoavaliação por escrito.

Os textos produzidos com base na transcrição das gravações ou filmagens referentes às entrevistas feitas com egressos, gestores, usuários e situações simuladas com egressos foram analisados e interpretados com base no Método de Interpretação de Sentidos.^{17,18} Esse método baseia-se em princípios hermenêutico-dialéticos que buscam interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e inter-relações entre grupos e instituições.

Na trajetória analítico-interpretativa dos textos, foram percorridos os seguintes passos: a) compreensão geral do material obtido; b) identificação e recorte temático que emergiram dos depoimentos e das simulações; c) busca e problematização de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes às falas e às ações observadas em cada recorte temático; d) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos sobre o assunto e o referencial teórico do estudo; e) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A formação da enfermagem na perspectiva do cuidado ampliado se sustenta, principalmente, nas falas e nos planos de cuidados dos egressos e se fragiliza nas ações de alguns desses, representadas, principalmente, nas situações simuladas.

Mediante os dados deste estudo, foram atribuídos três sentidos para o cuidado ampliado: o cuidado humanizado, o cuidado integral e o cuidado individual e coletivo. Esses sentidos se articulam direta ou indiretamente com as atuais tendências do cuidado ampliado em saúde.

O cuidado humanizado foi retratado pelos egressos como aquele centrado nas pessoas, e não na doença, com comunicação clara e empática e também com postura ética. Segundo os egressos, tais princípios abrangem o paciente, a família e toda a equipe de trabalho.

Alguns egressos expressaram essa ideia na entrevista quando salientaram que o importante ao se cuidar do paciente é o *acolhimento*, a *relação interpessoal*, o *compromisso profissional* (Angélica) e também o *vínculo* (Angelina). Outro egresso apontou a necessidade da empatia: *perceber a pessoa como ser humano, que tem*

suas dores, os seus sofrimentos (Cícero). Entretanto, alguns egressos, apesar de valorizarem o atendimento humanizado, enfatizaram a atenção primária. Na atenção terciária, a valorização ficou em torno dos cuidados técnicos e biológicos, como ilustrado nas falas: o importante é *conhecer a patologia, os exames que foram realizados, fazer o histórico de enfermagem para poder organizar a assistência* (Alana).

No hospital particular, o cuidado humanizado parece estar mais vinculado às exigências da instituição e à posição socioeconômica do paciente, ficando a relação centrada *no esclarecer [suas] dúvidas o tempo todo [...] porque hospital particular você não pode deixar o paciente sem resposta* (Amanda).

O cuidado humanizado não se restringiu apenas ao paciente, mas também se estendeu para a equipe de trabalho, conforme expressa Clara a seguir: *Muito jogo de cintura, muita sabedoria porque às vezes para você cuidar de alguém, tem que ter a noção de que não cuida sozinho que tem toda uma equipe*.

Nos planos de cuidado elaborados pelos egressos, também foi observado o cuidado numa perspectiva mais humanizada. Como exemplo disso, Antônia destaca que é importante *acolher a usuária procurando escutar seus sentimentos e anseios, desejos e perspectivas*. Artur diz que *é importante colocar-se à disposição da paciente, estimular a paciente a expor sentimentos e preocupações relacionadas a internações*.

Os egressos de 2006 também destacaram, no plano de cuidados, que é importante *verificar dúvidas da paciente em relação ao processo saúde-doença e procurar tranquilizá-la* (Cibele). Clara realça a importância de *esclarecer dúvidas da paciente e dos familiares, bem como da própria equipe de saúde*.

No entanto, nem todos os egressos contemplaram em seu plano de cuidado aspectos relacionados à humanização. A exemplo disso, Amanda enfocou o cuidado como uma relação direta com o paciente, mas esse cuidado e essa relação para a egressa estão relacionados a tarefas, e não a vínculo e afetividade. Segundo a egressa, *primeiro, realizaria a entrevista com a paciente levantando dados importantes de sua história clínica atual e pregressa [...], acomodaria a paciente em local confortável*.

Em contrapartida, nas situações simuladas, observou-se que essa perspectiva humanizada se materializou quando todos os egressos receberam o paciente à porta, chamaram-no pelo nome, apresentaram-se e declararam suas funções.

Quanto à atitude, os egressos de 2005 não dispensaram atenção e escuta qualificada, bem como a valorização imediata das queixas mencionadas pelo paciente simulado, promovendo uma relação mais superficial com ele. Artur, apesar de chamar o paciente pelo nome durante a consulta, fez a coleta de dados de forma mecanizada, anotou e, algumas vezes, direcionou o olhar para o paciente. Interrompeu-o, dizendo que ia dar uma olhada no pé machucado, não o estimulando

a caracterizar suas queixas. Apesar de facilitar ao paciente a expressão de suas dúvidas, não lhe explorou a ansiedade e as possíveis preocupações.

Os egressos de 2006 demonstraram, no atendimento, atitude mais espontânea e menos formal. Cibeles sentou-se ao lado da mesa, ficando mais próxima do paciente. Durante a consulta, procurou olhar para ele, demonstrando interesse com uma postura muito acolhedora. Assim que ele falou sobre a lesão do pé, a egressa valorizou, olhou o machucado, enquanto colhia os dados da história clínica.

Além dessas considerações, observam-se também fragmentos das falas dos usuários que podem apontar o sentido do cuidado:

Ah, eu penso comigo que eles devem tratar bem o paciente, como até hoje eu não tenho queixas em todos os lugares que eu fui atendida, eu fui bem atendida. (Márcia)

Deve ser atenciosa, acolhedora, entender o que está fazendo, gostar do que faz e ser educada com os pacientes difíceis. (Manuela)

Para os usuários atendidos pelos egressos de ambas as turmas, o conceito de cuidado envolve um atendimento humanizado, no qual o enfermeiro explica ao paciente o que ele tem de fazer, trata-o bem, identifica-se no início do atendimento, é atencioso, acolhedor, entende e gosta do que faz. Assim, de acordo com os usuários do serviço de atenção primária do SUS, não foram encontradas diferenças nas consultas de enfermagem entre as referidas turmas.

Por sua vez, os gestores relataram satisfação com o trabalho dos egressos, salientando o aspecto relacional com os colegas, com os pacientes, com os funcionários e com a equipe multiprofissional. No entanto, um gestor questionou se essa postura está relacionada à formação ou à pessoa:

Não sei se é da personalidade da egressa ou se tem a ver com a formação da Famema [...] percebi que a egressa não tinha medo de chegar perto da assistência, então me parece que esta formação para ela estava muito bem estruturada. (Diogo)

Assim, os dados relacionados ao cuidado humanizado se aproximam da perspectiva do Ministério da Saúde quanto à política nacional de humanização, a qual valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, que se faz presente de diferentes formas, incluindo a escuta, o estabelecimento de vínculos e afetos, o acolhimento, o respeito à autonomia e à ética, a corresponsabilidade entre os sujeitos e a participação coletiva no processo de gestão.¹⁹ Ayres⁴ também corrobora a ideia de que o diálogo, com vista a uma escuta cuidadosa, é importante para se estabelecer uma boa relação com os sujeitos envolvidos.

Por outro lado, o fato de os egressos terem valorizado o atendimento humanizado na atenção primária pode ser justificado em virtude de a equipe da atenção básica ter mais possibilidade de conhecer a família, sua situação afetiva, as consequências e o significado do adoecimento de um dos seus membros, sendo uma das características dessa assistência a continuidade do cuidado.¹⁹ Essa observação pode ser entendida considerando-se as peculiaridades da atenção básica que se centram na pessoa e são orientadas para a família.

Os dados comparados com essa perspectiva teórica apresentam limites quando retratados no trabalho em saúde hospitalar, sendo este centrado nos procedimentos, exames e medicações. Além disso, o cuidado recebido e vivenciado pelo paciente é a soma de um grande número de cuidados parciais que vão se complementando de forma mais ou menos consciente e negociada entre os vários profissionais. As regras hospitalares, em sua maioria, servem para reafirmar as relações de poder da instituição e profissionais de saúde para com o paciente, dificultando a humanização do cuidado.^{20,21}

Uma pesquisa norte-americana demonstrou que, em internações hospitalares, os profissionais responsáveis pela assistência (médicos e enfermeiros) dedicam apenas 20% de seu tempo à atividade de contato direto com o paciente e para aqueles pacientes que ficam internados em média de quatro a cinco dias, a rotatividade de profissionais de saúde fica em torno de 67 pessoas. No Brasil, esses dados podem ser até mais alarmantes, considerando o processo de trabalho da equipe de enfermagem e do médico, geralmente fragmentado em tarefas e especialidades, organizado em plantões e com jornada de trabalho descontínua.²²

Outro aspecto que aponta uma perspectiva ampliada pelos egressos se refere ao cuidado integral, no qual as pessoas são percebidas de forma holística. Essa concepção aparece nos depoimentos dos egressos de 2005 e de 2006, que reconhecem o ser humano, nas dimensões biológica, psicológica e social, como sujeito do cuidado.

Antonia, que atua na atenção básica, menciona que para cuidar do seu paciente é necessário *considerar o todo [...] o contexto de vida dele e seu social, econômico, [...] o que ele está sentindo naquele momento, o que ele está enfrentando e as condições psicológicas*. Para Clara, o mais importante é *ver a necessidade do outro porque às vezes pode não ser tão grande para você, mas para ele é*.

Nos planos de cuidado, houve discreto predomínio da dimensão biológica em detrimento da psicológica e social em ambas as turmas de egressos. No entanto, vários egressos demonstraram um olhar ampliado, apontando para uma mudança de entendimento em relação ao cuidar. Isso pode ser observado no plano de Angélica: *comunicar a assistência social para fazer uma visita e verificar as condições de moradia da paciente [...], instrução sobre seus hábitos alimentares e o que deverá ser feito*. Nessa mesma linha, Cibeles destaca que é

importante *tirar dúvidas e esclarecer quanto à doença, tanto para a família, como na escola.*

Na situação simulada, todos os egressos contemplaram as três dimensões, com maior ênfase na dimensão biológica e na atenção individual. Uma diferença marcante foi que os egressos de 2005 tiveram uma atitude mecanicista e direcionada à queixa principal, como é o caso de Antônia, que durante a situação simulada apresentou uma comunicação interrompida e com vícios de linguagem, repetindo sempre *Ah, tá*. Além disso, foi pouco acolhedora e deixou de explorar os dados clínicos do paciente.

Diferentemente, os egressos de 2006 apresentaram uma postura mais acolhedora e uma relação enfermeira-paciente mais humanizada, com um olhar ampliado. Cíntia mostrou-se atenta durante a consulta de enfermagem, olhando para o paciente, escrevendo em alguns momentos sem interferir na comunicação.

Na situação simulada, os egressos de 2005 demonstraram pouca preocupação em estabelecer um vínculo e uma atitude empática. Percebeu-se um atendimento voltado para a necessidade que o caso requeria do ponto de vista biológico, sem levar em consideração o paciente como um todo.

Os egressos de 2006, por sua vez, realizaram um atendimento menos formal. Preocuparam-se em atender às necessidades biológicas que o caso exigia, mas se aproximaram mais do atendimento integral. Essa aproximação foi caracterizada por atitudes de respeito à cultura e às crenças, com esclarecimentos de medos e dúvidas dos pacientes.

Além dessas considerações, fragmentos das falas dos usuários apontaram esse sentido do cuidado integral, como é o caso do discurso de Monique, ao destacar que o egresso que a atendeu *esclarecia todas as [suas] dúvidas em relação à doença*; e do de Marina, que relatou que a egressa *falou sobre amamentação, orientou e visitou a gestante*. Foi também apontado um fato no qual a enfermeira intermediou uma situação em que a usuária necessitava de atestado médico. Este, a princípio, havia sido negado, mas, com a intervenção da egressa, isso foi resolvido. Segundo essa usuária, a egressa *ficou no pé do médico e ele fez [o atestado] no outro dia*.

Nas falas dos gestores, o cuidado integral é relacionado à formação, destacando-se que o egresso da FAMEMA demonstrou muita atenção e cuidado diferenciado com o paciente e considerou o seu contexto social, atendendo satisfatoriamente no que diz respeito às condutas, estando *preparada para trabalhar na Unidade de Saúde como enfermeira de que a unidade precisa*. (Denise).

Os gestores destacaram a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) contemplando-lhe todos os passos e proporcionando-lhe melhor avaliação do paciente, de tal forma que o egresso relata realmente o que acontece com este e adota a conduta correta. Para a operacionalização da SAE, pressupõe-se uma visão

não individualista do paciente, mas a consideração deste como um indivíduo inserido em uma família e em uma comunidade.

Os gestores afirmaram que os egressos *têm um movimento bastante ampliado, [...] mobilizam conhecimento na ação, na perspectiva da integralidade do cuidado num processo de cogestão*. (Elaine)

O cuidado integral à saúde está voltado para o ser humano como sujeito, e não como objeto. Portanto, não há como conceber um cuidado integral se o ser humano não for visto por completo. Assim, é preciso integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivado pelo olhar reducionista da medicina dos órgãos e reconhecer nele um sujeito, um semelhante, reorientando o modelo do cuidado.²³

De acordo com Brasil,²⁴ a abordagem integral do ser humano consiste na superação da fragmentação do olhar e intervenções sobre o sujeito, que devem ser vistas em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.

Outro aspecto que aponta uma perspectiva ampliada pelos egressos se refere à abordagem individual e coletiva. Na visão dos egressos, o cuidado individual enfoca as necessidades de saúde específicas de determinado indivíduo, olhando seu contexto de vida e entornos: *Não basta simplesmente eu fazer meu contato individual porque a estrutura vai estar toda engessada e a reprodução social daquela doença vai continuar para sempre* (Cibele). Já no aspecto coletivo, o cuidado é pensado em termos mais abrangentes relacionados a políticas públicas de saúde. Cibele acrescenta que *as políticas sociais [...] são uma das maneiras de cuidar das pessoas; é você pensar em políticas sociais efetivas que vão contribuir para a vida das pessoas que vão modificar o serviço*.

No plano de cuidados, os egressos enfocaram não apenas a intervenção curativa, mas também as ações de prevenção e de promoção, tanto no âmbito individual, como no coletivo. No aspecto individual, foi destacado:

Verificar dúvidas da paciente em relação ao processo saúde-doença e buscar tranquilizá-la [...], verificar e anotar reações emocionais, psicológicas e sociais em relação à internação [...], explicar sobre as reações comuns dos medicamentos para tuberculose e tirar dúvidas. (Cibele)

No coletivo, no atendimento de uma paciente com tuberculose, Cibele destacou, ainda, que é importante

verificar suporte familiar e social; fazer a notificação do caso de tuberculose; investigar na família e na escola onde Amália trabalha possíveis casos de tuberculose; conversar com a enfermeira da atenção primária da área sobre o caso e a continuação do tratamento.

Na situação simulada de um atendimento de um jovem com tétano, observou-se que essa perspectiva se materializou com a promoção à saúde, como é o caso de Clara, que diz ao paciente:

Deixa eu explicar uma coisa para o senhor, quando cortar, assim, tem que lavar com água e sabão e procurar vir. Um machucado aberto, uma ferida aberta, a melhor coisa é só lavar, só lavar mesmo, lavar com água e sabão e trazer para a gente ver.

Clara abordou, também, a prevenção contra o tétano, do ponto de vista individual: *Vai ter que tomar a vacina de tétano e a primeira dose é agora, depois tem mais duas doses.* A promoção da saúde no aspecto coletivo foi enfocada quando ressaltou a importância da vacinação para os familiares e os trabalhadores rurais:

A gente pode estar vendo na casa do senhor se tem mais alguém lá que não tenha esta vacina. Como vocês trabalham na lavoura, vocês têm muito contato com terra, com ferro, com muita coisa que pode dar tétano [...]. Se tiver outras pessoas que não tomaram, a gente vai vacinar todo mundo, tá bom?

Além dessas considerações, observam-se também fragmentos das falas dos usuários que podem apontar esse sentido individual e coletivo quando se referem aos grupos realizados nas unidades de saúde.

Toda quinta feira, às 2 horas da tarde, a gente vem aqui e ela dá o grupo de gestante para a gente. Ela explica, convida dentistas, ela já convidou pediatra para vir falar com a gente, tentou a nutricionista. (Ana)

Para os gestores, a formação dos egressos se amplia além do cuidado individual e coletivo para a área da gestão. Nesse sentido, foi destacada a importância de o egresso ser o gestor do serviço, ter capacidade técnica, de tomada de decisão e resolução de problemas, considerando o contexto em que atua, sua efetividade e também a vinculação ao cuidado.

Débora, gestora da egressa Claudia, argumenta:

A gente percebe, assim, a questão da responsabilidade, tomada de decisões, parece que eles [egressos da FAMEMA] adquirem um hábito de enfrentar as situações com determinação, eu [gestor] consigo enxergar um profissional bem mais tranquilo para atuar.

Os gestores agregam a esses aspectos positivos, também, os limites dos egressos da FAMEMA no que se refere à gestão política dos serviços de saúde. Nesse sentido, Daniela, gestora de Cibele, destaca:

Ela [egressa] não conseguia perceber as implicações políticas do serviço; acho que é mais difícil [...], mas talvez não seja nem problema dela, eu acho que talvez seja da própria deficiência do curso [referindo-se ao curso de aprimoramento].

Apesar dos limites apontados, os egressos da FAMEMA se aproximam da perspectiva de Ayres,² que reforça a importância de superar a conformação individualista, seguindo rumo a esferas coletivas, institucionais e estruturais da intervenção. Também destaca que a verdadeira saúde pública passa por um atento cuidado de cada um dos seus sujeitos nas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, mostrou-se que existem diferenças na amplitude das ações de enfermagem em relação ao processo de cuidar. Essas diferenças foram observadas entre as duas turmas de egressos avaliadas.

Um aspecto importante a ser considerado quanto a essas diferenças reside na mudança curricular ocorrida entre as turmas. Entre os determinantes que podem ter contribuído para as diferenças observadas estão a introdução, na turma de 2006, da Unidade de Prática Profissional (UPP),^a do Laboratório de Prática Profissional (LPP),^b do método da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)^c e também do processo de avaliação.^d Entretanto, outra explicação para tais resultados relaciona-se à individualidade dos egressos, ou seja, à história de vida, às capacidades e às aproximações desses sujeitos com o mercado de trabalho, dentre outros fatores.

Todas essas mudanças constam no Projeto Político-Pedagógico da FAMEMA²⁵ e estão em consonância com as Diretrizes Curriculares do Curso de Enfermagem,²⁶ que preconizam a formação de um egresso que saiba intervir nos problemas/situações de saúde/doença, prevalentes no território nacional, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Esse egresso também deverá atuar com responsabilidade e compromisso social, objetivando a promoção da saúde integral do ser humano.

Neste estudo, os egressos abordaram um cuidado integral, humanizado, com enfoque individual e coletivo, compatível com as competências e habilidades preconizadas nas diretrizes curriculares, as quais se referem à atenção à saúde, à tomada de decisões, à comunicação, à liderança, à administração e ao gerenciamento.

Outro aspecto importante verificado neste trabalho é que os egressos ora apresentaram uma atitude transformadora, ora uma atitude reprodutora de um modelo dominante de atenção à saúde. No entanto, é compreensível que a transformação da prática seja um processo gradual, que leva tempo, mas que é importante que o egresso enfrente

^a UPP: uma unidade em um cenário real (Unidade de Saúde da Família) com a articulação dos cursos de medicina e de enfermagem, em pequenos grupos, desde a 1ª série.

^b LPP: um momento que possibilita o exercício de situações vivenciadas na prática profissional.

^c ABP: método de aprendizagem baseada em problemas, utilizada em pequenos grupos nas unidades educacionais sistematizadas.

^d A avaliação passa a ser diagnóstica, formativa e somativa, utilizando situações reais e simuladas nos diferentes cenários de atuação.

esse desafio de transformação da sua prática com vista à realização de um cuidado mais ampliado.^{2,3}

Apesar dos limites deste estudo, nossos resultados apontam para a possibilidade da formação do cuidado ampliado no âmbito da graduação em enfermagem, preconizado pelas Diretrizes Curriculares que orientam esse curso. Caminhando nessa lógica, destacamos que é possível a formação de um cuidado que, além de se orientar pelo paradigma anátomo-fisiológico, se ancore

em perspectivas psicológicas e socioculturais para que possa atender às demandas individuais e coletivas de forma mais abrangente.

Agradecimentos

Aos egressos das turmas de Enfermagem da FAMEMA de 2005 e 2006, pela participação na pesquisa. Às bibliotecárias, pela revisão bibliográfica e às secretárias do Grupo de Avaliação, pelo apoio na formatação.

REFERÊNCIAS

1. Gomes R, Francisco AM, Tonhom SFR, Costa MCG, Hamamoto CG, Pinheiro OL, et al. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009 jan./mar; 13(28):71-83.
2. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* set 2003./fev 2004; 8(14):73-91.
3. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP.* 2008 mar; 42(1):48-56.
4. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis (Rio J.).* 2007 jan./abr; 17(1):43-62.
5. Koerich MS, Backes DS, Scortegagna HM, Wall ML, Veronese AM, Zeferino MT, et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto & Contexto Enferm.* 2006; 15 nº espec:178-85.
6. Souza ML, Sarton VVB, Padilha MICS, Prado ML. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto & Contexto Enferm.* 2005 abr./jun; 14(2):226-70.
7. Woldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3ª. ed. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto; 2001.
8. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues R, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onoko, R., organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* 2. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006. p.113-50.
9. Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TL. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2008 jan./fev; 61(1):113-6.
10. Barra DCC, Nascimento ERP, Martins JJ, Albuquerque GL, Erdmann AL. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm.* 2006; 8(3):422-30. [Citado 2007 set 13]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista_8_3/v8n3a13.htm
11. Faculdade Medicina de Marília. Unidade de Prática Profissional: UPP4: Curso de Enfermagem – 2009. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2009.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
13. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med.* 1993 june; 68(6):443-51.
14. Venturelli J. Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos. Washington (DC): OPAS; 1997. Capítulo 8, Recursos educacionales; p. 193-205.
15. Mazzoni CJ, Moraes MAA. A avaliação prática estruturada de habilidades clínicas na Famema: fundamentos para construção e aplicação. *Gestão Univ.* 2006; (99):63-70 [Citado 2007 set 13]. Disponível em: <http://www.gestaouniversitaria.com.br/index.php/edicoes/68-99/321-a-avaliacao-pratica-estruturada-de-habilidades-clinicas-na-famema—fundamentos-para-construcao-e-aplicacao.pdf>
16. Troncon LEA. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2007 abr./jun;40(2):180-91.
17. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis, SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.* Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2005. p. 185-221.
18. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 25ª. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007. p. 79-108.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.* 2ª. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
20. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo (SP): Hucitec; 2005.
21. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e prática em saúde.* Rio de Janeiro (RJ): IMS, ABRASCO; 2003. p. 197-210.
22. Rollo AA. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* 2ª. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006. p. 321-52.
23. Silva AC, Fonseca AM, Silva JLL, Góes FGB, Cunha FTS. Refletindo sobre a integralidade no cuidado de enfermagem: estudo bibliográfico. *Online Braz J Nurs.* 2006; 5(3). [Citado 2007 set 3]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/442/104>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
25. Faculdade de Medicina de Marília. Projeto pedagógico do Curso de Enfermagem. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2008.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2007.

Data de submissão: 24/7/2009

Data de aprovação: 5/11/2009

RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES DE TRABALHADORES DE HIGIENE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

RISK FOR CARDIOVASCULAR DISEASES AMONG HEALTH WORKERS OF A PUBLIC UNIVERSITY HOSPITAL

RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN TRABAJADORES DE LA HIGIENIZACIÓN DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO PÚBLICO

Denise Albieri Jodas¹
Maria do Carmo Lourenço Haddad²
Rita de Cassia Domansky³
Andreza Daher Delfino Sentone⁴

RESUMO

As doenças cardiovasculares são responsáveis por, aproximadamente, 30% das causas de morte, sendo a principal causa de morbimortalidade em todo o mundo. Neste estudo, o objetivo é identificar o risco das doenças cardiovasculares em trabalhadores do serviço de higiene de um hospital universitário público. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, do tipo descritivo-exploratória, realizada com 85 trabalhadores do serviço de higiene. Para a coleta dos dados, utilizou-se um questionário estruturado, denominado "Inventário das Condições de Saúde". A tabulação dos dados foi feita no Epi Info 2004, e para análise dos resultados adotou-se a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Os resultados demonstraram que o fator de risco prevalente na amostra é da circunferência abdominal aumentada, seguida de história familiar de doenças cardiovasculares e hipertensão arterial. Após analisar todos os fatores de risco para doença cardiovascular, observou-se que 23,5% possuíam um risco médio e 4,7% evidenciaram um risco alto de desenvolvimento para as doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares; Hipertensão; Saúde do Trabalhador; Enfermagem.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVD) are responsible for about 30% of deaths and are the main cause of morbid-mortality in the world. The present study aims to identify risk for cardiovascular diseases among health workers of public university hospital. It is a transversal and quantitative research, with a descriptive and exploratory approach that included 85 health workers. A structured questionnaire, named "Health Conditions Inventory" was employed. Data analysis was performed through Epiinfo 2004, using the V Brazilian Guideline of Arterial Hypertension as a theoretical reference. Results: the most prevalent risk factor was increased abdominal circumference followed by family history of CVD and arterial hypertension. After analyzing all risk factors for cardiovascular diseases we conclude that 23.5% of the participants have an average risk and 4.7% show high risk of developing cardiovascular diseases.

Key words: Cardiovascular Disease; Hypertension; Occupational Health; Nursing.

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de cerca del 30% de las causas de muerte y son la causa principal de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Este estudio tiene como objetivo identificar el riesgo de enfermedad cardiovascular de los trabajadores encargados de la higiene de un hospital universitario público. Se trata de una investigación cuantitativa transversal tipo exploratoria descriptiva, llevada a cabo con 85 empleados del departamento de higiene. Se utilizó un cuestionario estructurado denominado Inventario de Condiciones de Salud de Domansky. El análisis de datos fue realizado por el EpiInfo 2004, con el marco teórico de la V Directriz Brasileña de Hipertensión. Resultados: El factor de riesgo más frecuente en la muestra es el aumento de la circunferencia de cintura, seguida de historia familiar de enfermedades cardiovasculares y de hipertensión. Después de rever todos los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, se observó que un 23,5% tiene riesgo medio y un 4,7% presenta alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

Palabras clave: Enfermedades Cardiovasculares; Hipertensión; Salud del Trabajador; Enfermería.

¹ Enfermeira. Residente de Gerência em Serviços de Enfermagem do Hospital Universitário de Londrina no biênio 2007-2008. Mestranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-PR.

² Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina-PR.

³ Doutora em Enfermagem. Chefe da Divisão de Assistência à Saúde da Comunidade da Universidade Estadual de Londrina-PR.

⁴ Mestre em Enfermagem. Diretora Geral do Hospital Dr. Anísio Figueiredo. Londrina-PR.

Endereço para correspondência:denisealbieri@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por, aproximadamente, 30% das causas de morte, sendo a principal causa de morbimortalidade em todo o mundo. No Brasil, a doença arterial coronariana (DAC) e o acidente vascular cerebral (AVC) são as DCVs de maior prevalência e morbimortalidade.¹

Os fatores de risco para as doenças cardiovasculares podem ser divididos em: não modificáveis, que incluem o sexo, a idade e a hereditariedade; e os modificáveis, aqueles relacionados aos hábitos de vida. Dentre os fatores de risco modificáveis consideram-se o tabagismo, o etilismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade (principalmente na forma de depósito de gordura na região abdominal), a hipertensão arterial (HAS), o diabetes *mellitus* (DM), triglicerídeos e as dislipidemias, condições clínicas caracterizadas por níveis plasmáticos sanguíneos alterados de colesterol (colesterol total, LDL colesterol e HDL colesterol).^{2,3}

Diversos estudos nas últimas décadas reforçam que quanto maior o nível de colesterol plasmático maior o risco para eventos coronarianos. Níveis elevados de LDL-colesterol (LDL-C) e de triglicerídeos (TG), bem como níveis de HDL-colesterol (HDL-C) reduzidos, ou mesmo suas combinações, caracterizam as dislipidemias e risco aumentado para DCV.¹

Os fatores de risco também podem estar relacionados às questões socioeconômicas e ocupacionais, podendo ser influenciadas pela estrutura da organização, ritmo de trabalho e ambiente no qual o trabalhador está inserido.⁴

O trabalho de limpeza em ambiente hospitalar é uma das áreas mais sensíveis às implicações sociais e laborais, refletindo prontamente na segurança e na saúde das pessoas inseridas nesse ambiente. Conforme o *Manual do Ministério da Saúde*,⁵ o setor de higiene e limpeza hospitalar é o responsável por toda a remoção de sujeiras, detritos indesejáveis e micro-organismos presentes no ambiente hospitalar, mediante a utilização de processo mecânico e químico. O principal requisito do processo de limpeza hospitalar é a segurança dos pacientes contra infecções e acidentes.

Alguns autores⁶ verificaram algumas características dos trabalhadores de serviços gerais de um hospital universitário, como a baixa escolaridade, baixo rendimento, problemas de saúde relacionados ao trabalho (doenças osteomusculares, estresse e outros), exposição a riscos químicos, exigência de esforço físico na execução de suas atividades e inserção precoce no mercado de trabalho.

O Ministério da Saúde do Brasil reconhece a relação do trabalho como possível causadora de algumas doenças do sistema circulatório, como hipertensão arterial, angina *pectoris*, infarto agudo do miocárdio, *cor pulmonale*, parada cardíaca, arritmias cardíacas, aterosclerose e doença aterosclerótica do coração e síndrome de Raynaud.⁷

Apesar de as estatísticas comprovarem a necessidade de investigações e ações específicas de programas de controle, tanto na prevenção primária (antes que as doenças cardiovasculares se instalem) como na prevenção secundária (efetuando diagnóstico e tratamento precoce e prevenindo incapacidade e morte), pouco se investe no controle das doenças crônicas não transmissíveis, como exemplo as doenças cardiovasculares, que atualmente representam elevados custos sociais.⁴

Diante do exposto, observou-se a necessidade de identificar o risco para doenças cardiovasculares de funcionários do serviço de higiene de um hospital universitário público, considerando que alguns dos fatores que norteiam esse risco são visivelmente notados nessa população.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratório de corte transversal. A pesquisa exploratória investiga um fenômeno, sua natureza complexa e outros fatores com os quais ele está relacionado.⁸

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (HURNP), o maior hospital público do norte do Paraná e o terceiro maior hospital-escola do sul do País. É um órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina-PR (UEL), possui 306 leitos, todos à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população do estudo constituiu-se de 98 trabalhadores lotados nos quatro turnos do serviço de higiene do HURNP. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento específico, denominado de Inventário das Condições de Saúde, referido por Domansky.⁹ A abordagem para a coleta de dados foi individual e em local privado, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A primeira parte do instrumento é constituída de dados sociodemográficos dos trabalhadores; a segunda, de dados referentes aos sinais vitais e medidas; a terceira, de questões relacionadas à caracterização do processo saúde-doença; a quarta parte corresponde às características do trabalho (tempo de serviço, postura, dupla jornada, etc.); e, finalmente, a quinta refere-se ao processo de saúde-doença relacionada ao trabalho. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: a entrevista e, posteriormente, a aferição de sinais vitais e medidas como peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e frequência cardíaca.

Inicialmente, foram mensurados o peso e a altura por meio da balança antropométrica da marca Toledo® e um estadiômetro acoplado a ela. A medição requer uma posição ortostática, pés descalços, com o mínimo de roupa possível. No caso da estatura, ombros relaxados, coluna ereta, em parede vertical. Para a mensuração da circunferência abdominal, utilizou-se uma fita métrica comum, especificando a região entre a borda inferior

da última costela e a crista ilíaca, orientando o participante a relaxar o abdome, afastando a roupa. Foi aferida a pressão arterial (PA) com o esfigmomanômetro e o estetoscópio da marca Solidor®, em posição sentada, com o braço fazendo a angulação de 90°. Questionou-se a prática de exercícios anteriores, seja da profissão ou até a chegada no ambiente de trabalho. Nesse caso, aguardou-se entre 10-15 minutos para aferição da PA.

Como critério de inclusão, foram considerados os servidores que participaram das duas etapas, uma vez que ambas fornecem dados essenciais para a análise do risco para doença cardiovascular. Os dados foram inseridos no programa Epi Info 2004, possibilitando a análise e a interpretação estatística deles.

Para a estratificação do risco para doença cardiovascular (QUADRO 1) utilizou-se como referencial norteador a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial,¹⁰ publicada em 2006, que esclarece que para essa análise é necessário levar em conta os valores de pressão arterial (QUADRO 2), a presença de fatores de risco

cardiovasculares, as lesões em órgãos-alvo e as doenças cardiovasculares.

Na V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial¹⁰ descreve que os fatores de risco cardiovasculares a observar são: tabagismo, dislipidemias, diabetes *mellitus*, nefropatia, idade acima de 60 anos, história familiar de doença cardiovascular em mulheres com menos de 65 anos e homens com menos de 55 anos, relação cintura/quadril aumentada, circunferência da cintura aumentada, microalbuminúria, tolerância à glicose diminuída/glicemia de jejum alterada, hiperuricemia e PCR ultrasensível aumentada. No caso de lesão dos órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares presentes se enquadram: hipertrofia do ventrículo esquerdo, angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio, revascularização miocárdica prévia, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória, alterações cognitivas ou demência vascular, nefropatia, doença vascular arterial de extremidades e retinopatia hipertensiva.

QUADRO 1 – Estratificação de risco individual do paciente hipertenso: risco cardiovascular de acordo com os níveis da pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e doença cardiovascular

Fatores de risco	Pressão arterial				
	Normal	Limítrofe	Hipertensão estágio 1	Hipertensão estágio 2	Hipertensão estágio 3
Sem fator de risco	Sem risco adicional		Risco baixo	Risco médio	Risco alto
Um a dois fatores de risco	Risco baixo	Risco baixo	Risco médio	Risco médio	Risco muito alto
Três ou mais fatores de risco ou lesão de órgãos-alvo ou diabetes <i>mellitus</i>	Risco médio	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
Doença cardiovascular	Risco alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Fonte: Esteves e Santos.^{10:15}

QUADRO 2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Esteves e Santos.^{10:10}

Quando as pressões sistólica e diastólica de um paciente situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial.¹⁰

A verificação do risco de desenvolvimento de complicações associadas à obesidade, por meio da circunferência abdominal (CA), tomou por base os valores sugeridos^{10,11} por sexo, que considera valor maior que 94 cm nos homens e maior que 80 cm nas mulheres como indicadores de risco, mas, quando essas medidas alcançam valores maiores de 102 cm nos homens e maiores de 88 cm nas mulheres classificam-se como alto risco de doenças cardiovasculares, além de hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes *mellitus*.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/Hospital Universitário Regional Norte do Paraná, registrado sob o Parecer nº 108, de 23 de agosto de 2006.

RESULTADOS

Da segunda etapa participaram 85 trabalhadores, totalizando a amostra em 86,7% da população. Das 13 pessoas não participantes, uma estava em licença gestação, uma de licença médica, oito de férias ou licença-prêmio e três não foram localizados no ambiente de trabalho.

Analisando os dados sociodemográficos, observou-se que houve prevalência do sexo feminino (96,9%), sendo que 53,1% mantinham união estável com o companheiro(a). A faixa etária predominante acusou entre 41 e 50 anos (42,9%), com média de $48,7 \pm 7,94$ anos, extremos de 29 e 65 anos. Acima de 60 anos, havia 11,8% da amostra. Em relação à escolaridade, 50,5% possuíam entre 9 e 12 anos de estudo, com média de $9,46 \pm 2,95$ anos, extremos de dois e 17 anos, sendo que 12 servidores estavam cursando o ensino médio e três, a graduação.

Quanto às características profissionais da população, 82,7% trabalhavam há mais de dez anos na instituição, com média de 14 anos, extremos de 9 meses a 32 anos. Verificou-se que 5,1% possuíam outro emprego, dos quais 50% informais. Ainda, 18 servidores possuíam outras profissões, sendo 9 auxiliares de enfermagem, 4 técnicas de enfermagem e 2 auxiliares odontológicas.

Em relação às condições de saúde, 25,8% são fumantes, com média de 10 cigarros/dia, sendo o mínimo encontrado e o máximo 25, média de tempo de 23,95 anos; 83,7% afirmaram que ingeriam cafeína, média de 5,7 copos de 50 ml/dia; 30,6% disseram que não dormiam bem; 45,9% relataram a visita ao médico uma vez por ano; 47,4% faziam uso de medicação contínua, sendo os mais relatados os antidepressivos e os anti-hipertensivos.

Tratando-se de atividades de distração ou relaxamento, 40% relataram que assistiam à televisão nas horas vagas e 26,7% ouviam música. Apenas 29,6% praticam esportes, em uma frequência média de três vezes por semana.

TABELA 1 – Distribuição dos fatores de risco para doenças cardiovasculares dos servidores de higiene segundo o sexo e a idade. Londrina-PR – 2008

Fatores de risco (%)									
Variáveis	CA aumentada	Fumo	Etilismo	Dislipidemia	História familiar de DCV	HAS	DCV	DM	Nefropatia
Sexo									
Masculino			1 (1,2)		1 (1,2)				
Feminino	67 (78,8)	22 (25,8)	3 (3,5)	3 (3,5)	35 (41,2)	25 (29,4)	2 (2,3)	6 (7,1)	4 (4,7)
Idade									
< 60 anos	58 (68,2)	22 (25,8)	4 (4,7)	2 (2,3)	31 (37,7)	20 (23,5)	2 (2,3)	5 (5,9)	4 (4,7)
≥ 60 anos	9 (10,6)			1 (1,2)	4 (4,7)	5 (5,9)		1 (1,2)	
TOTAL (n=85)	67 (78,8)	22 (25,8)	4 (4,7)	3 (3,5)	35 (42,4)	25 (29,4)	2 (2,3)	6 (7,1)	4 (4,7)

Na TAB. 1, observou-se que os fatores de risco encontrados foram: circunferência abdominal aumentada, tabagismo, etilismo, dislipidemia, história familiar de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, doença cardiovascular, diabetes *mellitus* e nefropatia. Os outros fatores apontados pelo referencial teórico utilizado nesta análise obtiveram índice zero, por esse motivo não foram incluídos na tabela acima, com exceção da presença de microalbuminúria, tolerância à glicose diminuída,

hiperuricemia e PCR ultrasensível aumentada, que não foram pesquisadas por meio de exames laboratoriais.

Verifica-se que o fator de risco prevalente é o da circunferência abdominal aumentada, seguido de história familiar de DCV e diagnóstico de hipertensão arterial no entrevistado. Nos participantes acima de 60 anos, a HAS antecede a história familiar de DCV, ocupando o segundo lugar de maior predominância entre os fatores de risco relacionados.

TABELA 2 – Distribuição dos níveis classificatórios da pressão arterial dos servidores de higiene segundo o sexo e a idade. Londrina-PR – 2008

Classificação da pressão arterial (%)				
Variáveis	Ótima ou normal	Limítrofe	Hipertensão estágio 1	Hipertensão estágio 2
<i>Sexo</i>				
Masculino	2 (2,4)			
Feminino	63 (74,1)	3 (3,5)	10 (11,7)	7 (8,2)
<i>Idade</i>				
< 60 anos	59 (69,4)	2 (2,3)	8 (9,4)	6 (7,0)
≥ 60 anos	6 (7,1)	1 (1,2)	2 (2,4)	1 (1,2)
TOTAL (n=85)	65 (76,5)	3 (3,5)	10 (11,7)	7 (8,2)

Verifica-se, na TAB. 2, que 76,5% da população estudada se enquadra no nível ótimo ou normal de pressão arterial, porém o dado de preocupação está em 19,9% dos participantes que estão classificados em hipertensos de estágios 1 e 2. Vale observar que dos 25 participantes que possuem a hipertensão arterial como diagnóstico médico, 15 (60%) são de origem afrodescendente e os demais (40%) são brancos.

Após analisar todos os fatores de risco para doença cardiovascular, conforme referencial norteador, observou-se que 8,2% não possuem risco adicional, 63,5% têm baixo risco, 23,5% possuem um risco médio e 4,7% evidenciam um risco alto de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A TAB. 3 apresenta o risco segundo a idade.

TABELA 3 – Risco para doenças cardiovasculares em trabalhadores de higiene segundo a idade. Londrina-PR – 2008

Classificação do risco para doenças cardiovasculares (%)				
Variável	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco médio	Alto risco
<i>Idade</i>				
Até 39 anos	3 (3,5%)	6 (7,1%)		
40-49 anos	3 (3,5%)	24 (28,2%)	3 (3,5%)	2 (2,35%)
50-59 anos	1 (1,2%)	21 (24,7%)	12 (14,1%)	
≥ 60 anos		3 (3,5%)	5 (5,9%)	2 (2,35%)
TOTAL (n=85)	7 (8,2%)	54 (63,5%)	20 (23,5%)	4 (4,7%)

DISCUSSÃO

Quanto aos fatores inalteráveis, pode-se afirmar que a idade corresponde a um fator importante no risco de desenvolvimento de doenças coronarianas, considerando o crescimento mútuo do impacto de outros fatores na saúde do indivíduo.¹² Atua de forma direta na morfologia e constituição da parede arterial e indiretamente pelo maior tempo de exposição a outros fatores de risco. Além disso, com o passar da idade, ocorrem as alterações hormonais, como a diminuição de alguns hormônios – estrógeno e testosterona – que

possuem efeito protetor na evolução de doenças cardiovasculares.¹³ Confirma-se, na TAB. 3, que a idade é um fator significativo no aparecimento do risco da doença cardiovascular em indivíduos acima de 50 anos.

Os fatores de risco como dislipidemia, hipertensão, diabetes *mellitus*, tabagismo e história familiar não possuem diferenciação entre homens e mulheres; todos são encontrados em ambos os sexos, porém as doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte do sexo feminino.^{14,15} Este estudo não possibilitou comparações do risco e do gênero, pois a amostra foi

predominantemente de mulheres. Em contrapartida, com base na afirmação de que a mulher é alvo das doenças cardiovasculares, procedimentos de intervenção devem ser realizados em 28,2% dessas que possuem entre o risco médio e alto.

“Os níveis mais elevados de mortalidade por doenças circulatórias são observados na faixa etária de 30 a 69 anos, considerada como idade economicamente ativa, constituindo a primeira causa de óbito na população adulta”.⁴ Neste estudo, 98,8% da amostra se encontra nessa faixa etária, em uma condição profissional ativa, o que explicita a possibilidade de abordar a prevenção e a promoção da saúde desses trabalhadores.

Os óbitos por doenças cardiovasculares aumentaram em maior proporção em pessoas do sexo feminino, entre 40 e 49 anos,^{10,16} podendo ser influenciado por mudanças nos hábitos socioeconômicos, demográficos e culturais, com maior participação da mulher no mercado de trabalho. A manifestação da doença ocorre, aproximadamente, dez anos antes nos homens, porém, após a menopausa, esse índice aumenta entre as mulheres, e após 75 anos de idade o risco se iguala em ambos os sexos, em decorrência da mudança metabólica do estrógeno.^{10,13} O aparecimento da doença cardiovascular na mulher ocorre dez anos mais tarde que no homem.^{10,17} A hipertensão arterial é prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas.¹⁰

Quanto à hereditariedade, pode-se entender que efeitos genéticos acrescido de outros fatores de risco, como hipertensão arterial, obesidade, diabetes *mellitus*, dislipidemias e outros aumentam ainda mais o risco para doença cardiovascular.¹⁸ Além disso, as famílias compartilham os mesmos hábitos alimentares, exposição às tensões domésticas e características socioeconômicas.¹⁹ Nesse caso, o objetivo é reduzir o impacto desses fatores na morbidade e mortalidade cardiovascular, controlando os fatores de risco.²⁰

Discutindo os fatores modificáveis, ou seja, aqueles passíveis de intervenção, ressalte-se que indivíduos com nível econômico mais baixo possuem menor acesso à saúde, menor nível educacional, índice de massa corpórea aumentada, estresse psicossocial, ingestão de álcool, sal aumentando o risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares.^{10,21}

No caso da população estudada, o acesso à saúde é facilitado, pois os funcionários contam com uma Divisão de Assistência a Saúde da Comunidade Universitária, somente para servidores, com atendimento em diversas especialidades, incluindo cardiologia. Se o servidor necessitar de algum exame diferenciado, é encaminhado ao ambulatório do HURNP. Observou-se que apenas 12 (14,1%) servidores estudaram um período igual ou inferior a cinco anos. Talvez isso seja reflexo do Plano de Carreira, Cargos e Salários do Governo do Estado, que incentiva a projeção educacional por meio de uma melhor remuneração.

Tratando-se do tabagismo, estudo¹⁸ demonstra que para cada dez cigarros fumados por dia tem-se um aumento na mortalidade cardiovascular de até 18% em homens e 31% em mulheres. Esse fator de risco é líder de causas evitáveis, considerando que o risco aumenta com o número de cigarros fumados por dia.¹⁸ Neste estudo, 25,8% têm o hábito do fumar e a média de cigarros relatados corresponde a exatamente dez cigarros por dia. Esse fato indica que esse seja o fator de risco mais alarmante e que é passível de intervenção por meio de projetos de promoção e recuperação à saúde do trabalhador. Quanto ao etilismo, o uso abusivo do álcool reduz diretamente a expectativa de vida, aumentando a mortalidade geral.

A realização da atividade física favorece o melhor funcionamento do organismo no que se refere ao condicionamento físico, mental e capacidade funcional, reduzindo os riscos de doenças e garantindo qualidade de vida e bem-estar psicossocial.² A atividade física, referida nesse contexto, é aquela inerente ao trabalho ou exercida por lazer. O exercício precisa ser realizado de maneira planejada, estruturada, repetitiva, com a finalidade de melhorar o condicionamento físico.¹⁷ Indivíduos inativos apresentam risco aproximado de 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos.¹⁰ No local de estudo, a ginástica laboral é prática em alguns turnos.

A obesidade se traduz no excesso de peso que desencadeia anormalidades no metabolismo de lipídeos, glicose e pressão arterial, principalmente quando há depósito de gordura na região abdominal.^{11,21} Esse fator de risco também pode influenciar na evolução da síndrome metabólica, definida pela combinação de alterações do perfil lipídico, resistência à insulina e hipertensão arterial.¹¹ A obesidade e o aumento da circunferência da cintura são fatores importantes para a hipertensão arterial e indicadores de risco cardiovasculares.¹⁰ A circunferência abdominal aumentada foi verificada em 78,8% dos participantes do estudo. Nesse caso, a instituição não possui nenhum serviço nutricional disponível ao servidor.

Existem estudos que classificam o risco cardiovascular 1,5 a 2 vezes maior no nível I (risco aumentado) quando a CA é maior ou igual a 94 cm para homens e maior ou igual a 80 cm para mulheres, e risco pode ser considerado de 2,5 a 3 vezes maior no nível 2 (alto risco) com a CA maior ou igual a 102 cm para homens e maior ou igual a 88 cm para mulheres.²¹

A hipertensão arterial é mais encontrada em indivíduos classificados como economicamente ativos na sociedade, o que sugere que o estresse ocupacional, exigências e ambiente do trabalho estejam relacionadas ao desencadeamento dessa doença.⁴ De acordo com a V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial,¹⁰ a hipertensão arterial retrata 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% de doenças coronarianas. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a partir de 115 x 75 mmHg.

Em relação à dislipidemia, consiste nas alterações sanguíneas dos lipídeos: HDL colesterol, LDL colesterol, colesterol total e triglicerídeos que favorecem o aparecimento da aterosclerose, depósito de placa de gordura na parede do vaso, aumentando significativamente o risco para doença cardiovascular.²

Na evolução para doença cardíaca coronariana, nenhum fator descrito anteriormente pode desencadear de maneira isolada o fenômeno, e sim a combinação de diversos fatores.^{12,22} O que pode acontecer é que a presença de fator de risco isolado pode contribuir para a formação de uma placa aterosclerótica, aumentando o risco para doenças cardiovasculares.²

É importante considerar que o Brasil vivencia um processo de transição demográfica caracterizado pelo envelhecimento da população em idade produtiva e, conseqüentemente, da força de trabalho. Quando o trabalho é realizado em más condições ambientais ou de forma incorreta, ele pode acelerar ou agravar o envelhecimento, tornando-o patológico e com sérias repercussões sobre a capacidade para o trabalho e a qualidade de vida desses trabalhadores.²³

Consideramos este estudo limitado na identificação de todos os fatores descritos pela V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial descritos. Esse fato se justifica porque não foram colhidos exames laboratoriais dos servidores, apenas foram consideradas as patologias reconhecidas e, conseqüentemente, relatadas por eles, podendo ocasionar um viés nos dados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indivíduos sem risco adicional ou de baixo risco (71,5%) são sujeitos importantes neste estudo, pois com

eles deve-se enfatizar o estilo de vida saudável, a abstenção do fumo, a prática de exercícios físicos e uma dieta adequada em seu conteúdo calórico e nutricional. Nos de risco intermediário (23,5%), especialmente aqueles que possuem dois ou mais fatores de risco, e nos de risco alto (4,7%) essas medidas podem não ser exclusivas, sendo necessário o complemento com o tratamento farmacológico.

Reconhece-se, neste estudo, a importância das pesquisas que se direcionam a tratamentos farmacológicos os quais controlam os níveis orgânicos a fim de evitar a doença cardiovascular. No entanto, ressalte-se que os fatores desencadeantes dessa doença estão bem definidos na literatura. Assim, trabalhar com a prevenção do risco cardiovascular significa menor custo, maior eficácia e a possibilidade de intensificar atividades que combatam o desenvolvimento ou o agravamento de tais fatores.

A doença cardiovascular deve ser a preocupação da equipe multidisciplinar, pois envolve objetivos diversos de cada profissão por meio de ações educativas, correção dos fatores de risco, mudanças no estilo de vida, apoio emocional, tratamento farmacológico, dentre outros. Assim, amplia-se a chance de sucesso do controle da pressão arterial e, conseqüentemente, da saúde cardiovascular.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de melhorar a eficácia no atendimento da atenção primária para a população e, como foco deste estudo, a atenção à saúde do trabalhador, agindo diretamente nos fatores de risco abordados. Acredita-se, também, que este estudo tenha trazido informações importantes para implementar programas de promoção da saúde e prevenção de doenças na instituição a qual foram coletados os dados.

REFERÊNCIAS

1. Sanvido SD, Vieira JLC, Barcellos LMA. Dislipidemia como fator de risco para doença cardiovascular. *Acta Med.* 2007; 28:353-60.
2. Meira LF. Capacidade para o trabalho, fatores de risco para as doenças cardiovasculares e condições laborativas de trabalhadores de uma indústria metal-mecânica de Curitiba/PR. [dissertação]. Setor de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná; 2004.
3. Martinez EC, Barros Junior OS. Novos indicadores cardiovasculares: proteína C-reativa e homocisteína podem predizer o risco de doenças coronarianas? *Rev Educ Física.* 2007; 137:56-64.
4. Souza NSS, Carvalho FM, Fernandes RCP. Hipertensão arterial entre trabalhadores de petróleo expostos a ruído. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17:1481-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. *Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde.* 2ª. ed. Brasília; 1994. 50 p.
6. Andrade CB, Monteiro MI. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41:237-44.
7. Dias EC. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Representação no Brasil da OPAS/OMS. Brasília: Editora MS; 2001.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
9. Domansky RC. Adaptação transcultural e validação do instrumento "Bowel Function in the Community" para a língua portuguesa [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.
10. Esteves JP, Santos RAS, Gordan P. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia; 2006. p.1-50.
11. Santos RD, Timerman S, Spósito AC. Diretrizes para cardiologistas sobre excesso de peso e doença cardiovascular dos Departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2002; 78:1-14.

12. Saraiva FJK. Como estratificar o risco cardiovascular. In: Manual de Dislipidemias e Cardiometabolismo. São Paulo: Farmalab; 2004. p. 55-65.
13. Carvalho Filho, ET, Alencar YMG, Liberman S. Fatores de risco de aterosclerose na mulher após a menopausa. Arq Bras Cardiol. 1996; 1: 37-48.
14. Miname MH, Gebara OCE, Santos RD. Estratificação de risco de doença coronária em mulheres. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2007; 17:299-303.
15. SEADE – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. [Citado 2008 nov 20]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br>
16. Lessa I. Tendência dos anos produtivos de vida perdidos por mortalidade precoce por doença arterial coronariana. Arq Bras Cardiol. 2002; 79:611-6.
17. Smanio P, Mastrocolla LE. Atividade física e doença cardiovascular na mulher. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2005; 2:184-92.
18. Braunwald E. Tratado de medicina cardiovascular. 5ª. ed. São Paulo: Editora Roca Ltda; 1999.
19. Pollock M, Wilmore J. Exercícios na saúde e na doença. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1993.
20. Simon E, Silva TT, Barbosa JSO, Rodrigues RD, Teixeira RJ. Fatores de risco cardiovascular: perfil clínico epidemiológico dos participantes do projeto Atividade Física na Vila. Rev Bras Med Farm. 2007; 8:288-97.
21. Oliveira CN, Costa RG, Ribeiro RL. Obesidade abdominal associada a fatores de risco à saúde em adultos. Saúde & Ambiente. 2008; 1:34-43.
22. Meltzer L. Enfermagem na unidade coronária. São Paulo: Atheneu; 2001.
23. Odebrecht C, Gonçalves LO, Sell I. O envelhecimento do trabalhador: da fisiologia à função laboral: aspectos a serem incrementados na análise ergonômica. In: ABERGO. Gramado; 2001.

Data de submissão: 25/5/2009

Data de aprovação: 30/10/2009

HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO, MINAS GERAIS: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS*

LEPROSY IN THE CITY OF OURO PRETO, MINAS GERAIS: EPIDEMIOLOGY AND OPERATIONAL ASPECTS

HANSENIASIS EN EL MUNICIPIO DE OURO PRETO, MINAS GERAIS: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y OPERATIVOS

Thaline Alves de Oliveira¹

Francisco Carlos Félix Lana²

RESUMO

A hanseníase, doença infectocontagiosa causada pela *Mycobacterium leprae*, possui uma imagem social histórica, e o desenvolvimento da ciência não foi capaz de mudar a resposta de medo e preconceito da sociedade perante essa doença. Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, cujo objetivo foi analisar a epidemiologia da hanseníase no município de Ouro Preto, no período de 2002 a 2008, visando formular estratégias para o controle da doença na região e identificar possíveis áreas homogêneas com riscos de transmissão. Foram coletados dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), no setor de Epidemiologia do município. Os resultados mostraram que todas as notificações foram realizadas na Policlínica Municipal de Ouro Preto. Há a existência de um possível *cluster* da doença no distrito de Santa Rita, uma vez que 72% das notificações eram de residentes desse distrito, o que sugere uma área remanescente de alta incidência da doença na antiga Vila Rica. A taxa de detecção média da hanseníase no município foi de 2,1/10 mil habitantes e, em Santa Rita, de 24,5/10 mil, caracterizando a região como hiperendêmica. Observou-se, ainda, que os casos em menores de 15 anos representaram 2,9% do total e que a taxa de detecção em 2002, 2006 e 2008 foi de 0,5/10 mil habitantes, demonstrando transmissão ativa da doença. Assim, constatou-se a necessidade de descentralizar os serviços de saúde a fim de atingir melhorias no acesso e resolutividade, além da realização de novas pesquisas sobre a história e seus determinantes.

Palavras-chave: Hanseníase; Epidemiologia; Doenças Transmissíveis; Descentralização.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease caused by the *Mycobacterium leprae* that still has a social historical image. The development of science has not been successful in changing people's fear and prejudice towards this illness. This is a descriptive and traversal study that aims to analyze the epidemiology of leprosy in the city of Ouro Preto between 2002 and 2008, in order to establish control strategies and identify possible homogeneous areas of risk transmission. Data were collected from the National Injury Surveillance System, at the Epidemiology Office of the city. Results show that all notifications were accomplished in the General Hospital of Ouro Preto. There is a possible cluster of the disease in the district of Santa Rita's since 72% of the notifications belonged to local residents. Such information suggests there is a remaining area of high disease incidence in old Vila Rica. The average rate of leprosy in Ouro Preto was 2.1/10000 while in the district of Santa Rita it was 24.5/10000, indicating a hyperendemic region. We also observed that cases in citizens under 15 years-old represented 2.9% of the total cases. Detection rate in 2002, 2006 and 2008 equals 0.5/10.000 citizens, showing active transmission of the disease. We highlight the importance of decentralizing health services in order to improve access to diagnosis and treatment of the disease as well as to promote new researches about its history and determinants.

Key words: Leprosy; Epidemiology; Communicable Diseases; Decentralizing.

RESUMEN

La hanseniasis, enfermedad infectocontagiosa causada por la *Mycobacterium leprae*, tiene una imagen social histórica y el desarrollo de la ciencia no ha sido capaz de alterar la respuesta de miedo y prejuicio de la sociedad ante esta enfermedad. Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado con el objetivo de analizar la epidemiología de la lepra en el municipio de Ouro Preto de 2002 hasta 2008, buscando crear estrategias para controlar la enfermedad en la región y determinar las posibles zonas homogéneas con riesgos de trasmisión. Los datos fueron recogidos en el Sistema de Informação de Agravos e Notificações – SINAN, en el Sector de Epidemiología del municipio. Los resultados mostraron que todas las notificaciones se recibieron en la Policlínica Municipal de Ouro Preto. Hay una posible aglomeración de la enfermedad en el distrito de Santa Rita, ya que 72% de las notificaciones eran de residentes del distrito, lo cual sugiere una zona remanente de alta incidencia de la enfermedad en la antigua Vila Rica. La tasa de detección promedio de la lepra en el municipio fue de 2,1/10.000 habitantes y en Santa Rita 24,5/10.000, que caracteriza la región como hiperendêmica. También se observó que los casos en niños menores de 15 años representó 2,9% del total de casos y que la tasa de detección en los años 2002, 2006 y 2008 fue 0,5/10.000 habitantes, mostrando trasmisión activa de la enfermedad. Se constató la necesidad de descentralizar los servicios de salud para mejorar el acceso y la resolución de problemas, además de realizar más investigación sobre la historia y sus factores determinantes.

Palabras clave: Hanseniasis; Epidemiología; Enfermedades Transmisibles; Descentralización.

* Artigo extraído do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais - UNILESTE-MG.

¹ Enfermeira do Programa Saúde da Família do Município de Ouro Preto. Especialista em Saúde da Família pelo UNILESTE-MG.

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Endereço para correspondência – Thaline Alves de Oliveira: Rua Olinda, 975, Caravelas. Ipatinga-MG. CEP: 35164-270. E-mail: thaline_enf@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O Brasil passou, nas últimas décadas, por mudanças no contexto epidemiológico, dentre as quais podemos citar a redução de óbitos por doenças infecciosas, o que acabou gerando perda da importância relativa das doenças transmissíveis, contribuindo para criar a falsa expectativa de que todo esse grupo de doenças estaria próximo de extinção. Entretanto, o impacto dessas doenças na morbidade ainda é grande. Entre as doenças infectocontagiosas encontradas em algumas áreas endêmicas no Brasil está a hanseníase, uma doença curável, causada pela *Mycobacterium leprae*, um bacilo com alta infectividade, porém baixa patogenicidade, associado a longo período de incubação, a um alto potencial incapacitante, tornando os sintomas dermatoneurológicos iniciais pouco expressivos e de difícil diagnóstico.¹

Na história da humanidade, provavelmente, nenhuma doença gerou tanto estigma social quanto a hanseníase, estando sempre associada ao pecado, à impureza e à punição pela tradição judaico-cristã. Há indícios remotos, que datam de 600 a. C., de que o berço dessa doença é Ásia, juntamente com a África. Assim, a imagem social da hanseníase é histórica, e o desenvolvimento da ciência não foi capaz de mudar a resposta de medo e preconceito dessa doença. Na Idade Média, a hanseníase foi disseminada pela Europa por meio das Cruzadas e agravada pelas más condições de vida da população.²

No final do século XIX, apesar de Armauer Hansen descobrir o agente causador da hanseníase, comprovando-lhe o caráter infectocontagioso e anulando a ideia de hereditariedade, pecado ou castigo, até a atualidade mantém-se o sentimento de aversão e repulsa em relação a essa doença. E a constatação da transmissão, sem cura naquela época, leva ao surgimento da teoria de que o isolamento do doente eliminaria o mal, o que incentivou a adoção do modelo baseado no cerceamento da liberdade em grandes instituições de isolamento. Tais instituições se tornaram verdadeiras cidades construídas em locais de difícil acesso.³

A grande reorganização da assistência aos pacientes com hanseníase iniciou-se na década de 1980, com a adoção de esquemas poliquimioterápicos, tratamento ambulatorial utilizado com sucesso em todo o mundo por mais de 14 milhões de pessoas.⁴ Mas, apesar da redução na prevalência da doença em até 90% após o estabelecimento do tratamento, o coeficiente de detecção no Brasil não tem sofrido redução, mantendo-se em 2,09 casos em cada 10 mil habitantes em 2005. Assim, o Brasil mantém-se como o maior contribuinte de casos de hanseníase da América. Em 1999, o Brasil assumiu, perante a Organização Mundial da Saúde (OMS), a meta do Plano Estratégico de eliminação da hanseníase 2000-2005, comprometendo-se em eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, definida como a redução da prevalência a menos de um caso em cada 10 mil habitantes.⁵

Como a meta não foi atingida, o Brasil assinou um novo compromisso na Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase 2006-2010, visando tratar dos desafios remanescentes e diminuir ainda mais a carga sanitária decorrente da doença.⁶

Atualmente o Brasil traçou uma nova meta, o *Programa Nacional de Controle da Hanseníase 2007-2008*, visando não mais à eliminação dessa doença, mas à avaliação e à revisão da política de eliminação, mediante a definição do indicador de detecção geral e detecção em menores de 15 anos para monitoramento da endemia no País; estudos de tendência e de focalização de espaços de transmissão; demandas consequentes à política de isolamento; e revisão da linha editorial dos materiais normativos e mobilização para intensificar a redução dos focos de transmissão.⁷

Para Lana,⁸ vários fatores contribuíram para que a meta de eliminação não fosse atingida, dentre os quais a permanência de casos não diagnosticados (prevalência oculta) e a persistência do modelo tradicional de atenção à saúde, com enfoque biológico, serviços centralizados, especializados e pouco desenvolvimento das ações de controle na atenção básica, mesmo com a implantação da Estratégia de Saúde da Família.

Magalhães e Rojas,⁹ em seu estudo sobre a distribuição espacial da hanseníase no Brasil, afirmam que a espacialidade da doença tem sido estudada de forma pontual em alguns Estados e Municípios, no entanto sem sistematização. Assim, a epidemiologia da hanseníase, particularmente sua distribuição geográfica, permanece com numerosas lacunas e, apesar de todos os esforços dos serviços de saúde no Brasil para exercer o controle sobre a doença na população, a cadeia de transmissão da hanseníase tem sido pouco afetada nos últimos anos, tornando impossível atingir a meta proposta para eliminação da doença.

Alguns trabalhos de geografia médica da hanseníase discutem o papel da história da ocupação dos territórios como fundamento da manutenção de focos da doença.¹⁰ Estudos epidemiológicos possibilitam definir a distribuição da doença no Brasil e as áreas prioritárias de intervenção para a eliminação da hanseníase, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de metodologias de análise e técnicas de intervenção sobre o problema da hanseníase em áreas endêmicas.⁸

Embora a carga da hanseníase tenha sido reduzida substancialmente, novos casos continuarão a surgir no futuro próximo, na maioria dos países endêmicos. E visto a necessidade de continuar a sustentar os serviços de hanseníase durante muitos anos ainda, é indispensável repensar o enfoque adotado. A saúde deve então se preparar para garantir uma assistência resolutiva e de qualidade a todos, possibilitando a população qualidade de vida. Além disso, à medida que a carga da doença continuar a diminuir tornar-se-á cada vez mais difícil manter o interesse da população e do governo no controle da hanseníase, uma vez que há outras

questões sanitárias mais graves competindo pela atenção.¹¹

Um grande problema enfrentado na hanseníase é que os avanços na saúde têm se mostrado desiguais. Enquanto a cidade de São Paulo beira a eliminação da hanseníase, outros municípios no mesmo Estado não apresentam tal tendência, principalmente se compararmos cidades de outras regiões com problemas sociais graves como as da região Nordeste. Os contrastes na distribuição espacial da endemia revelam a complexidade dos fatores envolvidos na sua determinação. Além disso, a saúde pública e o ambiente são amplamente influenciados pelos padrões de ocupação do espaço, justificando a incorporação da análise epidemiológica para subsidiar os gestores no planejamento da saúde.¹²

Segundo Oliveira et al.,¹³ uma das ações da vigilância epidemiológica foi à reestruturação do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) em 2004, com a definição dos municípios prioritários pelo Ministério da Saúde. Foram identificados 206 municípios prioritários para a eliminação da hanseníase. Entre eles está Ouro Preto-MG, criado em 1711 com o nome de Vila Rica, que foi capital do Brasil e carrega em sua história as marcas da colonização portuguesa.

Considerando a importância que a hanseníase exerce sobre a saúde no Brasil, tanto como doença infectocontagiosa quanto em termos expressos pelos números da doença (magnitude), além de sua importância social, desenvolveu-se este estudo, cujo objetivo foi analisar a epidemiologia da hanseníase no município de Ouro Preto, no período de 2002 a 2008, a fim de subsidiar a formulação de estratégias para o controle da doença na região e identificar fatores determinantes para a distribuição espacial da hanseníase, bem como áreas de riscos de transmissão da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo transversal. O cenário do estudo foi o município de Ouro Preto em Minas Gerais, composto de 13 distritos, além da sede, com uma população estimada em 69.251 habitantes,¹⁴ atualmente com 100% de cobertura de Programa de Saúde da Família (PSF) na zona rural e em processo de transição do Programa de Agentes Comunitários para PSF na zona urbana. O Índice de Desenvolvimento Humano é igual a 0,787, no entanto o território apresenta profundas diferenças sociais, econômicas e culturais. A atividade fundamental para a vida da população é o turismo, seguida da atividade mineradora.¹⁵

Considerando que a hanseníase é uma doença crônica de desenvolvimento lento, as informações epidemiológicas relacionadas são extremamente sensíveis à capacidade operacional dos serviços e programas de controle, justificando a realização de

estudos com séries históricas mais longas. Para a coleta de dados dos casos de hanseníase notificados, foram confrontadas informações de três fontes: o Serviço de Hanseníase centralizado na Policlínica Municipal; o Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) informatizado em 2002, no Setor de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde; e o SINAN estadual. Considerando o critério de maior fidedignidade dos dados, optou-se por utilizar o SINAN do Setor de Epidemiologia do município. Dessa forma, delimitou-se o período do estudo de 2002 a 2008.

A população de estudo constituiu-se de 102 casos de hanseníase notificados. Foram levantadas as seguintes variáveis: unidade de saúde de diagnóstico, data da notificação, endereço residencial completo, sexo, raça, faixa etária, escolaridade, modo de detecção, forma clínica, grau de incapacidade, número de contatos intradomiciliares e contatos examinados. Tendo em vista que, na análise preliminar, algumas variáveis apresentavam inconsistência no banco de dados SINAN e, portanto, sem confiabilidade, não foram incluídas no estudo as seguintes variáveis: número de lesões clínicas no diagnóstico, uma vez que não correspondia à classificação operacional de *pauci* e multibacilares; número de casos em abandono, e número de casos novos com incapacidade física avaliada no momento da alta.

Segundo a OMS,¹¹ os indicadores são ferramentas utilizadas para medir a magnitude do problema de hanseníase e o progresso alcançado na consecução dos objetivos do programa. Os indicadores são aproximações quantificadoras de determinado fenômeno. Podem ser usados para ajudar a descrever determinada situação e para acompanhar mudanças ou tendências em certo período. Os indicadores de saúde permitem a comparabilidade entre diferentes áreas ou diferentes momentos e fornecem subsídios ao planejamento das ações de saúde.

Os indicadores de saúde podem ser classificados em dois grandes grupos, de acordo com o tipo de avaliação a que se destinam: indicadores epidemiológicos, que medem a magnitude ou a transcendência do problema de saúde pública; e indicadores operacionais que medem o trabalho realizado, seja em razão da qualidade, seja da quantidade. Com essas considerações optou-se pelos seguintes indicadores epidemiológicos e operacionais: número absoluto de casos, taxa de detecção geral, taxa de prevalência da hanseníase, taxa de detecção em menores de 15 anos, percentual de caso de hanseníase com grau II de incapacidade e proporção de formas clínicas multibacilares.

Os dados foram tratados empregando-se o software Excel for Windows e apresentados sob a forma de tabelas e gráficos. Na análise, buscou-se comparar os indicadores epidemiológicos e operacionais encontrados com os parâmetros do Ministério da Saúde e com resultados de outras pesquisas realizadas nesta área.

Trata-se de dados secundários obtidos do SINAN local, tendo como referência a Resolução nº 196/96 do CONEP/MS. Foram omitidas informações referentes à identificação dos pacientes de modo a assegurar o sigilo e o anonimato dos sujeitos. A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto, representada pelo secretário de saúde, conforme Ofício nº 112/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As estratégias de controle da hanseníase no mundo vêm sofrendo mudanças com a finalidade de alcançar a eliminação da doença. No entanto, os países endêmicos ainda encontram dificuldades de atingir essa meta. Verificou-se influência positiva da descentralização da assistência a saúde relacionada com o incremento da detecção de casos novos. O acesso facilitado aos portadores da doença ampliou a precocidade do diagnóstico e, conseqüentemente, reduziu o número de pacientes incapacitados. Essa facilidade e a ampliação do rastreamento dos casos mediante a democratização do diagnóstico para um número maior de profissionais de saúde foram decisivos no processo de eliminação da doença.¹⁶

Além disso, taxas elevadas dessa doença estão associadas a insatisfatórias condições assistenciais para diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento dos casos.¹⁷ O município de Ouro Preto conta com um Serviço de Doenças Infecciosas que funciona na Policlínica Municipal, como referência para a tuberculose, o HIV/AIDS, hanseníase e outras. Trata-se de um serviço centralizado para o diagnóstico e tratamento dessas doenças em Ouro Preto. A equipe é composta por médico, assistente social e técnico de enfermagem, que são responsáveis pelo atendimento a todos os pacientes portadores de todas as doenças infecciosas, incluindo a hanseníase, sendo que 100% dos casos foram diagnosticados nesse serviço, demonstrando a baixa eficiência das equipes de saúde da família.

No período de 2002 a 2008 foram notificados 102 casos de hanseníase no município de Ouro Preto, com taxa de detecção média de 2,1 casos/10 mil habitantes, o que torna o município prioritário em ações de eliminação da hanseníase pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. A TAB. 1 demonstra a taxa de incidência da hanseníase no período de 2002 a 2008.

TABELA 1 – Taxa de detecção da hanseníase no município de Ouro Preto – Período de 2002 a 2008

Ano	Número absoluto de casos	População do município	Taxa de detecção (por 10 mil hab.)
2002	39	67.069	5,8
2003	6	67.436	0,9
2004	4	68.208	0,6
2005	7	68.635	1,0
2006	24	69.058	3,5
2007	13	67.048	1,9
2008	9	69.251	1,3
Total	102	-	2,1

Fonte: SINAN – Fichas de Notificações de Hanseníase

População: Estimativa DataSUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde

A taxa de detecção da hanseníase visa avaliar a carga de morbidade e de magnitude da doença, bem como o risco da população exposta de adquiri-la.¹⁸ No Brasil, a taxa de incidência da hanseníase vem caindo, chegando a 2,02/10 mil habitantes em 2006. No entanto, a distribuição da doença se mantém desigual nos estados e municípios. No Estado de Minas Gerais, a taxa de detecção foi de 1,11/10 mil habitantes, ou seja, próximo da eliminação quanto problema de saúde pública.¹⁵ No entanto, alguns municípios no Estado tem se mantido endêmicos. O município de Ouro Preto constitui um desses municípios, com taxa média de detecção, no período de 2002 e 2008, igual a 2,1/10 mil habitantes, superando a detecção média do estado de Minas Gerais.

Observou-se que, separadamente, a taxa de detecção da hanseníase em Ouro Preto variou de hiperendêmica

em 2002, com detecção maior do que 4,0; a muito alta em 2006, e a média a alta em 2003, 2004, 2005, 2007 e 2008. Ressalte-se que quedas nas taxas de detecção em municípios endêmicos nem sempre representam melhora no quadro da doença, podendo esse fato estar associado à baixa resolutividade do serviço de saúde em detectar casos ocultos.¹⁹

Além disso, sabe-se que menores de 15 anos adoecem mais quando há maior endemicidade da doença. O Brasil ainda apresenta alta magnitude da endemia de hanseníase em menores de 15 anos, com um coeficiente de detecção igual a 0,6/10 mil habitantes. Do total de casos de hanseníase detectados em Ouro Preto, 2,9% ocorreram em menores de 15 anos, representando uma taxa de detecção igual a 0,5/10 mil em 2002, 2006 e 2008. A ocorrência de um caso de hanseníase em

menores de 15 anos em 2008 sugere transmissão ativa da hanseníase.¹

O estudo da distribuição espacial visando identificar grupos residentes em áreas que ofereçam maior risco de adoecer, dado o número de casos bacilíferos, pode auxiliar no planejamento, na implementação, no monitoramento e no efetivo controle dessa doença.²⁰

Neste estudo, a análise da distribuição de casos no território possibilitou a identificação de um “foco” acentuado de hanseníase no município, o distrito de Santa Rita de Ouro Preto, responsável por 71% dos casos da doença registrados no período, conforme foi demonstrado no GRAF. 1.

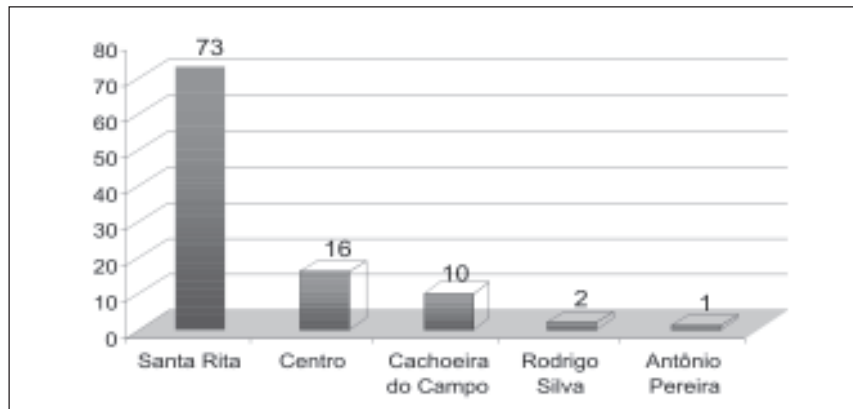


GRÁFICO 1 – Distribuição dos casos de hanseníase segundo distrito de residência no município de Ouro Preto – Período de 2002 a 2008

Mercaroni,²¹ analisando a distribuição da hanseníase no município de Fernandópolis-SP, entre 1997 e 2002, encontrou setores com coeficiente de detecção médio de 18,47 casos por 10 mil habitantes e vários setores com detecção igual a zero, demonstrando a desigualdade da distribuição da doença e a ocorrência de aglomerados de casos. No distrito de Santa Rita de Ouro Preto, observou-se uma taxa de detecção média no período de 24,5/10 mil habitantes, portanto, muito superior à detecção média encontrada para o município, o que coloca o distrito como região hiperendêmica e de risco para o município.

As diferenças socioeconômicas e regionais devem ser ponderadas, pois podem contribuir para manter a endemicidade de uma área.¹⁶ A existência de conglomerados populacionais com bacilo circulante permite a persistência do problema, ou até mesmo o difunde. Na análise da distribuição de casos no interior do distrito de Santa Rita, observa-se que os casos foram notificados de residentes, principalmente nas localidades de Santa Rita Sede, Mata dos Palmitos e na Serra dos Cardosos, conforme demonstrado no GRAF. 2.

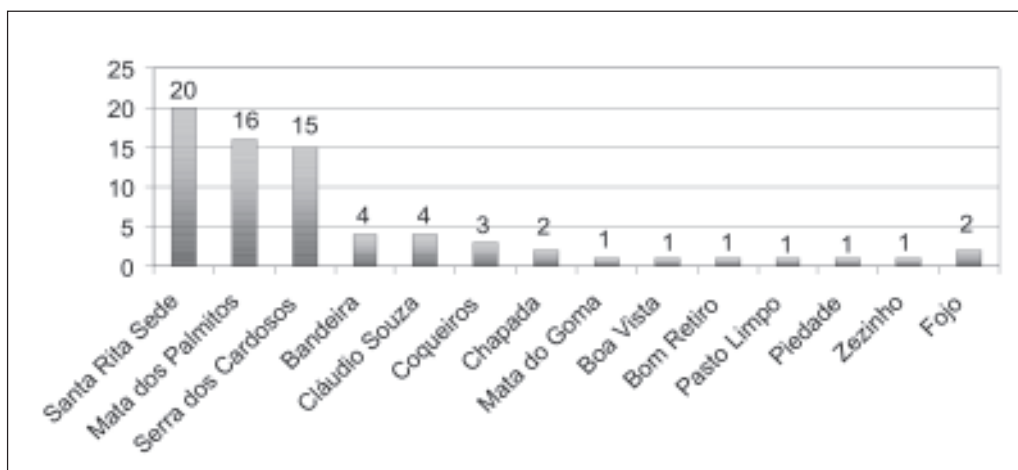


GRÁFICO 2 – Distribuição dos casos de hanseníase segundo localidades do distrito de Santa Rita de Ouro Preto – Período 2002 a 2008

Não foram encontrados documentos referentes à existência de colônias de isolamentos de hanseníase na Velha Vila Rica ou atual Ouro Preto; apenas relatos de moradores da região afirmando que na Serra dos Cardosos, área de difícil acesso, com população de cultura e costumes distintos, pertencente ao distrito de Santa Rita de Ouro Preto, constituiu uma antiga área de habitação para portadores de hanseníase, o que poderia justificar a alta concentração de casos no distrito. O preconceito sofrido por essas pessoas faz com que até hoje elas escondam os sintomas da doença, permanecendo no isolamento. A sustentação científica para o isolamento como forma de cuidado é datada do século XIX, em 1897, na *Primeira Conferência Internacional de Leprologia*, realizada em Berlim, quando o médico Gerard Amauer Hansen propôs o isolamento como medida fundamental para o controle da hanseníase, o que influenciou a segregação dos doentes em vilas e instituições fechadas.²²

O *Jornal de Ouro Preto*²³ relata que é possível identificar em documentos seculares a ocorrência da hanseníase nas

regiões que hoje compõem o distrito de Santa Rita de Ouro Preto, atual foco da doença. Um véu de silêncio cobre o assunto até a atualidade, impedindo que a doença seja erradicada. Os diagnósticos de hanseníase são antigos, quando estes eram isolados sem assistência social e de saúde. Hoje tais colônias já não existem.

Em uma matéria paralela, intitulada “Na Serra dos Cardosos, o mal é o preconceito”, menciona-se que o local constitui zonas remanescentes de alta incidência de “lepra”, sofrendo até hoje com o preconceito dos próprios moradores. Um dos habitantes mais respeitados da Serra dos Cardosos na matéria desconversa sobre o assunto, afirmando que a doença existiu apenas na época dos escravos, quando era comum queimar a casa de pessoas que morreram de hanseníase. Na matéria ainda afirma-se que até hoje as pessoas evitam visitar a região dos Cardosos, além de não consumir os produtos do local.²³ A TAB. 2 apresenta as características sociodemográficas dos pacientes diagnosticados no período do estudo.

TABELA 2 – Características dos casos de hanseníase notificados no município de Ouro Preto – Período de 2002 a 2008

Sexo	N	%
Feminino	58	57%
Masculino	44	43%
Raça	N	%
Branco	22	21,6%
Negro	26	25,5%
Pardo	47	46,1%
Ignorado/Não informado	7	6,9%
Faixa etária	N	%
Menores de 15 anos	3	2,9%
15 a 19	2	2%
20 a 39	26	25,5%
40 a 59	32	31,4%
Maiores de 60	39	38,2%
Total	102	100%
Escolaridade		
Analfabeto	17	16,7%
Primeiro grau incompleto	61	59,8%
Primeiro grau completo	1	1%
Segundo grau incompleto	9	8,8%
Superior completo	3	2,9%
Ignorado/Não informado	11	10,8%

Fonte: SINAN – Fichas de Notificações de Hanseníase

Segundo os dados apontados, 57% dos casos de hanseníase ocorreram no sexo feminino, o que contraria os dados do Ministério da Saúde, que apontam uma incidência duas vezes maior da doença nos homens, demonstrando uma possível prevalência oculta na população masculina do município.¹⁷ Uma possível explicação para o diagnóstico maior e precoce

nas mulheres se deve à facilidade de acesso das mulheres aos serviços de saúde, em razão do direcionamento dos programas à saúde da mulher. Além disso, em muitos casos, são as mulheres que comparecem às unidades de saúde acompanhando crianças, idosos e familiares, o que também pode contribuir para aumentar o acesso aos serviços de

saúde, o vínculo com seus profissionais e as chances de diagnóstico.⁸

Quanto à raça, observou-se que a hanseníase foi diagnosticada em 71,6% dos casos em negros ou pardos, demonstrando mais uma possível associação entre condições socioeconômicas e a doença, já que os negros apresentam, historicamente, baixo nível socioeconômico, em comparação com os brancos, do que uma doença que se relaciona à raça. Cabe salientar que a população ouro-pretana constitui-se, em sua maioria, de negros, o que também pode explicar a alta incidência nessa raça.

No estudo realizado por Gomes et al.,¹⁰ observou-se que a frequência dos casos aumentou com a idade, assemelhando-se ao crescimento de casos observados nesta pesquisa, ou seja, com o aumento da faixa etária, houve aumento nos casos de hanseníase, o que também pode ser explicado pelo caráter crônico da doença.

Quanto à escolaridade da população estudada 77,5% eram analfabetos ou possuíam apenas o primeiro grau incompleto, o que se relaciona à baixa condição social, principalmente considerando-se que o grau de conhecimento e acesso ao serviço de saúde se vincula ao número de anos estudados.

Um dos questionamentos atuais relaciona-se à efetividade de estratégias de controle da doença, e entre as que provaram ser eficazes estão: a descentralização do diagnóstico e do tratamento, o exame clínico de coletividade, o acesso facilitado, a divulgação sobre a doença, o acompanhamento dos casos e contatos, o monitoramento da endemia e a avaliação das diferenças regionais, pois podem corroborar com a endemicidade de uma área.¹⁹ No município de Ouro Preto, em 38,2% dos casos, o modo de detecção se deu por demanda espontânea, constituindo-se na principal forma de diagnóstico desse serviço de saúde. A seguir, no GRAF. 3 demonstra-se como se deu a detecção dos casos de hanseníase em Ouro Preto.

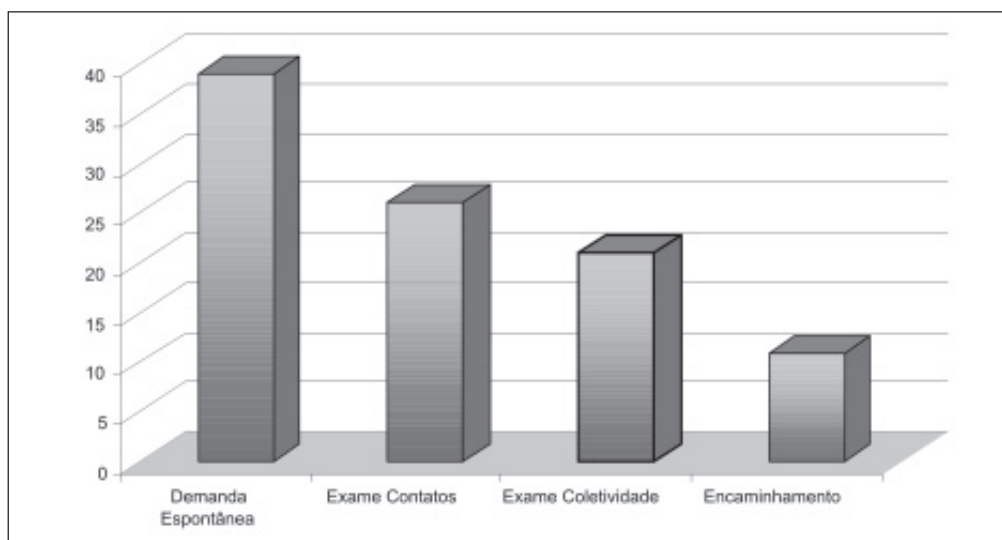


GRÁFICO 3 – Modo de detecção dos casos de hanseníase em Ouro Preto – Período de 2002 a 2008

A hanseníase afeta a pele, provocando manchas e/ou nervos periféricos, causando as neurites. O homem é considerado a única fonte de infecção e o contágio dá-se pelo trato respiratório. Dependendo da carga bacilar do portador, ela pode ser classificada em paucibacilar (forma tuberculoide ou indeterminada) – pessoas que apresentam resistência e abrigam um pequeno número de bacilos insuficiente para infectar outras pessoas; ou multibacilar (forma virchowiana ou dimorfa) – pessoas que não apresentam resistência ao bacilo, que se multiplica passando a ser eliminado no ambiente, podendo infectar outras pessoas. Essas pessoas constituem a fonte de infecção e de manutenção da cadeia epidemiológica da doença.²⁴

Casos de hanseníase virchowiana avançada não são tão frequentes hoje em dia e, se existem, têm grande importância na manutenção da endemia, já que esta constitui uma das formas responsáveis pela transmissão da doença.¹² Como demonstra o GRAF. 4, 28,4% dos casos diagnosticados em Ouro Preto eram virchowianos e apenas 23% eram a forma tuberculoide, ou seja, forma não grave, paucibacilar e não transmissível, o que reafirma a presença de um foco de transmissão da doença em Santa Rita, pois a maioria dos casos é bacilífero.

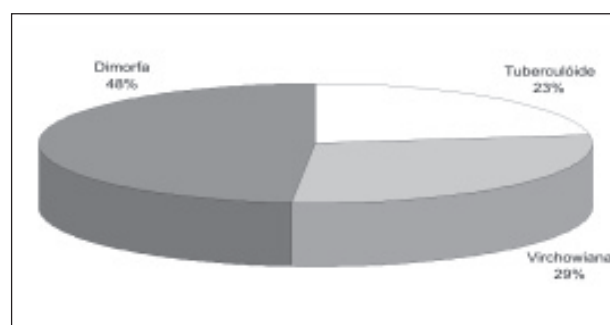


GRÁFICO 4 – Distribuição dos casos segundo a forma clínica – Período de 2002 a 2008

A presença de incapacidades, causadas pela hanseníase em um paciente curado, é um indicador de que o diagnóstico foi tardio ou de que o tratamento foi inadequado. Mesmo com maior precocidade do diagnóstico no Brasil, demonstrado pela redução da incapacidade física dos casos de 15,9% para 7,07%, cerca de 3 mil pessoas ainda apresentam deformidade física por hanseníase a cada ano.¹²

Segundo a nova portaria que define as ações de controle da hanseníase no Brasil, a presença de grau de incapacidade 2 em pacientes no momento do diagnóstico em mais de 10% dos casos novos detectados e avaliados no ano é considerado alto, demonstrando uma possível prevalência oculta.²⁵ Em Ouro Preto, 18% dos pacientes apresentaram grau 2 ou 3 de deformidade física e 11% dos pacientes não foram avaliados quanto à presença de incapacidades no momento do diagnóstico, como se observa a TAB. 3, demonstrando o diagnóstico tardio e a insuficiência do serviço de saúde em realizar o diagnóstico precoce.

TABELA 3 – Proporção de deformidades físicas ou grau de incapacidade II ou III no momento do diagnóstico de hanseníase no município de Ouro Preto – Período de 2002 a 2008

Ano	N	%
Grau 0	38	37%
Grau 1	35	34%
Grau 2 ou 3	18	18%
Não avaliado	11	11%
Total	102	100%

Fonte: SINAN – Fichas de Notificações de Hanseníase

Para atingir as metas de eliminação da doença, o Ministério da Saúde preconiza o exame de 100% dos contatos intradomiciliares, que são as pessoas que residem na mesma casa ou que tenham um convívio contínuo e prolongado com o doente. Atualmente, a cobertura de exame nesses contatos no Brasil é de 47%.² Nas fichas do SINAN pesquisadas, esse dado não se encontrava disponível, demonstrando mais uma vez a

falha no serviço de saúde ofertado. A média de contatos por paciente foi de 4,3 pessoas, superando a média brasileira de três contatos por caso diagnosticado de hanseníase, sendo que em duas notificações o número de contatos não foi informado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos aspectos epidemiológicos e operacionais da hanseníase no município de Ouro Preto evidenciou que as ações de controle da hanseníase não estão integradas na Atenção Básica, fato confirmado pela totalidade dos casos de hanseníase diagnosticados e tratados na Policlínica Municipal. Esse fato contribui para a baixa resolutividade na atenção à saúde dos pacientes e familiares, bem como nas ações de prevenção e controle da endemia no município.

O diagnóstico tardio expresso pela maioria de casos diagnosticados como multibacilares (dimorfos e virchowianos) e pela presença de grau de incapacidade 2 e 3 em 18% dos casos, está relacionado à capacidade operacional dos serviços, como também ao conhecimento da população sobre a hanseníase.

Tendo em vista garantir o diagnóstico precoce, bem como uma assistência de qualidade aos ouro-pretanos, são necessárias estratégias que já provaram ser eficazes no controle dessa doença, tais como: a descentralização do serviço de hanseníase para os PSFs, levando a um diagnóstico, tratamento e acompanhamento mais próximo e acessível da população; a busca ativa de casos/contatos; exame de coletividade; melhor registro dos dados; e controle dos contatos com aplicação de BCG-ID. Por se tratar de uma doença que não requer tecnologia sofisticada para o monitoramento, é possível traçar um plano de erradicação por meio do treinamento das equipes de saúde da família, educação à saúde da população e estabelecimento de estratégias dirigidas à integração das ações de controle da hanseníase à atenção básica.

Apesar de os coeficientes de detecção, que são indicadores de transmissibilidade da hanseníase, terem caído ao decorrer do período estudado, isso não representou uma tendência de declínio da doença em Ouro Preto, mas a ocorrência de uma prevalência oculta, resultado de baixa capacidade operacional, mantendo a cadeia de transmissão iniciada.

A análise da distribuição da doença no espaço contribui com o sistema de vigilância epidemiológica, demonstrando se há ocorrência de padrões na distribuição da hanseníase e áreas de maior risco de transmissão. A desigualdade de distribuição observada em Ouro Preto indica o distrito de Santa Rita como importante região de transmissão da doença, fato que vai para além de uma questão geográfica, apontando para determinantes histórico-sociais.

Os locais onde no passado se formaram colônias de isolamento podem estar colaborando para a manutenção de focos da doença. A existência de um

conglomerado (*cluster*) em Santa Rita de Ouro Preto, com coeficientes de detecção elevados, remete à necessidade de outros estudos a fim de explicar os determinantes envolvidos na manutenção dessa área de transmissão, em que os serviços de saúde locais se mostram incapazes de interromper a cadeia de transmissão da doença.

O estigma, uma vez fixado em uma cultura, permanece incorporado aos sentimentos desse grupo. O não

entendimento e a efetiva resolução da situação têm contribuído para adiar ações que resultem no efetivo alívio dessa população, que ainda sofre não somente com a doença, mas com a discriminação e a falta de informação. Assim, os serviços de saúde devem adotar estratégias de educação à saúde que considerem a historicidade da endemia e que possam encontrar formas efetivas de abordar o problema na região, reduzindo, dessa maneira, a repercussão sociocultural negativa que ainda persiste.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 6ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Ornellas CP. Paciente Excluído. Rio de Janeiro: Revan; 1997. p. 59-84.
3. Boti NCL, Aquino KA. A via Sacra da Hanseníase de Veganin. Rev Bras Enferm. 2008; 61 (1):676-81.
4. Araújo MG. 1925/ 2005 - Evolução e estado atual da quimioterapia da hanseníase. An Bras Dermatol. 2005; 80 (2):199-202.
5. World Health Assembly. (WHA). Elimination of leprosy: resolution of the 44th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 1991.
6. World Health Organization (WHO). Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities (plan period: 2006-2010). Geneva; 2005.
7. Oliveira MLW. Participação em quatro décadas da política de controle da hanseníase no Brasil: acasos e determinação. Hansen Int. 2008; 33(2):45-50.
8. Lana FCF, Ana FCF, Carvalho ACN, Saldanha ANSL, Amaral EP, Diniz LG. Análise da tendência epidemiológica da hanseníase na microrregião de Almenara/ Minas Gerais – Período: 1998-2004. REME - Rev Min Enferm. 2006; 10(2): 107-12.
9. Magalhães MCC, Rojas LI. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. Epidemiol. Serv Saude. 2007;16(2):75-84.
10. Gomes CCD, Pontes MAA, Gonçalves HS, Penna GO. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. An Bras Dermatol. 2005; 80(Supl. 3): S283-8.
11. Organização Mundial de Saúde. Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase (Período do Plano: 2006-2010). [Citado 2008 maio 10]. Disponível em: <http://www.who.int/lep/Reports/GlobalStrategy-PDF-verison.pdf>.
12. Opromolla PA, Dalben I, Cardim M. Análise geoestatística de casos de hanseníase no Estado de São Paulo, 1991-2002. São Paulo, 1991-2002. Rev Saúde Pública. 2006; 40 (5): 907-13.
13. Oliveira BFA, Ignotti E, Hartwig SV, Scatena JH, Andrade VLG. Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de comunicantes em 15 municípios considerados prioritários do estado do Mato Grosso, Brasil. Espaço Saúde (Online). 2007; 8(2): 11-9.
14. Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). [Citado 2008 maio 10]. Disponível em: www.datasus.gov.br.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Citado 2008 maio 10]. Disponível em: www.ibge.gov.br.
16. Cunha MD, Cavaliere FAM, Hercules FM, Duraes SM, Oliveira MLWDR, Matos HJ. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23(5): 1187-97
17. Ministério da Saúde (BR). Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, 2007. [Citado 2008 maio 29]. Disponível em: www.saude.gov.br.
18. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde . Seminário Estadual de Hanseníase: procurar para curar e eliminar. Belo Horizonte; 2004.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
20. Amaral EP, Lana FCF. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. Rev Bras Enferm. 2008; 61 (1):701-7.
21. Mercaroni DA. Análise espacial da endemia hanseníase no município de Fernandópolis/SP [tese]. Ribeirão Preto/SP: USP-Ribeirão Preto; 2003.
22. Borenstein MS, Padilha MI, Costa E, Gregório RP, Koerich AME, Ribas DL. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciado por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960), Rev Bras Enferm. 2008; 61 (1):708-12.
23. Jornal de Ouro Preto. A Lepra: Saúde trata de 48 doentes de Lepra e faz diagnóstico, retirado de arquivos da biblioteca do Pilar; 1999. p. 12.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
25. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Conjunta N. 125. Define ações de controle da hanseníase, publicada no Diário Oficial da União em 27 de março de 2009.

Data de submissão: 19/8/2009

Data de aprovação: 9/9/2009

A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA VACINA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: O CASO DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO DO VALE DO AÇO

PERFORMANCE OF THE NURSING TEAM IN THE VACCINATION OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY PATIENTS: CASE REPORT OF A TOWN IN VALE DO AÇO

LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA VACUNACIÓN DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS: EL CASO DE UNA CIUDAD EN LA REGIÓN DEL VALE DO AÇO

Natália Batista das Neves¹
Helisamara Mota Guedes²
Simone de Pinho Barbosa³
Virginia Teixeira Oliveira Arêdes⁴

RESUMO

A vacinação das pessoas idosas tem como meta diminuir os índices da morbimortalidade por doenças infecciosas, garantindo qualidade de vida, bem-estar e inclusão social. Dessa forma, pretendeu-se com este estudo identificar as vacinas oferecidas pelo Calendário Vacinal dos Idosos, a periodicidade para a avaliação dos cartões de vacinação e as vantagens e desvantagens da vacina para os idosos institucionalizados, de acordo com o ponto de vista desses profissionais. Definiu-se como metodologia a investigação qualitativa e exploratória, sendo realizadas entrevistas com 25 profissionais, sendo 8 enfermeiras e 17 auxiliares/técnicos de enfermagem. Da análise dos dados pôde-se observar que 7 (87,5%) dos enfermeiros estavam informados sobre a identificação das vacinas oferecidas pelo Calendário do Idoso e 8 (100%) responderam conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde para periodicidade da avaliação do cartão e as vantagens dessa prática para esta população. Nas mesmas perguntas feitas aos auxiliares/técnicos, porém, 13 (76,5%) mencionaram apenas uma dessas vacinas, 11 (65%) estavam informados sobre a periodicidade do cartão vacinal e 15 (89%) relataram que somente havia vantagens nessa prática. Finalmente, quando interrogados sobre qual profissional deve ser designado para administrar as vacinas nas instituições de longa permanência, 7 (87,5%) dos enfermeiros e 10 (59%) dos auxiliares/técnicos entrevistados disseram que qualquer profissional da equipe de enfermagem está apto a realizar tal prática. Portanto, torna-se importante ressaltar a importância do trabalho do enfermeiro como coordenador/supervisor de uma Unidade de Saúde, atentando para a questão da educação continuada visando à atualização de sua equipe, para que, assim, possa contribuir para a melhoria da qualidade do serviço prestado a essa população.

Palavras-chave: Idoso; Vacinação; Assistência de Enfermagem; Educação Continuada.

ABSTRACT

Elderly vaccination aims to reduce the indexes of morbidity and mortality by infectious diseases, ensuring quality of life, well-being and social inclusion. This study aims to identify the vaccines offered to the elderly by the current immunization schedule, the frequency of assessment of immunization record cards and the advantages and disadvantages of vaccinations for institutionalized elderly, according to the views of the nursing team. We carried out a qualitative and exploratory research with interviews to 25 professionals (8 nurses and 17 nursing technicians). Data analysis showed that 87.5% of the nurses (n=7) knew about the vaccines offered by the elderly immunization schedule and all nurses (n=8) answered the questions as recommended by the Ministry of Health for periodicity of the assessment of the card and the advantages of this practice for this population. However, when the same questions were asked to nursing assistants/technicians, 76.5% (n=13) reported only one of these vaccines, 65% (n=11) knew about the frequency of assessment of the immunization card and 89% (n=15) said there were advantages in this practice. Finally, when asked about which professional should administer vaccines in elderly institutions, 7 nurses (87.5%) and 10 assistants/technicians (59%) believed that anyone from the nursing team was able to accomplish the duty. We conclude that it is important to emphasize the relevance of the nursing professional as a coordinator/supervisor of the health unit. We believe that the program of "continuing education" should receive special attention in order to keep the health team updated and thus contribute to improve the quality of the attention provided to this population.

Key words: Aged; Vaccine; Vaccination; Continuing Education.

RESUMEN

La vacunación de los ancianos busca disminuir los índices de morbilidad y mortalidad para enfermedades infectocontagiosas, garantizando calidad de vida, bienestar e inclusión social. Este estudio tuvo como objetivos identificar las vacunas ofrecidas por el Calendario de Vacunación de los Ancianos, la periodicidad para evaluación de las tarjetas de vacunación y las ventajas y desventajas de la vacuna para los ancianos institucionalizados, de acuerdo con el punto de vista del equipo de enfermería. Se definió como metodología la investigación cualitativa exploratoria, con entrevistas de 25 profesionales: 8 licenciados en enfermería y 17 técnicos en enfermería. Del análisis de datos se puede observar que siete (87,5%) de los enfermeros conocían la identificación de vacunas ofrecidas por el mencionado calendario y ocho (100%) contestaron en conformidad con las recomendaciones del Ministerio de Salud para la periodicidad de evaluación de la tarjeta y ventajas de esa práctica para esta población. En cambio, para las mismas preguntas realizadas a los auxiliares y técnicos, 13 (76,5%) mencionaron sólo una de las vacunas, 11 (65,0%) sabían sobre la periodicidad del esquema de vacunación y 15 (89,0%) relataron sólo haber ventajas en esta práctica. Finalmente, cuando se preguntó acerca del profesional elegido para administrar las vacunas en las instituciones de larga permanencia siete (87,5%) de los enfermeros, 10 (59,0%) de los técnicos y auxiliares entrevistados creen que cualquier profesional del equipo de enfermería está apto para realizar tal práctica. Por lo tanto es importante resaltar la importancia del trabajo del enfermero como coordinador y supervisor de una unidad de salud, enfatizando la educación continua con miras a la actualización de su equipo y así fomentar la mejora en la calidad del servicio prestado a esta población.

Palabras clave: Anciano; Vacunación; Atención de enfermería; Educación continua.

¹ Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais.

² Enfermeira. Mestre pela Universidade Federal de Goiás. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais.

³ Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais.

⁴ Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais. Pós-graduanda em Enfermagem em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais e pelo Programa Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Endereço para correspondência – Natália Batista das Neves: Rua Felipe Camarão, 188, Bairro Bom Retiro, Ipatinga, Minas Gerais, CEP 35160-224. Telefone: (31) 3823.1291. E-mail: natineves@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira teve início na década de 1960 e foi uma resposta às mudanças em alguns indicadores de saúde, especialmente quando houve uma queda das taxas de fecundidade e mortalidade em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil. Desde então, passados 49 anos, a sociedade depara com as consequências desse declínio, observando-se a demanda por serviços médicos e sociais consideravelmente maiores, se comparada com a última década.^{1,2}

Uma das características principais desse processo de envelhecimento foi que ele aconteceu sem que houvesse melhoria nas condições de vida em grande parte dessa população, o que demonstra a necessidade de intensificar as políticas públicas de saúde, tendo em vista que o envelhecimento é fenômeno social e necessita de tratamento diferencial.^{3,4} No censo de 2002, eram 15 milhões de idosos; já em 2008, esse número aumentou para, aproximadamente, 17 milhões no País; e, desses, 19 mil são residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI),⁵ cuja finalidade é atender os idosos sem vínculo com a família ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência.⁶

Estudos sobre essa temática demonstram que os idosos transferidos para as ILPIs encaram esse processo como um grande desafio, pois deparam com a transformação no seu estilo de vida, com a perda da liberdade e aproximação da morte. Em consequência, pode-se observar um grande número de idosos com problemas emocionais, que influenciam no declínio da função do sistema imunológico, tornando-os mais vulneráveis a adquirir patologias e sofrer suas complicações.^{7,8}

Como forma de diminuir os índices da morbimortalidade por doenças infecciosas, garantir qualidade de vida, bem-estar e inclusão social, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1973, o Programa Nacional de Imunização (PNI), cujo objetivo é controlar ou erradicar doenças infectocontagiosas e imunopreveníveis. Em 1999, implantou o “Calendário de Vacinação do Idoso”, direcionado inicialmente aos maiores de 65 anos, como uma das efetivações do governo brasileiro em consonância com a universalidade, a integralidade e a equidade, princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS).⁹

O calendário de vacinação do idoso inclui as vacinas difteria e tétano (dT), febre amarela (FA), *influenza* e pneumocócica, que garantem imunidade contra difteria e tétano, febre amarela, gripe e pneumonia, respectivamente. As vacinas dT e FA devem ser administradas a cada dez anos por toda a vida. A dose contra pneumococos deve ser administrada como dose de reforço cinco anos após a dose inicial. Já a vacina contra *influenza* é administrada anualmente, durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso (CNVI),¹⁰ época em que o MS estabelece que o cartão de vacinação do idoso seja atualizado.¹¹ A cada ano as

metas da CNVI são superadas. Tal êxito se deve ao empenho das equipes de enfermagem que, sob a supervisão de um enfermeiro, são responsáveis pelo planejamento, coordenação, execução e avaliação da campanha.¹²

Além do mais, essas equipes devem utilizar os conhecimentos adquiridos para entender o processo de envelhecimento e, assim, saber diferenciar as alterações do processo de envelhecimento fisiológico do patológico.¹³ Tais alterações podem ser reconhecidas por meio de consulta de enfermagem que, em consonância com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE),¹⁴ deve ser realizada pelo enfermeiro, durante as visitas programadas às ILPIs, para que se possa obter o máximo de informações a respeito do idoso assistido, principalmente em relação ao cartão vacinal, pois, se este não estiver atualizado, o enfermeiro é responsável por intervir nessa questão, garantindo um plano de cuidado condizente com a atual situação do interno, para minimizar os riscos de limitações e incapacidade. Desse modo, a equipe de enfermagem pode verificar a evolução ou involução da saúde desse idoso, certificando-se se há necessidade de outras intervenções.

Pensando nisso, apresenta-se o seguinte questionamento: As equipes de enfermagem que atuam em Unidades Básicas de Saúde em um município do Vale do Aço têm acompanhado a situação vacinal dos idosos institucionalizados em suas áreas de abrangência?

Com este estudo pretendeu-se identificar as vacinas oferecidas pelo Calendário Vacinal dos Idosos, a periodicidade para a avaliação dos cartões de vacinação e as vantagens e desvantagens da vacina para os idosos institucionalizados, de acordo com o ponto de vista desses profissionais.

METODOLOGIA

Esta pesquisa constituiu-se em um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado em um município da região do Vale do Aço em Minas Gerais, com as equipes de enfermagem de três Unidades de Saúde, sendo duas do Programa Saúde da Família (PSF) e a terceira uma Unidade Básica de Saúde. A escolha dos estabelecimentos deveu-se ao fato de na área de abrangência dessas unidades estarem situadas as ILPIs desse município.

O universo da amostra foi composto por 34 profissionais de enfermagem alocados nas Unidades de Saúde selecionadas. A amostra do estudo foi composta por 25 profissionais, pois 9 não se propuseram a participar, alegando indisponibilidade adequada de tempo e discordância em participar da pesquisa.

Após o aceite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicado um questionário estruturado com base nos objetivos da pesquisa, no qual foram abordados quatro questões relacionadas à periodicidade de avaliação dos cartões de vacina dos

idosos, as vacinas que são oferecidas pela UBS para os idosos institucionalizados, o profissional designado para administrar as vacinas nas ILPIs e, por último, as vantagens e desvantagens da vacinação nos idosos institucionalizados.

Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos pela letra "E" de entrevistados, enumeradas com algarismo arábico, de acordo com a ordem de aplicação das entrevistas, e divididos em dois grupos, intitulados A e B, que se referem às classes profissionais enfermeiros e técnicos, auxiliares de enfermagem, respectivamente.

As informações foram comparadas com estudos a respeito dessa temática e esboçadas em forma de tabelas. Optou-se pela análise temática,¹⁵ que é uma técnica de análise de conteúdo que focaliza os significados das comunicações. Com base nesses significados, foram atribuídas inferências ou deduções lógicas.

Esta pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (UNILESTE-MG), sob o Protocolo nº 03.11.07, e da Coordenação de Projetos de Ensino, Pesquisa e Extensão na Área da Saúde da Secretaria Municipal do município pesquisado. Assim, após a aquiescência da instância cabível, iniciaram-se os trabalhos *in loco*, que se deram nos meses de setembro e outubro de 2007. Este estudo foi realizado em sintonia com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando, portanto, a responsabilidade ética do pesquisador.¹⁶

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a compilação das respostas, foi possível analisá-las e compará-las com a literatura estudada. Esse momento foi importante para verificar a coerência entre algumas respostas e possíveis peculiaridades.

No que tange ao perfil da amostra, constituiu-se por 8 enfermeiros (grupo A) e 17 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem (grupo B), predominantemente do sexo feminino, 23 (92%) reproduzindo uma característica peculiar na enfermagem, como uma profissão exercida quase que exclusivamente por mulheres, e 2 (8%) do sexo masculino. A faixa etária prevalente no grupo A foi entre 20 e 30 anos e com tempo de trabalho na UBS de aproximadamente quatro anos. Já no grupo B, a faixa etária ficou entre 30 e 39 anos, com a mesma estimativa de tempo de trabalho na UBS do grupo A.

Desde os primórdios, o cuidar em enfermagem era visto como um trabalho feminino e as próprias faculdades de enfermagem da época, por muito tempo, foram responsáveis pela seleção de acadêmicas, prioritariamente do sexo feminino.¹⁷

Quando interrogados sobre a periodicidade para avaliação do cartão vacinal dos idosos, todos os entrevistados do grupo A responderam anualmente,

durante a CNVI, nas consultas realizadas na UBS ou nas visitas domiciliares. A mesma resposta pôde ser verificada no grupo B, em 11 (65%) dos entrevistados, porém, após a análise das respostas, observou-se que tais profissionais explanaram insegurança ao discorrer sobre essa informação, demonstrando pouco argumento sobre o conteúdo abordado. Seis (35%) dos entrevistados do grupo B optaram por "Não souberam responder". A vacina *influenza* deve ser oferecida aos idosos anualmente durante a CNVI, e deve-se atualizar o cartão de vacina, administrando, conforme a necessidade, as vacinas de FA, dT e a antipneumococo.¹⁸ Alguns resultados encontrados são apresentados a seguir, confirmando as informações descritas:

Grupo A:

Diária com demanda espontânea e anual na campanha de vacinação. (E3)

Geralmente, avaliamos a caderneta vacinal do idoso anualmente, durante a campanha de vacinação contra gripe. Neste momento, aproveitamos para atualizar o mesmo. (E6)

Anual durante a Campanha de Vacinação do Idoso e nas visitas domiciliares. (E8)

Grupo B:

Quem sabe mais é a menina da sala de vacina. Mas deve ser de ano em ano. (E3)

Constantemente, principalmente quando há campanha, pois é validada a atualização de todos os cartões. (E1)

Pela busca ativa pelo ACS. (E12)

Não sei responder por estar sempre na sala da puericultura. Aqui na Unidade não há rotatividade entre a equipe de enfermagem nos setores, o que dificulta lhe passar essas informações. (E17)

Pode-se observar que os resultados obtidos no grupo B ilustraram a importância de conscientizar os enfermeiros, como coordenadores/supervisores de uma equipe, sobre a relevância da educação continuada para sua equipe como forma de melhoria no desempenho do serviço prestado apoiando o alcance de metas e na busca pela qualidade de vida dos idosos, em especial os institucionalizados. A supervisão do enfermeiro nas atividades em nível técnico deve ser realizada periodicamente, garantindo qualidade no serviço prestado, sem intercorrências, principalmente, no que se refere à imunização. Mais do que isso, a realização dessas práticas garante uma equipe capacitada para poder substituir os profissionais da sala de vacinação para o caso de férias, licença médica, dispensa ou transferência, a fim de evitar a paralisação das atividades.

Releve-se, ainda, de acordo com a Resolução nº 311/2007, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN),¹⁹ seção IV, art. 69, que é o enfermeiro responsável por "estimular, promover e criar condições

para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua orientação e supervisão”.

Dessa forma, o trabalho em saúde pública requer que o enfermeiro, prioritariamente, reconheça as limitações contidas nos serviços dos seus profissionais e, assim, possa planejar, programar e gerenciar ações voltadas para a melhoria desses serviços, proporcionando aperfeiçoamento técnico-científico que vise à promoção da saúde coletiva para atingir metas e objetivos condizentes com a realidade da população adscrita. Consequentemente, o enfermeiro é o responsável direto e indireto pelas ações referidas à equipe e funcionamento da USB, no que se refere às ações burocráticas, gerenciais e, principalmente, cuidativas.

Consoante ao que é proposto pelo PNI, o município é responsável pela distribuição dos imunobiológicos para as Unidades de Saúde, e estas devem atender a toda demanda populacional adscrita por aquela Unidade e verificar se a estratégia utilizada para vacinar essa população-alvo tem alcançado resultados positivos para o município.²⁰ Ao solicitar aos participantes que marcassem as vacinas oferecidas pela UBS para os idosos institucionalizados, no grupo A, apenas três (37,5%) dos participantes responderam exatamente conforme o preconizado pelo MS.

TABELA 1 – Distribuição das vacinas oferecidas pelas USs aos idosos institucionalizados, segundo o grupo A

Vacina	N	%
Tétano	4	50
dT	8	100
<i>Influenza</i>	8	100
FA	8	100
Antipneumococo	7	87,5
Difteria	1	12,5

Observa-se, ainda, que três (37,5%) dos entrevistados desse grupo informaram que a vacina antipneumococo é oferecida exclusivamente para acamados e em quantidade insuficiente para o serviço. Dados de Ministério da Saúde indicam que a vacina antipneumocócica é recomendada aos idosos institucionalizados e não vacinados, que devem receber uma dose da vacina e outra após cinco anos da primeira, caso a indicação persista.²¹

Grande parte dos componentes do grupo A estava atualizada na questão das vacinas que compõem o Calendário Vacinal do Idoso, uma vez que a supervisão em relação à imunização é uma das principais atividades realizadas pelo enfermeiro de saúde pública. A

obtenção dos dados sobre o alcance ou não das metas propostas pelo município possibilitará ao profissional enfermeiro conhecer as reais condições dos serviços prestados, que poderão ser confirmadas pelo índice de internações hospitalares ou mortalidade entre os idosos. Por isso é de extrema importância que os enfermeiros conheçam a realidade do funcionamento de sua unidade de trabalho, principalmente as atividades realizadas na sala de vacina, pois por meio dessa análise será possível a detecção dos problemas existentes para, assim, adotarem medidas a fim de eliminar possíveis intercorrências que possam prejudicar a qualidade dos serviços realizados e a cobertura vacinal.

Já no grupo B, apenas 1 (5,9%) participante respondeu exatamente o que preconizado pelo MS sobre as vacinas que devem ser oferecida aos idosos, 2 (11,8%) não responderam, 1 (5,9%) respondeu apenas uma das vacinas que são preconizadas e a maioria, 13 (76,5%), deixou de mencionar uma das vacinas que são oferecidas para o calendário do idoso. Demais dados estão demonstrados na TAB. 2.

TABELA 2 – Distribuição das vacinas oferecidas pelas USs aos idosos institucionalizados, segundo o grupo B

Vacina	N	%
Tétano	11	64,7
dT	5	29,4
<i>Influenza</i>	14	82,3
Antipneumococo	11	64,7
Meningite	4	23,5
Difteria	1	5,9
Hepatite B	6	35,3

Pode-se observar, na TAB. 2, que os profissionais responderam outras vacinas que não fazem parte do Calendário Vacinal do Idoso, como hepatite B e meningite, no entanto essas podem ser administradas de acordo com a indicação. Além disso, não foi mencionada a vacina contra FA. Assim, contrastando com o grupo A, estes, como coordenadores, devem buscar estratégias, como a realização da educação continuada, objetivando homogeneizar o conhecimento da equipe assistencial e, assim, garantir efetiva imunização da população idosa e qualidade no serviço prestado.

Questionados sobre qual o profissional da equipe de enfermagem estava designado para administrar as vacinas nas ILPs, tanto no grupo A quanto no grupo B, o resultado foi quase unânime, com 7 (87,5%) e 10 (59%), respectivamente, dos entrevistados respondendo que todos da equipe possuíam

competência para realizar tal atividade. Esses dados podem ser confirmados na TAB. 3. A enfermagem, atuando em equipes, se fundamenta no cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade,

desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, seguindo, assim, os princípios da integralidade, universalidade e equidade.²²

TABELA 3 – Profissional designado para administrar vacinas nas ILPs

Profissional	Grupo A		Grupo B	
	N	%	N	%
Equipe de enfermagem – enfermeiro/auxiliar/técnico de enfermagem	7	87,5	10	59
Apenas um dos profissionais da equipe de enfermagem	1	12,5	7	41,1

A equipe de enfermagem de uma UBS deve ser proativa e conhecer a realidade da população pela qual é responsável, buscando identificar os problemas de saúde, elaborar planos para a resolução de problemas encontrados e executar as atividades planejadas de acordo com a atribuição de cada um dos profissionais, objetivando solucionar problemas de saúde de atenção básica. Mais que isso, qualquer profissional da equipe de enfermagem envolvida na imunização, designado ou não para administrá-la, deve ter como base um conhecimento rico e atualizado, conscientizando-se sempre para a prestação de um atendimento humanizado, esclarecendo dúvidas, orientando sobre os efeitos colaterais e vantagens da vacinação, para garantir a participação do idoso nas campanhas no intuito de alcançar ou ultrapassar as metas programadas. Sete (41,1%) entrevistados do grupo B acham que apenas os auxiliares/técnicos podem realizar essa atividade.

Indagados sobre quais as vantagens e desvantagens da vacinação para os idosos institucionalizados, todos (100%) os participantes do grupo A e 15 (89%) do grupo B relataram que havia vantagens; 2 (11%) do grupo B não responderam. A população geriátrica, em especial aquela internada em serviços de longa permanência, por viverem em grupo, necessitam da utilização dos recursos da imunização para a aplicação de medidas preventivas e que promovam a saúde. Isso porque esse grupo apresenta como consequência do processo de envelhecimento várias alterações fisiológicas, dentre elas no sistema imunitário, que os deixa suscetíveis e vulneráveis a infecções, aumentando os índices de hospitalizações.

Assim, a utilização das vacinas do Calendário do Idoso é uma forma de assistência a essa população, com o intuito de diminuir os índices de internação hospitalar e morbimortalidade, objetivando a longevidade e a melhoria da qualidade de vida.^{23,24} Alguns resultados encontrados são apresentados a seguir, confirmando as informações descritas acima sobre as vantagens da vacinação:

Grupo A:

Proteção contra doenças imunopreveníveis e complicações. (E1)

Só vantagem, como proteção, pois a grande maioria é acamada e por ficarem muito juntos podem disseminar vírus e bactérias. (E7)

Inúmeras vantagens, como a diminuição da hospitalização, morbidade e mortalidade, diminuição de custos em saúde. (E8)

Grupo B:

Promoção de saúde; os idosos vacinados, geralmente, apresentam reincidência menor de gripe, pneumonia. (E7)

Prioriza a saúde gerando qualidade de vida. (E8)

Promoção da saúde do idoso, melhor qualidade de vida, menos custos com medicação e internação. (E11)

Como aumentou a expectativa de vida da população idosa, as vacinas são vantajosas para garantir qualidade de vida, principalmente para os idosos institucionalizados. (E17)

Vacinar é uma medida bastante eficaz de prevenção e controle contra diversas doenças infectocontagiosas e a diminuição dos índices de morbimortalidade. Dessa forma, a vacinação, além de ser um método barato de controle para evitar a propagação dessas doenças, é de extrema importância para o avanço da saúde pública. Os idosos, em peculiar os institucionalizados, são altamente beneficiados, uma vez que as vacinas fornecem elevada proteção contra possíveis complicações patológicas.

Outras vantagens atribuídas à vacinação nesses idosos incluem melhoria na qualidade de vida, redução de gastos com medicamentos, redução de internações e óbitos. Ressalte-se, ainda, que antes da vacinação o profissional encarregado para administrá-la deve discorrer de forma clara e objetiva sobre a eficácia da vacina, as características da doença a ser prevenida, as possíveis reações adversas e como agir ou a quem recorrer caso isso aconteça.

CONCLUSÃO

Mediante os dados obtidos, o estudo alcançou os objetivos propostos, além de reforçar que os problemas surgidos do processo de envelhecimento – por exemplo, a incapacidade funcional – devem se tornar uma questão primordial em saúde pública, visto que essa já é uma realidade existente em nosso país. A enfermagem, como colaboradora das práticas de saúde de indivíduos e coletividades, possui como suas ações primárias a prevenção de doenças, a promoção e a proteção da saúde, daí a necessidade de atuar de forma crescente, especialmente por meio da imunoprevenção, visando minimizar os riscos de incapacidade e buscando melhorias na qualidade de vida desse grupo específico.

Ressalte-se, diante dos dados obtidos, a importância de os enfermeiros estarem revisando seus conhecimentos e se atualizando periodicamente sobre os conceitos que

envolvem a imunização, para que possam repassar tais informações aos demais membros atuantes nas equipes de enfermagem das UBS, na busca pela melhoria na qualidade do serviço prestado.

A técnica do processo de educação continuada deve ser aproveitada para abordar outras temáticas que envolvem a vacinação, visando, principalmente, à conscientização dos profissionais enfermeiros. É preciso abordar temas referentes à supervisão da vacinação, acompanhamento adequado das coberturas vacinais, a busca ativa dos faltosos e a adoção concreta de estratégias com discussão de toda equipe envolvida.

Destaque-se que a educação continuada deve ser realizada permanentemente, adotando como solução a rotatividade entre os membros da equipe para que todos estejam inseridos nas atividades da sala de vacinação, proporcionando atualização sobre essas questões.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):725-33.
2. Chaimowicz F. A Saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: Problemas, Projeções e Alternativas. *Rev Saúde Pública*. 2007 abr; 31(2). [Citado 2007 set 21]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200014&script=sci_arttext.
3. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev Bras Estud Popul*. 2006; 23(1):5-26.
4. Papaleo Netto M. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, Doll J. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
5. Brasil. Comissão de Direitos Humanos. V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da realidade dos abrigos e asilos de idosos no Brasil. Brasília, DF: Comissão de Direitos Humanos; 2002.
6. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: Características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2004 maio/jun; 12(5):518-24.
7. Freire Júnior RC, Tavares MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2006 jun; 9(16):147-58.
8. Silva BT. Educação permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008 abr./jun; 7(2):256-61.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunização. 2001. [Citado 2008 fev 18]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.oseqnoticia29996.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunização – 30 anos, 2003. [Citado 2008 fev 18]. Disponível em: http://saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_30_anos_pni.pdf.
11. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. 2006. [Citado 2008 fev 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cni/cnv/cpniMG.def>.
12. Machado MMT. Avaliação das atividades dos enfermeiros da saúde da família. Fortaleza. 2005 jun. [Citado 2008 jan 30]. Disponível em: http://www.esp.ce.gov.br/paginas/Dissertacoes_Teses/Avaliacao_atividades_Enefermeiros_Cearapdf.
13. Gonçalves LHT, Alvarez AM. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, Doll J. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
14. Lopes FL. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007 jan./mar; 6(1):59-67.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2000.
16. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Resolução N° 196 (10 de outubro de 1996). [Citado 2008 fev 18]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>
17. Santos CB, Luchesi LB. A imagem da enfermagem frente aos estereótipos: uma revisão de bibliografia. In: *Proceedings of the brazilian nursing communication symposium*. São Paulo/SP; 2002.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. 2006. [Citado 2007 set 18]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=299.
19. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro. Legislação e Normas; 2007.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. v. 4.

21. Brasil. Vigilância à Saúde. Calendário de vacinação do adulto e idoso. 2007. [Citado 2007 set 28]. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21464>.

22. Rocha SMM, Almeida MCP. O Processo de trabalho da enfermagem em Saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latinoam Enferm. 2000 dez; 8(6):96-101.

23. Toniolo Neto J, Weckx LW, Halker E, Lopes CH, Succu RCM, Paiva TM, et al. Vacinação do Adulto e do Idoso. In: Farhat CK, Weckx Ly, Carvalho LHFR, Succu RCM. Imunizações – Fundamentos e Prática. 4. ed. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 219-27.

24. Francisco PMSB, Donalisio MR, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Vacinação contra influenza em idosos por área de residência: prevalência e fatores associados. Rev Bras Epidemiol. 2006; 9(2):162-71.

Data de submissão: 7/03/2009

Data de aprovação: 23/11/2009

OCORRÊNCIA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MINAS GERAIS

OCCURRENCE OF SURGICAL SITE INFECTION IN A UNIVERSITY HOSPITAL OF MINAS GERAIS

INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MINAS GERAIS

Maria Helena Barbosa¹
Matheus Abboud Mendes²
Jesislei Bonolo do Amaral³
Ana Lúcia De Mattia⁴

RESUMO

Estudo epidemiológico cujo objetivo foi identificar os fatores de risco de infecção de sítio cirúrgico (ISC) em pacientes submetidos a cirurgia, entre 2003 e 2007, em um hospital público de ensino de Uberaba-MG. Nesse período, 229 pacientes tiveram confirmação de ISC, dentre os quais 138 constituíram a amostra deste estudo. Os dados foram obtidos dos prontuários desses pacientes, no Serviço de Prevenção e Controle de Infecção, e analisados segundo estatística descritiva. Observou-se que 54,35% dos pacientes eram do gênero feminino. A média de idade foi de 42,2 anos; 49,28% eram tabagistas; 36,96%, etilistas; 40,57% apresentavam comorbidades (hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, diabetes, problemas renais); 38,40% tinham quadro infeccioso associado; 5,07%, sobrepeso e obesidade; e 6,52% faziam uso de imunossupressores. A média de dias de internação no pré-operatório foi de 2,34, com variação de até trinta dias. Verificou-se que 36,95% foram cirurgias contaminadas; 32,60%, potencialmente contaminadas; 21,73%, infectadas; e 7,97%, limpas. A maioria (83,34%) realizou cirurgia de urgência e/ou emergência: 46,37% de grande porte, 28,98% de médio porte e 68,84% dos pacientes não permaneceram com drenos no pós-operatório. Na maioria (97,10%) dos casos, foi adotada antibioticoprofilaxia, e o *Staphylococcus aureus* e o *S. epidermidis* foram os micro-organismos prevalentes. Considerando que a maioria dos casos de ISC ocorreu em cirurgias de urgência e emergência, faz-se necessário enfatizar a importância de medidas preventivas e de controle de infecção pelas equipes que atuam desde o momento do atendimento pré-hospitalar, assim como nas unidades de pronto atendimento.

Palavras-chave: Infecção da Ferida Operatória; Fatores de Risco; Enfermagem.

ABSTRACT

This is an epidemiological study that aims to identify risk factors for surgical site infections (SSI) in patients who underwent surgery between 2003 and 2007 in a public university hospital of Uberaba, Minas Gerais. In this period, 229 patients had ISS and 138 agreed to participate in the study. Data were obtained from the patient's records and at the local Center for Disease Control and Prevention. Descriptive statistics were used to analyze the data. Results show that 54.35% of the patients were female; the mean age was 42.2 years; 49.28% were smokers; 36.96% used alcohol; 40.57% had a clinical comorbidity (hypertension, heart disease, diabetes, kidney problems); 38.40% had an associated infection; 5.07% were overweight or obese; 6.52% used immunosuppressive drugs and the average number of days in hospital before the surgery was 2.34 days, ranging from 0 to 30 days. We noticed that 36.95% of the surgeries were contaminated, 32.60% were potentially contaminated, 21.73% were infected and 7.97% were clean. Most part (83.34%) of the patients underwent emergency or urgency surgeries; 46.37% of the surgeries were major ones and 28.98% were medium-sized. The majority of the patients (68.84%) had no drains in the postoperative period. In most cases (97.10%) an antibiotic had been used. *Staphylococcus aureus* and *S. epidermidis* were the most prevalent microorganisms. Considering that most cases of ISS were after urgency/emergency surgeries, we highlight the importance of preventive measures and of infection control in both pre-hospital care and in urgency care.

Key words: Surgical Wound Infection; Risk Factors; Nursing.

RESUMEN

Estudio epidemiológico realizado con el objetivo de identificar los factores de riesgo para infección del sitio quirúrgico (ISC) en pacientes sometidos a cirugía entre 2003 y 2007 en un hospital público de enseñanza de Uberaba, Minas Gerais. Durante dicho período 229 pacientes tuvieron confirmación de ISC de los cuales 138 constituyeron la muestra del presente estudio. Los datos se obtuvieron en el Servicio de Prevención y Control de Infecciones y en los prontuarios y luego se analizaron según la estadística descriptiva. Se observó que el 54,35% de los pacientes eran mujeres, edad promedio de 42,2 años, fumadores 49,28%; 36,96% consumían alcohol, 40,57% tenían comorbilidades (hipertensión, enfermedades del corazón, diabetes, problemas renales), 38,40% con cuadro infeccioso asociado; 5,07% presentaban sobrepeso y obesidad; 6,52% usaba inmunosupresores y el promedio de días de internación preoperatoria fue de 2,34 días con variación de 0 a 30 días. Se verificó que 36,95% fueron cirugías contaminadas, 32,60% potencialmente contaminados, 21,73% infectadas y 7,97% limpias. La mayoría (83,34%) fue cirugía de urgencia y / o de emergencia; 46,37% grandes y 28,98% medianas; 68,84% de los pacientes no permaneció con drenes en el postoperatorio. En la mayoría (97,10%) de los casos se adoptó antibioticoprofilaxis y el *Staphylococcus aureus* y *S. epidermidis* fueron los microorganismos prevalentes. Considerando que la mayoría de los casos de ISC fue en cirugía de urgencia y de emergencia, es necesario centrarse en la importancia de las medidas de prevención y control de las infecciones en los equipos de trabajo, desde la atención prehospitalaria y en las unidades de cuidado.

Palabras clave: Infección de la Herida; Factores de riesgo; Enfermería.

¹ Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professora adjunto do Curso de Graduação da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-MG, Brasil.

² Acadêmico do VIII Período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-MG, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela EERP-USP. Professora assistente da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-MG, Brasil.

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora adjunto do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. Endereço para correspondência – Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM – A/C Maria Helena Barbosa: Praça Manoel Terra, 330, Centro, Uberaba-MG. CEP 38015-050. Telefone: (34) 33185484. E-mail: mhelena331@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A infecção do sítio cirúrgico (ISC) constitui um grave problema entre as infecções hospitalares, por sua incidência, morbidade, mortalidade atribuída e custos financeiros. Representa de 14% a 16% de todas as infecções hospitalares³ e é considerada um problema de saúde pública, uma vez que acarreta aumento no período e nos custos de internação e retarda o retorno ao trabalho.^{1,2}

No Brasil, estima-se que a infecção de sítio cirúrgico ocorra após 11% de todas as cirurgias.⁴ Entretanto, há evidências de que essas infecções são subestimadas, por serem subnotificadas, considerando que de 12% a 84% se manifestam e são detectadas após a alta hospitalar.^{5,6}

O diagnóstico para ISC segue critérios preestabelecidos segundo o Center for Disease Control (CDC), onde são considerados:

- o tempo de observação, a classificação da infecção segundo as estruturas comprometidas (superficial, profunda e de cavidades) e os achados clínicos e laboratoriais;
- quanto ao tempo de observação, considera-se ISC até trinta dias após a realização do procedimento cirúrgico ou até um ano após quando há implante de próteses;^{5,7}
- em relação à classificação da infecção, as estruturas comprometidas com secreção purulenta no local da incisão, pele e tecido subcutâneo (para ISC superficial) ou em tecidos moles profundos, como camadas musculares (ISC incisional profunda), ou o envolvimento de órgãos ou espaços profundos manipulados durante a cirurgia (ISC, órgão ou espaço específico), a presença de abscesso ou, no caso de tecidos profundos, evidências histopatológicas ou radiológicas sugestivas de infecção;
- quanto aos achados clínicos e laboratoriais, a evidência de micro-organismo isolado de fonte teoricamente estéril ou colhido com técnica asséptica de local previamente fechado, febre sem outra causa definida, dor, calor, edema ou eritema confluyente ao redor da incisão e extrapolando os limites da ferida e deiscências de tecidos profundos.^{5,7}

As ISCs podem ser classificadas em endógena ou exógena, segundo a origem dos micro-organismos causadores. Sabe-se que 70% a 80% das ISCs são de origem endógena, causadas por bactérias da microbiota do próprio paciente, e o *Staphylococcus aureus* é o principal agente etiológico encontrado.^{4,5}

Os fatores de risco para ocorrência de ISC podem estar relacionados ao paciente, ao procedimento cirúrgico e com os micro-organismos causadores. Quanto aos fatores de risco relacionados ao paciente, o estado clínico, o tempo de internação no pré-operatório, a presença de doenças agudas ou crônicas descompensadas, o desequilíbrio nutricional, imunodepressão e corticoterapia, a presença de

infecção preexistente ou coexistente, extremos de idade, doenças subjacentes e tabagismo.⁵

Quanto aos principais fatores de risco relacionados ao procedimento anestésico-cirúrgico, há o preparo da pele (tricotomia, banho pré-operatório, antissepsia de pele e mucosas); o potencial de contaminação da cirurgia (limpa, potencialmente contaminada, contaminada e infectada); a natureza da indicação cirúrgica (eletiva, urgência e emergência); o tempo de duração da cirurgia; a técnica cirúrgica; a perfusão tecidual; o estresse cirúrgico; a presença de drenos; a antibioticoprofilaxia; os instrumentais cirúrgicos; o ambiente das salas de operações; e a equipe cirúrgica. Já com relação aos agentes etiológicos, o risco de infecção vai depender da carga microbiana, da virulência desses agentes e da eficácia dos mecanismos anti-infecciosos locais e sistêmicos de cada cliente.⁵

Considerando que conhecer os fatores de risco para ocorrência de ISC trará subsídios para a implementação de medidas para a prevenção dessa complicação e, conseqüentemente, para a redução da morbimortalidade associada, propôs-se a realização deste estudo.

OBJETIVO GERAL

Analisar a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias do período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007, em um hospital público de ensino de Minas Gerais.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar os fatores de risco para ocorrência de infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007, em um hospital público de ensino de Minas Gerais.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo epidemiológico, retrospectivo, em um hospital de grande porte, público, de ensino, que atende pacientes de alta complexidade do município de Uberaba-MG.

Os dados foram obtidos por um meio da análise das fichas de notificação de infecção do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e dos prontuários dos pacientes no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do hospital campo de estudo.

Foram identificadas 229 fichas de notificação de ISC no SCIH, de acordo com os critérios adotados por esse serviço, do período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007, constituindo-se a população-alvo (N) deste estudo. Dessas, 138 prontuários foram localizados para a obtenção dos dados, constituindo-se a amostra desta pesquisa (n).

Foram excluídos 91 casos por impossibilidade de localização e acesso desses prontuários no SAME, durante o período da coleta dos dados.

Para a obtenção dos dados, utilizou-se um instrumento constituído de duas partes. A primeira referia-se aos dados sociodemográficos e clínicos da população e a segunda, aos fatores de risco de ISC relacionados ao paciente, ao procedimento cirúrgico e aos micro-organismos identificados.

Para analisar as ISC e seus possíveis fatores de risco, foram selecionadas as variáveis relativas ao paciente (gênero, idade, comorbidades, tempo de internação pré-operatório, estado nutricional, presença de infecção preexistente ou coexistente, tabagismo e/ou etilismo e imunossupressão), ao procedimento cirúrgico (potencial de contaminação da cirurgia, natureza da indicação cirúrgica, porte cirúrgico, presença de drenos e antibioticoprofilaxia) e micro-organismos identificados.

Os dados obtidos foram inseridos em uma planilha eletrônica Excel® para Windows XP® para análise. Realizou-se estatística descritiva, com frequências absoluta e relativa, média e desvio-padrão, e os resultados foram apresentados sob a forma tabelas e figuras.

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Parecer nº 1091), respeitando a Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Ressalte-se que a falta de registros de informações em alguns prontuários e o extravio de outros dificultaram a obtenção de dados para atingir os objetivos propostos nesta pesquisa.

RESULTADOS

No período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007 foram identificados 229 casos de ISC, confirmados pelo SCIH, na instituição campo de estudo, dos quais 91 prontuários não foram localizados para análise, obtendo-se, assim, uma amostra (n) de 138 casos com confirmação de ISC.

Aspectos relacionados ao paciente

Com relação às variáveis sociodemográficas e clínicas analisadas, relacionadas ao paciente, observou-se que 75 (54,35%) eram do gênero feminino e 63 (45,65%) do masculino. A média de idade foi de 42,22 anos, com variação de 6 dias de vida a 83 anos, e a maioria 90 (65,21%) era procedente do município de Uberaba-MG. A média de dias de internação no pré-operatório foi de 2,34 dias com variação até trinta dias de internação.

Verificou-se que 70 (50,72%) não eram tabagistas, 35 (25,36%) faziam uso de tabaco e 33 (23,92%) não apresentaram o registro dessa informação no prontuário.

Quanto ao uso de bebida alcoólica, 87 (63,04%) não eram etilistas, 17 (12,32%) faziam uso de bebida alcoólica e 35 (24,61%) não apresentaram o registro dessa informação no prontuário.

Verificou-se que 79 (57,24%) dos pacientes não apresentavam comorbidades, 56 (40,57%) apresentavam outras doenças de base hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatias, diabetes *melittus* (DM), problemas renais, SIDA, anemia, hidrocefalia, mielomeningocele, câncer, meningite, hipotireoidismo e 3 (2,19%) não apresentaram o registro dessa informação no prontuário.

Observou-se que 85 (61,60%) não apresentavam infecção pré ou co-existente e 53 (38,40%) apresentavam quadro infeccioso associado, entre eles, infecções do trato urinário, infecção pulmonar e foco infeccioso em extremidade de MMII.

Quanto ao estado nutricional, a maioria dos prontuários analisados, 128 (92,75%), não apresentava o registro de peso e ou altura, o que impossibilitou a verificação de índice de massa corpórea (IMC) desses casos. Dos prontuários que constavam este dado, 7 (5,07%) apresentavam sobrepeso e obesidade e 3 (2,18%) IMC normal.

Verificou-se que 129 (93,48%) dos pacientes não faziam uso de imunossupressores e 9 (6,52%) faziam uso desta classe de medicamento.

Aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico

Com relação aos aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico, 45 (32,60%) das cirurgias foram potencialmente contaminadas e 51 (36,95 %) foram contaminadas segundo a classificação do potencial de contaminação (FIG. 1).

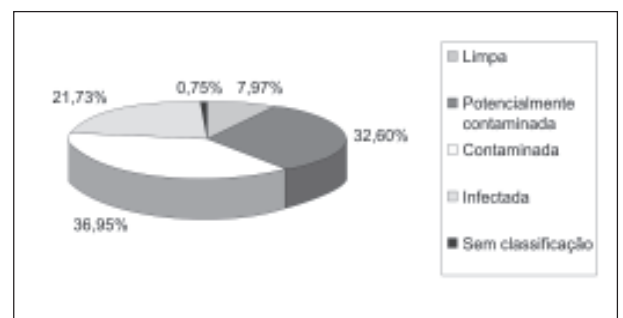


FIGURA 1 – Distribuição do percentual de cirurgias segundo a classificação pelo potencial de contaminação. Uberaba-MG 2003-2007.

Fonte: Fichas de notificação de infecção do SCIH e dos prontuários dos pacientes de um hospital de Minas Gerais.

Quanto à natureza da indicação cirúrgica, 73 (52,91%) foram cirurgias de urgência, 42 (30,43%) cirurgias eletivas, 17 (12,31%) cirurgias de emergência e 6 (4,35%) não apresentaram registro deste dado.

Verificou-se, quanto ao porte cirúrgico, que 64 (46,37%) foram cirurgias de grande porte, 40 (28,98%) de médio porte, 33 (23,91%) de pequeno porte e apenas em um caso (0,74%) não constava no prontuário essa informação.

Quanto à utilização de drenos, observou-se que 95 (68,84%) dos pacientes não utilizaram esse dispositivo no pós-operatório e 43 (31,16%) fizeram uso de algum tipo de dreno. Desses, 19 (44,18%) foram do tipo laminar (penrose) e 2 (4,65%) drenos tubulares (mediastinal). A antibioticoprofilaxia foi adotada em 134 (97,10%) pacientes.

Aspectos relacionados aos micro-organismos identificados

Todos os resultados foram retirados das fichas de notificação de ISC do SCIH e dos prontuários analisados, indicado o micro-organismo quando isolado da lesão para a confirmação dessa infecção, conforme metodologia adotada pelo SCIH da instituição, campo de estudo. Dessa forma, os micro-organismos apontados neste estudo foram os isolados para a confirmação diagnóstica da ISC da população estudada.

Os micro-organismos identificados foram: *Staphylococcus aureus*; *Pseudomonas aureginosa*; *Enterobacter cloacae*; *Staphylococcus epidermidis*; *Escherichia coli*; *Enterococcus Grupo D*; *Enterococcus*; *Streptococcus*; *Enterobacter agglomerans*; *Acinetobacter*, *Klebsiella*; *Proteus mirabilis*, sendo o *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis* os mais prevalentes.

DISCUSSÃO

Apesar da preocupação e esforços para sua diminuição, a ISC vem ocupando o segundo lugar entre as infecções hospitalares e muitas vezes chega a ocupar o primeiro, tanto nos Estados Unidos quanto em outros países, apesar dos esforços que vêm sendo adotados para prevenir sua ocorrência.³⁻⁸

Segundo o CDC, os fatores que contribuem para a ocorrência da ISC estão relacionados ao paciente, ao procedimento cirúrgico e aos micro-organismos.

Conhecendo os fatores de risco relacionados ao paciente, os achados desta pesquisa apontaram para uma população na maioria do gênero feminina, jovem (média de idade de 46 anos), cuja maioria não fazia uso de fumo e/ou bebida alcoólica. Esses dados também têm sido verificados em estudos de metodologias similares.⁸ Isso, talvez, se deva às características populacionais do País, onde há o predomínio de mulheres.⁹

Embora não tenham sido verificadas doenças de base na maioria dos casos estudados desta pesquisa, identificaram-se DM, HAS e cardiopatias entre esses pacientes, o que é apontado como um dos principais fatores de risco para ocorrência de ISC. Achados semelhantes também foram encontrados em uma pesquisa em pacientes submetidos à artroplastia de quadril.¹¹ Com relação ao DM, níveis de glicose acima de 200 mg/dl no pós-operatório prejudica a função fagocitária das células de defesa corporal, predispondo, assim, à ISC.⁸

Embora a maioria não apresentasse infecção coexistente, verificou-se que quase 40% dos casos de ISC apresentavam quadro infeccioso no pré-operatório. Segundo as recomendações do CDC, na presença de foco infeccioso, primeiro deve-se tratar a infecção e, depois, realizar a cirurgia.⁵ Entretanto há de se lembrar que neste estudo a maioria dos casos de ISC ocorrer em cirurgias de urgência e emergência, o que impossibilita a adoção dessa medida específica.

Outro aspecto importante refere-se ao tempo de internação no pré-operatório, pois, quanto maior esse período, maior a possibilidade de alteração da microbiota normal do paciente, pois favorece a colonização por outros micro-organismos do ambiente hospitalar.^{5,8} Nesta pesquisa, esse período variou até trinta dias, o que também foi evidenciado em outros estudos.⁸ Muitos podem ser os motivos que levam ao prolongamento desta internação pré-operatória, dentre os quais, principalmente, problemas relacionados ao quadro clínico do paciente ou ainda problemas de ordem administrativa e estrutural. Nesta pesquisa, esses motivos não foram alvos de investigação.

Outro fator de risco importante refere-se à obesidade, pois sabe-se que quanto maior a quantidade de tecido adiposo maiores as chances de problemas na cicatrização dos tecidos, pois nesses tecidos a quantidade de oxigênio é menor, o que pode retardar ou inibir o processo de cicatrização da ferida operatória.⁸ Neste estudo, com relação aos registros dos dados de peso e altura dos pacientes, a maioria apresentava obesidade ou sobrepeso.

Quanto aos fatores relacionados ao procedimento cirúrgico, a maioria dos pacientes com ISC foi submetida a procedimentos de emergência e urgência, fato que predispõe à ocorrência da ISC, pois, além da instabilidade do quadro clínico do paciente, há também a falta de tempo hábil para a realização de medidas recomendadas para o preparo adequado da pele.^{5,8,10} Esse preparo somente é feito em cirurgias eletivas.

Outro aspecto importante nas cirurgias de urgência e emergência, no qual a vida do paciente está em risco iminente de morte, refere-se à técnica cirúrgica adotada, pois muitas vezes os critérios precisam ser alterados.

Já quanto ao tipo de tecido manipulado cirurgicamente, sabe-se que quanto maior a colonização local, maior o risco de ISC,⁵ o que se observou nesta pesquisa, na qual maioria das ISC foi de cirurgias contaminadas (quanto ao potencial de contaminação). Em outros estudos, em pacientes submetidos a cirurgias abdominais, também se observou elevada taxa de ocorrência de ISC.⁸

As fichas de notificação utilizadas para esta pesquisa apontaram que a maioria dos pacientes recebeu antibioticoprofilaxia, conforme recomendação. Sabe-se que essa droga deve ser administrada no intraoperatório imediatamente antes de iniciar-se a incisão propriamente dita, para que possa ser estabilizada no sangue e tecidos ao mesmo tempo em que a pele é incisionada, além de manter os níveis terapêuticos da droga durante todo o procedimento e até algumas horas depois do ato cirúrgico.^{5,8,10}

Quanto à utilização de drenos, estudos apontam para sua permanência maior de quatro dias como um dos fatores predisponentes para ocorrência da ISC.^{8,10} Entretanto, neste estudo, a maioria dos pacientes com ISC não permaneceu com dreno no pós-operatório.

Quanto aos micro-organismos identificados neste estudo, os *Staphylococcus aureus* e o *Staphylococcus epidermidis* foram os de maior prevalência. Esses agentes são bactérias coagulase-positivos e os principais causadores de ISC, também evidenciados em outras pesquisas realizadas em pacientes submetidos a artroplastia de quadril e em cirurgia cardíaca. Por se tratar de micro-organismos da microbiota residente da pele, torna-se muito difícil ou praticamente impossível sua erradicação, embora as medidas de preparo da pele sejam adotadas.^{5,11,12}

Alguns estudos concluem que a duração do procedimento cirúrgico (tempo prolongado) e a experiência do cirurgião podem influenciar a ocorrência de ISC, pois quanto mais experiente for o cirurgião menor será o tempo de exposição dos tecidos internos à invasão dos micro-organismos.¹⁰ Embora esse aspecto não tenha sido investigado nesta pesquisa, isso nos remete às características da instituição, campo desta pesquisa, pois se trata de um hospital de ensino, e talvez esse também possa ser mais um dos fatores de risco para ocorrência de ISC associado aos que foram identificados neste estudo.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu evidenciar que a presença de foco infeccioso no período pré-operatório, o tempo de internação pré-operatório prolongado, a obesidade, o potencial de contaminação da cirurgia (cirurgias contaminadas), as doenças de base DM, HAS, as cardiopatias e os procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência foram os principais fatores de risco identificados para ocorrência de ISC.

Embora a antibioticoprofilaxia seja indicada para prevenção da ISC, neste estudo verificou-se que essa medida foi adotada entre a maioria dos pacientes que apresentaram essa complicação.

Não se evidenciou, entre os casos analisados, que a ISC esteja relacionada a extremos de idade (média de idade de 46 anos), tabaco e álcool.

Quanto aos agentes causais, evidenciou-se prevalência do *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis* entre os casos de ISC.

Considerando a multifatorialidade da ISC, faz-se necessário enfatizar a importância da adoção de medidas criteriosas de prevenção e controle de ISC, no perioperatório, pelos profissionais de saúde que atendem os pacientes cirúrgicos. Destaque-se, também, a importância do preparo rigoroso da pele, considerando os micro-organismos identificados nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Cucolo DF, Faria JIL, Cesarino GB. Avaliação emancipatória de um programa educativo do serviço de controle de infecção hospitalar. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(1):49-54.
2. Barbosa HF, Reis FJC, Carrara HHA, Andrade JM. Fatores de risco para infecções de sítio cirúrgico em pacientes operadas por câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004; 26(3):227-32.
3. Freitas PF, Campos ML, Cipriano ZM. Aplicabilidade do índice de risco do sistema NNIS na predição da incidência de infecção de sítio cirúrgico (ISC) em um Hospital Universitário no Sul do Brasil. *Rev Assoc Méd Bras.* 2000; 12(2):359-62.
4. Cataneo C, Silveira CA, Sempionato E, Camargo FC, Queiroz FA, Cagnin MC. O preparo da equipe cirúrgica: aspecto relevante no controle da contaminação ambiental. *Rev Latinoam Enferm.* 2004; 12(2):283-6.
5. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (SP). Prevenção da infecção de sítio cirúrgico. São Paulo (SP): APECIH; 2001.
6. Oliveira AC, Martins MA, Martinho GH, Clemente WT, Lacerda RA. Estudo comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e após a internação. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(6):717-22.
7. Focaccia R, Veronese R. Tratado de infectologia. 3ª. ed. v. 2. São Paulo: Atheneu; 2005.
8. Poveda VB, Galvão CM, Hayashida M. Análise dos fatores de risco relacionados à incidência de infecção de sítio cirúrgico em gastrocirurgias. *Rev Esc Enferm USP.* 2003:81-9.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características da população. Brasília (DF): IBGE; 2000. [Citado 2009 jan 18]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/demograficas.html>.
10. Poveda VB, Galvão CM, Santos CB. Fatores predisponentes à infecção do sítio cirúrgico em gastrectomia. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(1):31-8.
11. Ercole FF, Chianca TCM. Infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidos a artroplastias de quadril. *Rev Latinoam Enferm.* 2002;10(2):157-65.
12. Gelape CL. Infecção do sítio operatório em cirurgia cardíaca. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 89 (1):3-9.

Data de submissão: 16/3/2009

Data de aprovação: 14/7/2009

A TÉCNICA DELPHI E SEU USO NA PESQUISA DE ENFERMAGEM: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

THE DELPHI TECHNIQUE AND ITS USE IN BRAZILIAN NURSING RESEARCH: BIBLIOGRAPHICAL REVIEW

LA TÉCNICA DE DELFOS Y SU EMPLEO EN LA INVESTIGACIÓN DE ENFERMERÍA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Amparito V. Castro¹
Magda Rezende²

RESUMO

A técnica Delphi permite construir e validar informações por meio de consenso de especialistas. Pode ser usada por várias áreas do conhecimento, dentre as quais a de enfermagem. O objetivo com esta pesquisa foi identificar e caracterizar artigos que utilizaram a técnica Delphi e que foram publicados em periódicos brasileiros de enfermagem. Na revisão bibliográfica, foram utilizadas as bases de dados LILACS, MEDLINE e DEDALUS. Foram encontrados 12 artigos, entre 1996 e 2008, publicados em quatro revistas vinculadas a universidades públicas. Dos 22 autores, 19 estavam vinculados a programas de pós-graduação *stricto sensu* de instituições públicas. Cinco estudos estavam vinculados à área de administração, três a cuidados diretamente com adultos, três à educação e um à metodologia da pesquisa. As desvantagens foram: desistência de especialistas ao longo do processo, bem como demora no retorno dos questionários para o pesquisador. As vantagens foram: acessar especialistas com experiências diversificadas, mesmo que distantes geograficamente. Os objetivos propostos nas pesquisas foram alcançados. Concluiu-se que a utilização da técnica Delphi pode contribuir para o avanço científico em todas as especialidades e campos de atuação da enfermagem.

Palavras-chave: Técnica Delfos; Pesquisa em Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

The Delphi technique may help researchers build and validate information through experts' consensus. This technique can be used in many subject areas, including Nursing. Objective: To identify and categorize nursing articles published in Brazilian Scientific Nursing Journals using the Delphi technique. Methodology: Researchers reviewed the current literature using the following databases: LILACS, MEDLINE and DEDALUS. Results: Twelve articles using the Delphi technique published between 1996 and 2008 were found. Four of the journals in which the articles were published were associated to public universities. Nineteen out of twenty-two authors were linked to post-graduate programs at public institutions. Five articles were about nursing administration, three about adult nursing care and three about education. The remaining article covered survey methodology. Two disadvantages of the Delphi technique were: high attrition rates and lengthy delays in questionnaire return time. The advantages included easier access to worldwide experts. The study's goals were achieved. Conclusion: the Delphi technique may contribute to nursing progress including all specialties.

Key words: Delphi Technique; Nursing Research; Nursing Care.

RESUMEN

La técnica de Delfos permite construir y convalidar información con el consenso de especialistas. Puede ser empleada por varias áreas del conocimiento, entre las cuales se cita la enfermería. Objetivo: Identificar y caracterizar artículos que emplearon dicha técnica publicados en periódicos científicos brasileños de enfermería. Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos LILACS, MEDLINE y DEDALUS. Resultados: Se encontraron doce artículos publicados entre 1996 y 2008. Hubo publicaciones en cuatro revistas vinculadas a universidades públicas. De los veintidós autores, diecinueve estaban vinculados a programas de posgrado *stricto sensu* de instituciones públicas. Cinco estudios estaban vinculados al área de administración, tres relacionados directamente con el área de adultos, tres con educación y el otro con metodología de la investigación. Las desventajas fueron: renuncia de especialistas a lo largo del proceso y demora para devolver los cuestionarios al investigador. Las ventajas fueron: acceso a especialistas con experiencias diversificadas, aún estando lejos geográficamente. Los objetivos propuestos en las investigaciones fueron alcanzados. Conclusiones: el empleo de la técnica de Delfos puede contribuir al avance científico en todas las especialidades y campos de actuación de la enfermería.

Palabras clave: Técnica de Delfos; Investigación en Enfermería; Cuidados de Enfermería.

¹ Doutoranda da Escola de Enfermagem da USP, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica. Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto. Enfermeira do Serviço de Educação e Pesquisa do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-SP, Brasil. E-mail: amparito@ig.com.br.

² Professora associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-SP, Brasil. Coordenadora do grupo de pesquisas "Cuidado à Saúde Infantil". E-mail: marezende@yahoo.com.br.
Endereço para correspondência: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Av Dr Enéas de Carvalho Aguiar 419, 2º andar. CEP 05403-000, São Paulo-SP.

INTRODUÇÃO

A técnica Delphi consiste em método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter consensos de especialistas sobre determinado tema por meio de validações articuladas em fases ou ciclos. É realizada de forma coletiva por especialistas, também chamados de peritos ou juizes. A técnica em questão pode ser aplicada a dados quantitativos ou qualitativos.¹ Na enfermagem brasileira, o primeiro trabalho foi realizado em 1995, com a finalidade de identificar diagnósticos e condutas de enfermagem aplicáveis a lesados medulares atendidos em programa de reabilitação.² Os especialistas são escolhidos de acordo com a competência na área. Considera-se importante a experiência no assunto, bem como idioma e cultura comuns para evitar interpretações distintas pela diferente percepção social.^{3,4} As identidades dos especialistas não são reveladas ao público, tampouco entre si. Não há consenso no que tange ao número de especialistas que poderão compor o grupo,⁵ uma vez que os resultados obtidos não dependem de extensas fontes de dados.^{6,7}

O pesquisador elabora um questionário objetivo explorando os pontos acerca dos quais quer atingir consenso e o envia aos especialistas. O questionário circula pelo grupo de especialistas até o consenso ser obtido. As questões podem ser estruturadas ou não. Os métodos de escalonamento mais comuns são os de Likert, Thurstone e de Guttman.⁵

A construção dos questionários segue ciclos sequenciais. No primeiro, identificam-se os objetivos do estudo, bem como são fornecidas instruções para preenchimento e devolução. Esse questionário é construído de forma geral e abrangente, com o intuito de formular uma lista de itens que vão compor os questionários posteriores.⁸ Usam-se testes estatísticos como parâmetro para modificar ou não as questões.⁹

O segundo ciclo traz questões novas ou modificadas com base nas respostas obtidas no primeiro. Obrigatoriamente, os resultados das estatísticas obtidas no primeiro ciclo são apresentados aos especialistas, a fim de que acompanhem os resultados que estão sendo construídos. Isso possibilita a cada um rever sua argumentação diante de cada questão.^{8,9}

No terceiro ciclo, o pesquisador poderá decidir os pontos que manterá ou eliminará,^{2,9} ou seja, buscará o consenso. As rodadas de envio dos questionários (ciclos) sucedem-se até que seja atingido um grau satisfatório de convergência. Geralmente, acontecem de dois a três ciclos, podendo haver mais.⁹ O nível de consenso é reservado ao pesquisador e na literatura varia de 50% a 80%.²

A principal vantagem da técnica Delphi é a obtenção de conhecimentos e critérios mesmo com especialistas distantes geograficamente.^{2,5} Há, também, vantagens econômicas por dispensar transporte, tempo, correio, acomodação, alimentação, remuneração do tempo dos participantes.¹⁰ Com a não interação entre os especialistas, evitam-se influências entre as respostas. Como todas as modalidades para a obtenção de dados, a técnica Delphi também apresenta desvantagens. A falta de interação entre os especialistas impossibilita esclarecimento ou discussão

quanto a discrepâncias. Essa limitação, entretanto, pode ser parcialmente contornada pelo uso de questões abertas ou de espaços livres que permitam esclarecimentos complementares.^{2,11}

O número de especialistas pode ser variado; não há um número fixo ou ideal.⁸ Sabe-se de estudos com número de especialistas que variou entre 10 e 1,685, valendo mencionar que em painéis maiores a perda de especialistas tende a ser proporcionalmente menor.⁴ O número de especialistas que desistem dos ciclos também é variado; geralmente, há uma abstenção de 30% a 50% dos especialistas no primeiro ciclo e de 20% a 30% no segundo.⁹ Vale lembrar que, quanto maior o número de especialistas, maior será a dificuldade para analisar os dados, em decorrência do volume de informações e do fato de que tal volume não está, necessariamente, vinculado à melhor qualidade do dado obtido. Além disso, poderá haver maior dificuldade no controle da duração dos diferentes ciclos.¹²

O número de ciclos pode ser aumentado, dependendo do objetivo e da análise das respostas, até se obter consenso a respeito do problema que está sendo investigado.¹³ Recomenda-se estreito gerenciamento do grupo, uma vez que a adesão dos especialistas é determinante para o bom andamento da pesquisa. Recomenda-se que o contato seja feito pelo meio disponível: visitas, telefonemas, cartas ou e-mails. Também é útil definir claramente para os especialistas até quando deverá ocorrer o retorno dos questionários e que esse prazo não seja dilatado demais. A extensão do questionário deve ser a menor possível, sem prejuízo de clareza.^{8,14}

Quanto ao nível de consenso, usa-se, geralmente, entre 50% e 80%, devendo ser definido previamente à análise dos dados.⁹ O tempo de duração da técnica Delphi pode variar entre duas semanas e um ano, dependendo da complexidade do fenômeno, do número e engajamento dos especialistas e da disponibilidade dos recursos.^{9,10}

Com intuito de conhecer o estado da arte do uso dessa técnica na enfermagem brasileira, foram localizados artigos nos quais ela foi utilizada, caracterizando-os em termos cronológico, temático, geográfico, bem como no que diz respeito à utilidade deles como ferramenta de pesquisa.

MÉTODO

Para a revisão bibliográfica, foram usados os sistemas de base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados Bibliográficos da USP (DEDALUS) e Medical Literature and Retrieval System on Line (Comprehensive Medline), sem limite de data. Os artigos foram filtrados com a expressão booleana and e as combinações dos termos Delphi, Delfos e enfermagem, nursing e enfermeria. O critério para inclusão foi ser publicado em periódico brasileiro. Foram excluídas teses e dissertações.

Os dados de identificação dos artigos foram transcritos em formulário criado especialmente para esse fim e são apresentados a seguir.

RESULTADOS

Nove artigos publicados entre 1996 e 2008 preencheram os critérios, apresentados no QUADRO 1.

QUADRO 1 – Estudos realizados por enfermeiros no Brasil utilizando a técnica Delphi. São Paulo, 2008

Autor e ano de publicação	Objetivos	Resultados principais
Silva RF, Tanaka O. 1999 ¹	Identificar as competências gerais necessárias ao médico e ao enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde.	Identificação de oito competências gerais necessárias para enfermeiros e médicos que atuam em atenção primária de saúde, com vista à construção de currículos de graduação. Não há referência em nível de consenso dos juízes.
Mancusi AC, 1998 ³	Validar diagnósticos e intervenções de enfermagem (segundo a classificação da NANDA) para pacientes adultos com lesão traumática medular. Validar diagnósticos e intervenções de enfermagem dirigidas a tais pacientes e suas famílias.	Validação de 14 diagnósticos e 76 intervenções de enfermagem, 20 das quais voltadas para a família ou para o binômio paciente/família. Obtenção de consenso dos juízes igual ou superior a 70%.
Mancusi e Faro AC, 1997 ^{3,8}	Validar intervenções de enfermagem para reabilitação de pacientes adultos com lesão traumática medular.	Validação de 76 intervenções de enfermagem para reabilitação de pacientes adultos com lesão traumática medular. Obtenção de consenso dos juízes igual ou superior a 70%.
Cunha AL, Peniche, A. 2007 ¹²	Validar o conteúdo do instrumento de registro proposto para avaliação do paciente adulto em sala de recuperação anestésica.	Validação de instrumento de avaliação de pacientes adultos em sala de recuperação anestésica. Obtenção de consenso dos juízes igual ou superior a 65%.
Dal Ben LW, Sousa RM. 2004 ¹³	Validar instrumento traduzido para a língua portuguesa que tem por objetivo dimensionar horas diárias de assistência necessária em enfermagem residencial.	Aperfeiçoamento de instrumento para dimensionamento de horas diárias necessárias para assistência de enfermagem residencial. Obtenção de consenso dos juízes igual ou superior a 50%.
Cassiani SH, Rodrigues LP. 1996 ¹⁴	Divulgar a técnica Delphi visando sua utilização nas pesquisas em enfermagem.	Reflexão acerca das vantagens e desvantagens do uso da técnica Delphi.
Witt RR, Almeida C, Araujo V. 2006 ¹⁵	Identificar e analisar as competências gerais e específicas requeridas do enfermeiro para atuação na atenção primária.	Obtenção de quatro competências, sendo duas específicas e duas gerais. Houve diferença entre as competências apontadas por enfermeiros e enfermeiros especialistas. Obtenção de consenso dos juízes igual ou superior a 75%.
Martins PA, Forcella HT. 2006 ¹⁶	Construir e validar instrumento para classificação do nível de dependência de pacientes com transtornos psiquiátricos.	Validação de instrumento de classificação do grau de dependência de pacientes com transtornos psiquiátricos. Obtenção de consenso dos juízes igual ou superior a 70%.

Perroca MG, Gaidzinski R. 1998 ¹⁷	Validar instrumento composto por indicadores de classificação de necessidades individuais de pacientes adultos internados.	Validação de instrumento composto por 13 indicadores de classificação de necessidades individuais de pacientes adultos internados. Obtenção de consenso dos juízes igual ou superior a 70%.
Bochembuzio L, Gaidzinski R. 2005 ¹⁸	Adequar e validar instrumento para classificação do grau de dependência de recém-nascidos hospitalizados.	Aperfeiçoamento de instrumento de classificação do grau de dependência de recém-nascidos internados. Obtenção de consenso dos juízes igual ou superior a 70%.
Sena CA, Carvalho EC. 2008 ¹⁹	Elaborar e validar uma classificação com denominação, definição e exemplos fotográficos dos tipos de veias superficiais periféricas de adolescentes, adultos e idosos.	Elaboração da classificação das veias superficiais segundo algumas características das veias: mobilidade, trajeto, inserção calibre, visibilidade, palpação, localização, diâmetro, elasticidade, solução de continuidade das paredes, facilidade de punção. Obtenção de consenso dos juízes igual ou superior a 90%.
Cassiani SH, Rodrigues LP. 1998 ²⁰	Identificar disciplinas de metodologia científica, administradas em cursos de graduação em enfermagem para propor um programa para o curso de graduação em enfermagem.	Proposto programa para a disciplina de metodologia científica com 60 horas de duração cujo conteúdo deve conter: fases do projeto da pesquisa e redação científica. Para a avaliação final serão considerados: trabalhos de grupo, provas individuais e apresentação de monografia.

Houve seis publicações entre 1996 e 1999, uma em cada ano, exceto em 1998, em que houve três. Entre 2000 e 2003 não houve publicação e entre 2004 e 2008 houve seis, uma a cada ano, exceto em 2006, em que houve duas.

Os doze artigos foram publicados em quatro revistas: *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo* (quatro artigos), *Acta Paulista de Enfermagem* (quatro artigos novamente), *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (três artigos) e *Online Brazilian Journal of Nursing* (um artigo).

No que concerne à vinculação de autor à instituição, verifica-se que, dos 22 autores, 19 estavam vinculados a instituições públicas, sendo que oito à Escola de Enfermagem da USP (SP), seis à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (SP), dois à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RS) um à Faculdade de Medicina de São José de Rio Preto (SP), um à Faculdade de Medicina de Marília (SP) e uma à Universidade Federal de Juiz de Fora (MG). Uma autora estava vinculada a uma universidade particular (SP), uma à instituição de *home care* (SP) e outra a hospital particular (SP).

Cinco artigos estavam relacionados à área de administração, três diretamente à área de cuidado de adultos, três à de educação e outro à metodologia da

pesquisa. Chama a atenção que a administração se tenha valido tanto de tal técnica, o que é, no entanto, cabível, dada a possibilidade de embasar o dimensionamento do cuidado, quer este seja prestado ao adulto, quer a criança, no âmbito do hospital ou do lar (*home care*).

Uma das pesquisas estava relacionada a *home care*¹³ e duas a competências em atenção primária de saúde de profissionais, tanto de enfermeiros e médicos¹ quanto de enfermeiros.¹⁵ Duas pesquisas se relacionavam à lesão traumática de medula espinal.^{3,8} Em um dos estudos foi avaliado instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica.¹² Em duas pesquisas foi proposta a classificação de pacientes, sendo uma do nível de dependência de pacientes psiquiátricos e outra de pacientes adultos hospitalizados.^{16,17} Em um estudo focalizou-se o recém-nascido hospitalizado e propôs-se instrumento para classificá-lo em termos de seu grau de dependência.¹⁸ Em outro estudo foi apresentada uma classificação dos tipos de veias superficiais, segundo suas características, no antebraço e na mão de adolescentes, adultos e idosos.¹⁹ Em outra pesquisa, propôs-se um programa para a disciplina de Metodologia da Pesquisa em relação a conteúdo, estratégias e avaliação.²⁰ Em outro estudo, apresentou-se a técnica Delphi como recurso em pesquisa na área de enfermagem.¹⁴

O nível terciário de assistência foi o mais frequente (sete artigos). Dois artigos estavam relacionados indiretamente ao nível primário. Em um deles tratava-se de uma análise das competências necessárias a enfermeiros e médicos para atuarem na atenção primária em saúde.¹ Outro estudo¹⁵ tinha caráter semelhante, mas focado nas competências desejáveis para o enfermeiro de atenção primária.

Em relação ao número de especialistas, constatou-se uma variação de 5 a 111 nas diferentes fases ou ciclos em todos os estudos, sendo que em um não há informação e em outro, não se aplicava.

Em cinco estudos não houve perdas de especialistas em nenhum dos ciclos. No entanto, em três pesquisas houve perda entre 21% e 76%, no cumulativo de todas as fases. Dois estudos não informaram perdas. Em um deles a situação não se aplicava.

Em seis trabalhos foram utilizados dois ciclos. Em um estudo optou-se por um ciclo e em três houve três. Em um estudo não houve relatos quanto ao número de ciclos.

Em relação ao consenso adotado pelos pesquisadores, em seis pesquisas foi considerado um consenso de 70% ou mais; outro estudo estabeleceu 90% ou mais e outro considerou acima de 65%. Somente uma pesquisa aceitou um consenso de 50%. Em dois estudos não foi informado o nível de consenso utilizado.

Em relação ao tempo transcorrido entre o primeiro e o último ciclo, havia a informação em apenas cinco artigos, segundo os quais houve uma variação entre um a cinco meses. A falta de informação prejudicou a análise desse item.

O aspecto mais apontado como ponto fraco pelos pesquisadores foi a perda de especialistas ao longo dos ciclos. A demora na entrega dos questionários foi outra dificuldade.¹⁹ No entanto, houve pontos fortes, tais como permitir que enfermeiros com experiências diversificadas pudessem participar como especialistas, bem como possibilitar a reunião de especialistas mesmo distantes geograficamente.¹⁰

Segundo a totalidade dos artigos, isto é, 11, uma vez que o referente à apresentação da técnica como um recurso de pesquisa não está computado, a técnica foi plenamente favorável para a consecução dos objetivos.

DISCUSSÃO

Chama a atenção que quase todas as pesquisas utilizando a técnica tenham sido realizadas no Estado de São Paulo, bem como publicadas em revistas paulistas. No entanto isso pode ter sido apenas uma coincidência, sendo necessário analisar a produção futuramente a fim de verificar se esse fato continua a ocorrer. Além disso, eram todas vinculadas a programas de pós-graduação em Enfermagem *stricto sensu*, o que demonstra o quanto as pesquisas em enfermagem ainda estão vinculadas a instituições de ensino, especialmente as públicas.

No que diz respeito ao tema, nas pesquisas utilizando a técnica Delphi foram focalizados, principalmente, estudos com adultos (oito), talvez por essa técnica ter sido trazida para a enfermagem por profissionais que trabalham com esse grupo. Aliás, a primeira pesquisa reportada é um estudo de validação das intervenções de enfermagem para pacientes adultos com lesão medular.⁸

A tendência ao maior número de estudos no nível terciário, bem como para dimensionamento da assistência, se relaciona, possivelmente, à origem da técnica em instituições hospitalares.⁸ No entanto, esta pode ser utilizada também para estabelecer outros consensos, como demonstram as pesquisas realizadas para identificar competências que podem ser estimuladas na formação de profissionais na atenção primária de saúde.^{1,15}

Saliente-se que nem todas as informações necessárias para o estudo ora apresentadas estavam presentes nos artigos avaliados. Não houve informação em, pelo menos, um dos artigos sobre os seguintes itens: número de especialistas e sua eventual desistência, número de ciclos, consenso adotado e duração da coleta dos dados, desde o primeiro ao último ciclo. Este último item, especialmente, foi o mais afetado pela falta de informações em seis artigos.

Vale salientar que o nível de consenso utilizado por seis pesquisas foi de 70% ou mais, ou seja, mais elevado do que o geralmente sugerido na literatura, o que pode ter gerado resultados mais rigorosos.

Os pontos fracos apontados pelos autores dos artigos ora analisados foram a dificuldade de identificação dos especialistas, bem como a demora e eventual desistência de retorno dos questionários por parte destes.¹⁷⁻¹⁹ Os pontos vantajosos, segundo os autores, superam os prejudiciais, a ponto de considerarem o emprego da técnica útil para o alcance dos objetivos. Cumpre reforçar que os pontos vantajosos foram acessar especialistas com experiências diversificadas, mesmo que distantes geograficamente.⁹

CONCLUSÃO

A técnica Delphi obteve avaliação geral positiva nos artigos analisados. Vale ressaltar que essa técnica tem potencial para ser utilizada em contextos variados, como instituições de ensino ou de saúde, bem como pelas diferentes áreas, tão importantes para nossa profissão, como educação e gerenciamento. Uma forma de exemplificar o uso da técnica Delphi na área educativa seria a resolução de problemas, planejamento e avaliação de currículos, seleção de competências, objetivos, metas e estratégias de programas, bem como desenvolvimento de critérios de avaliação de alunos.^{1,15,19} Espera-se que a análise ora apresentada contribua para o avanço científico em todas as especialidades e campos de atuação da enfermagem, por se tratar de consolidação de estudos que empregaram essa técnica.

REFERÊNCIAS

1. Silva R, Tanaka O. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 1999; 33(3):207-16.
2. Faro ACME. Do diagnóstico a conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo;1995.
3. Faro ACME. Assistência ao binômio paciente/família na situação traumática da medula espinhal. *Rev Latinoam Enferm*. 1998; 6(4):67-73.
4. Williams P, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. *J Adv Nurs*. 1994; 19:180-6.
5. Ávila H, Santos M. A utilização de cenários na formulação e análise de políticas para o setor público. *Rev Adm Pública*. 1988; 22(4):17-33.
6. Fehring R. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987; 16(6):625-9.
7. Delbecq A, Van A. Group process model for problem identification and program planning. *J Appl Behav Sci*. 1971; 7(4):466-92.
8. Faro ACME. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1997; 31(2):259-73.
9. Wright JTC, Giovinnazzo RA. Delphi-uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesqui Adm São Paulo*. 2000; 12(12):54-65.
10. Spínola A. Delfos: proposta tecnológica alternativa, USP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1984. p. 91.
11. Cassiani SHB. A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem. Estratégias, validade e confiabilidade. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1987.
12. Cunha A, Peniche A. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2):151-60.
13. Dal Ben L, Sousa R. Adaptação de instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(1):80-99.
14. Cassiani S, Rodrigues L. A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 1996; 9(3):76-83.
15. Witt R, Rigato AM, Puntel AV. Nurses' competencies in primary health care: a Delphy technique study. *Online Braz J Nurs*. 2008; 5(3). [Cited 2008 jul 21]. Available at: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/546/124>.
16. Martins P, Forcella H. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(1):62-9.
17. Perroca M, Gaidzinski R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Rev Esc Enferm USP*. 1998; 32(2):153-68.
18. Bochembuzio L, Gaidzinski R. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(4):382-9.
19. Sena C, Carvalho E. Classificação de veias superficiais periféricas de adolescentes, adultos e idosos pela técnica Delphi. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(1):86-94.
20. Cassiani S, Rodrigues L. O ensino da metodologia científica em oito escolas de enfermagem da região sudeste. *Rev Latinoam Enferm*. 1998; 6(2):73-81.

Data de submissão: 28/4/2009

Data de aprovação: 18/11/2009

HUMANIZAÇÃO E CUIDADO EM SAÚDE INFANTIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

HUMANIZATION AND CHILD HEALTHCARE: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

HUMANIZACIÓN Y CUIDADO EN SALUD INFANTIL: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Noriza Veiga¹

Juliana Coelho Pina²

Débora Falleiros de Mello³

Marta Angélica Iossi Silva⁴

RESUMO

A proposta de humanização da atenção à saúde configura-se como uma das estratégias para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. Na atenção à saúde da criança, é enfatizado um cuidado integral e multiprofissional que possibilite a compreensão das necessidades e direitos da criança como indivíduo. Neste estudo identificou-se e analisou-se o conhecimento produzido sobre a temática humanização da atenção à saúde infantil por meio da revisão sistemática da literatura. A revisão estruturou-se mediante o seguinte percurso: formulação da questão norteadora e objetivo da revisão, busca nas bases de dados, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos por meio da leitura dos resumos, busca dos textos na íntegra, definição dos dados a serem coletados das produções selecionadas, extração dos dados, análise, apresentação e discussão dos resultados. Os dados extraídos das produções selecionadas são apresentados, configurando uma análise descritiva por categorização. Os resultados referem-se à humanização da assistência infantil na atenção básica, na saúde materno-infantil e no contexto hospitalar. Foram ressaltados aspectos como: participação da família, cuidado desenvolvimental, adequação do ambiente de internação, incorporação do lúdico, humanização da assistência perinatal e cuidado integral. Considera-se que os aspectos identificados contribuem para as reflexões na área da atenção à saúde da criança, uma vez que apontam aspectos das políticas e práticas de humanização com potencial de subsidiar a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Atenção à Saúde; Humanização da Assistência; Cuidado da Criança.

ABSTRACT

The proposal of humanization of healthcare is one of the strategies to effectively respond to the complex health needs of individuals and populations. In child healthcare, comprehensive and multiprofessional care is emphasized, in order to favor the comprehension of children's needs and rights. Objective: This study aims to identify and analyze the knowledge produced about child healthcare humanization, through a systematic literature review. Method: The review was based on: formulation of a guiding question and an objective, search in database, establishment of inclusion and exclusion criteria of studies based on the abstracts, search of full texts, definition of data to be collected from the selected studies, extraction and analysis of data, presentation of results and discussion. The data extracted from the selected studies are presented in a chart, with discussion of the findings, through a descriptive analysis by categorization. Results: The results refer to the humanization of childcare in primary healthcare, in maternal and infant health and in the hospital context. Aspects like: Family participation, developmental care, adequate hospitalization environment, incorporation of the recreational aspect, humanization of perinatal and integral care are highlighted. Conclusion: We consider that the identified aspects contribute to a reflection in the childcare area, as they indicate aspects of humanization policies and practices, which can potentially support the integrality of care.

Key words: Healthcare; Humanization of Assistance; Childcare.

RESUMEN

La propuesta de humanización de atención a la salud se configura como una de las estrategias para responder efectivamente a las complejas necesidades de salud de individuos y poblaciones. En la atención a la salud del niño se enfatiza el cuidado integral y multiprofesional, que permita comprender las necesidades y derechos del niño como individuo. Objetivo: El presente estudio tiene como objetivo identificar y analizar el conocimiento producido sobre humanización de la atención a la salud infantil con revisión sistemática de la literatura. Métodos: La revisión fue realizada de la siguiente manera: formulación de la cuestión norteadora y objetivo de la revisión, búsqueda en las bases de datos, establecimiento de criterios de inclusión y exclusión de los trabajos a partir de la lectura de los resúmenes, búsqueda de los textos completos de los artículos, definición de datos por recoger en las producciones seleccionadas, extracción de datos, análisis, presentación y discusión de resultados. Los datos extraídos de las producciones seleccionadas se presentan configurando un análisis descriptivo por categorización. Resultados: Los resultados se refieren a la humanización de la atención infantil en la atención básica, en la salud materno-infantil y dentro del contexto hospitalario. Se realzan aspectos tales como participación de la familia, cuidado en el desarrollo, adecuación del ambiente de internación, incorporación de lo lúdico, humanización de la atención perinatal y cuidado integral. Conclusiones: Se considera que los aspectos identificados contribuyen a reflexionar sobre la atención a la salud del niño puesto que apuntan para aspectos de las políticas y prácticas de humanización con potencial de respaldar la integralidad del cuidado.

Palabras clave: Atención a la Salud; Humanización de la Atención; Cuidado del Niño.

¹ Enfermeira. Coordenadora da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Sena Madureira-AC.

² Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Especialista em Laboratório do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

³ Enfermeira. Professora titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

⁴ Enfermeira. Professora doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência - Juliana Coelho Pina: Av Bandeirantes, 3900, Monte Alegre. CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto-SP. E-mail: jcoelho@eerp.usp.br.

INTRODUÇÃO

Atualmente, as práticas de saúde estão passando por uma importante crise em sua história. Em contraste com um expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, elas vêm tendo sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações.¹ As propostas de humanização da atenção à saúde, integralidade do cuidado à saúde, promoção à saúde, vigilância à saúde, assim como os princípios de qualidade, equidade, autonomia e direitos dos usuários, têm se configurado em estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde, particularmente no Brasil.^{1,2}

Na atenção à saúde da criança, o eixo norteador tem sido o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, com ênfase em um cuidado integral e multiprofissional que possibilite a compreensão das necessidades e direitos da criança como indivíduo. Ressalte-se a responsabilidade dos profissionais de saúde em disponibilizar uma assistência à saúde qualificada e humanizada em todos os níveis de atenção.³

Embora haja iniciativas no sentido da integralidade, as práticas de cuidado, em todos os níveis de atenção à saúde da criança, ainda estão distantes das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), que englobam, além da redução da mortalidade infantil, o compromisso mútuo entre instituições governamentais e sociedade pela qualidade de vida da criança.³

O seguimento da saúde infantil é um processo amplo e complexo, que implica medidas promocionais, preventivas, terapêuticas e de interação com a criança, a família, os serviços de saúde e outros setores sociais.⁴ Nesse processo, emergem para o cuidado à criança e família aspectos que perpassam as dimensões epistemológicas, filosóficas e práticas dos conceitos assistência à saúde e cuidado.¹

Para ampliar as discussões sobre essas temáticas, é relevante, dentre outros aspectos, a revisão da literatura, com vista a contribuir para as reflexões na área da atenção à saúde da criança. Neste estudo, portanto, identifica-se e analisa-se o conhecimento científico produzido sobre cuidado e humanização em saúde infantil e materno-infantil, caracterizando como os estudos estão dirigidos para a atenção à saúde da criança, com base em uma revisão sistemática da literatura.

PERCURSO METODOLÓGICO

Considerando o crescente movimento da prática baseada em evidências (PBE), que preconiza o uso criterioso e consciencioso de informações derivadas de teorias e pesquisas para planejar o cuidado prestado a

indivíduos e grupos,⁵ este estudo desenvolveu-se com base em uma revisão sistemática da literatura, composta pelas seguintes etapas: formulação da questão norteadora e objetivo da revisão; busca nas bases de dados digitais; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das produções mediante a leitura dos resumos; busca dos textos na íntegra; definição dos dados a serem coletados das publicações selecionadas; extração dos dados; e análise, discussão e apresentação dos resultados. Para o levantamento bibliográfico, foram usadas as palavras-chave “humanização”, “cuidado e saúde da criança”, extraídas das bases de dados MEDLINE, LILACS e CINAHL.

A questão norteadora adotada para esse estudo é: *Qual é o conhecimento científico produzido sobre a humanização do cuidado à saúde infantil?*

As produções incluídas nesta revisão sistemática obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: resumo disponível nas bases de dados acima descritas; idioma de publicação – português, inglês ou espanhol; período de publicação compreendido entre 1996 e 2005 e temática sobre humanização e cuidado em saúde infantil. Com base na leitura dos resumos, foram selecionados os trabalhos que atendiam aos critérios de inclusão e procedida a localização dos textos na íntegra, adquiridos na Biblioteca Central do *Campus* de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e em outras bibliotecas nacionais, por meio do Sistema de Comutação Bibliográfica.

Foram incluídas publicações com todos os tipos de delineamentos e evidências científicas, dada a característica de nossa questão norteadora, que não se relaciona à eficácia de uma intervenção (a qual, necessariamente, nos remeteria a estudos experimentais com níveis de evidência forte), mas, sim, à abrangência do conhecimento produzido sobre determinada temática.⁵

A coleta dos dados foi realizada por dois pesquisadores e confrontadas posteriormente. Após a leitura dos textos na íntegra, os dados foram extraídos dos estudos e sintetizados na forma de um quadro contendo: título, autores, objetivo, metodologia, resultados, discussão e conclusões, com a finalidade de proporcionar uma análise comparativa. Os resultados da revisão estão apresentados de forma descritiva, com a categorização dos grupos temáticos, com vista à utilização desses achados na humanização do cuidado prestado às crianças e à família delas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta revisão sistemática, foram analisadas 25 referências, sendo 20 artigos de periódicos, 2 teses e 3 dissertações. A síntese dos estudos analisados é apresentada na forma de um quadro comparativo (QUADRO 1).

QUADRO 1– Quadro-síntese das publicações incluídas na revisão sistemática, segundo título, autores, objetivo, método, resultados e recomendações

Título	Autores	Objetivo/Método	Resultados/Discussão	Recomendações/Conclusões
A formação do enfermeiro e a estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância ⁶	Veríssimo MDOR Mello DF Bertolozzi MR Chiesa AM Sigaud CHS Fujimori E Lima RAG	Descrever e refletir sobre a introdução da AIDPI no ensino de graduação em enfermagem, no Brasil, com fundamento na literatura e na experiência das autoras no ensino da enfermagem em saúde da criança.	Foram descritas ações que originaram a estratégia, que busca a integralidade do cuidado à criança e a redução da mortalidade infantil. Destaque-se o enfermeiro como responsável pela educação em saúde e a importância da AIDPI em sua formação.	Ressalte-se o comprometimento da EE-USP e da EERP-USP com as mudanças no cenário da saúde.
A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro ⁷	Scochi CGS	Fazer a análise histórica sobre assistência brasileira ao bebê prematuro e de baixo peso ao nascer, com base em publicações da área médica e social, tendo como referencial teórico o processo de trabalho em saúde e o relato de experiência.	O cuidado ao PT transformou-se no cuidado de apoio ao seu desenvolvimento, centrado na família, visando à promoção da saúde e emancipação dos sujeitos. A assistência integral e humanizada ampliou-se de modo a considerar a qualidade de vida dessa população.	No Brasil, mesmo com o avanço das leis e políticas de atenção perinatal, a humanização da assistência ao PT e sua família ainda não está efetivamente implantada na maioria das unidades neonatais.
Análise da repercussão do programa de acolhimento aos irmãos de bebês internados em UTI neonatal: “Lembraram-se de mim!” ⁸	Morsch DS Delamonica J	Analisar as repercussões do referido programa, desenvolvido em uma clínica privada do Rio de Janeiro (RJ) - Brasil, mediante observação participante e aplicação de questionários aos pais e equipe.	O programa dá suporte aos pais e irmãos sobre o que se passa com o bebê e humaniza o ambiente da UTIN. Para os profissionais, não interfere na assistência clínica e permite melhor compreensão da família.	Os dados demonstraram que a intervenção é recomendada para facilitar o processo de humanização dos cuidados intensivos neonatais.
A ótica dos gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro ⁹	Deslandes SF	Fazer o estudo hermenêutico da ótica de gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (RJ) - Brasil sobre a trajetória de implantação e a identidade das iniciativas de humanização da assistência adotadas no município, por meio de entrevistas e análise das narrativas.	Os significados atribuídos pelos gestores às iniciativas de humanização foram descritos em seis eixos temáticos: relações interpessoais, direitos do paciente, democratização das relações de poder, desmedicalização do parto, promoção de vínculo entre família, mãe e RNs e foco nos produtores do cuidado.	O polo relacional pareceu ser o apelo mais amplamente disseminado e aceito como elemento humanizador, mas as concepções dos gestores pouco relevaram aos produtores de cuidados e ao processo de trabalho, por meio dos quais, na prática, se consolidariam os cuidados humanizados.
As dimensões do cuidado à criança: um diálogo compreensivo entre famílias e equipe de saúde na comunidade ¹⁰	Aranda DAL	Pesquisar qualitativa mente segundo o método criativo e sensível, que objetiva investigar os saberes e práticas de famílias e equipe no cuidado às crianças menores de 5 anos de idade, inseridas na estratégia AIDPI, da comunidade de Miramar, Moche, Peru. Foram utilizadas dinâmicas de criatividade e sensibilidade.	A educação dialógica crítica e reflexiva e a teoria da aprendizagem social unem-se para compreender a concepção histórico-social da família. A filosofia da práxis e a ideologia da linguagem se entrecruzam para compreender a dimensão técnico-profissional do cuidado.	Vislumbrou-se uma abordagem dialógica de educação em saúde que envolva profissionais, estudantes e população e permita a reflexão crítica para a transformação da realidade numa unidade dialética reflexão-ação, teoria-prática, com uma postura social, política e provida de historicidade.
Aspectos da humanização no tratamento de crianças na fase terminal ¹¹	Lopes LF Camargo B Furrer AA	Discutir aspectos da humanização da assistência à criança em fase terminal, com base na realidade nacional e literatura internacional.	Diante de uma doença terminal, em que a cura já não é possível, deve-se manter a proximidade da família e a promoção do “morir bem”.	Os limites do cuidar são mais amplos que o de curar, devendo-se ajudar o indivíduo a manter sua dignidade humana.
As políticas públicas de atenção à saúde da criança menor de cinco anos: um estudo bibliográfico ¹²	Cabral IE Aguilar RCB	Fazer a análise documental com base em programas governamentais brasileiros e do ECA, com o intuito de determinar políticas públicas voltadas para menores de 5 anos, destacando a educação em saúde como estratégia de prevenção de doenças e promoção da saúde.	Destaque-se: Estatuto da Criança e do Adolescente, Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, Programa de Atenção ao RN e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (Nacional de Imunização, Incentivo ao Aleitamento Materno, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento e AIDPI).	Todas as políticas incluem a educação em saúde com estratégia e requerem habilidade do profissional para desenvolver tecnologias e abordagens pedagógicas de educar para o cuidar.

Título	Autores	Objetivo/Método	Resultados/Discussão	Recomendações/Conclusões
Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira ¹³	Lamy ZC Gomes MASM Gisnini NOM Hennig MAS	Contextualizar a origem do método, sua aplicação em diferentes países e a experiência brasileira, por meio de revisão de literatura nas bases MEDLINE, LILACS e SCIELO.	É feito um panorama da utilização do método em vários países. No Brasil, discute-se sua introdução isoladamente em alguns hospitais até a elaboração da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. Discutem-se estratégias para sua aplicação e disseminação.	A prática encontra apoio na Política Nacional de Humanização, entendendo que a humanização deve ser o eixo articulador de todas as práticas de saúde. Sua plena incorporação está ligada à Educação Permanente, que deve envolver toda a equipe.
Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da APS sobre vigilância do desenvolvimento infantil ¹⁴	Figueiras ACM Puccini RF Silva EMK Pedromônico MRM	Fazer o estudo transversal descritivo para avaliar conhecimentos e práticas de profissionais da APS do município de Belém (PA) - Brasil, relacionados à vigilância do desenvolvimento infantil (VDI), mediante a aplicação de testes de conhecimento sobre desenvolvimento da criança (TDC) e questionários aos profissionais e entrevistas com mães.	OTDC revelou nível de conhecimento insatisfatório. Reconheceu-se a importância da opinião dos pais, mas não incorporada na prática. Apenas 31,8% dos profissionais realizam avaliação sistematizada (com escalas). 85,6% das mães disseram que não recebem orientações sobre estimulação do desenvolvimento.	A fragilidade das ações de VDI, demonstradas no estudo, podem ser solucionadas mediante a capacitação dos profissionais, reflexão de técnicas de comunicação com os pais, sensibilização acerca da importância do diagnóstico precoce, abordagem desses conteúdos já na graduação.
Caminhos para a humanização da assistência à criança hospitalizada ¹⁵	Collet N Oliveira BRG	Refletir sobre estratégias de humanização na assistência pediátrica brasileira.	Caminhos apontados para a humanização: participação familiar no cuidado, permanência dos pais no hospital, inserção de atividades lúdicas recreativas e educativas, <i>playgrounds</i> e solários, uniformes da equipe com motivos infantis.	Além de modificar o ambiente de internação e as rotinas hospitalares, deve-se instituir um trabalho interdisciplinar que promova a integração da equipe.
Contar histórias para crianças hospitalizadas: relato de uma estratégia de humanização ¹⁶	Moreno RLR Diniz RLP Magalhães EQ Souza SMPO Silva MSA	Avaliar a importância da leitura mediada para crianças, acompanhantes e equipe de um hospital público da cidade de Fortaleza (CE) - Brasil, através de questionário e entrevista aberta	As crianças e os acompanhantes estiveram predominantemente participativos, receptivos, atentos, alegres e entusiasmados com a atividade. As entrevistas também foram favoráveis à prática.	A leitura mediada para pacientes infantis e seus acompanhantes teve impacto positivo como estratégia de humanização na instituição desse estudo.
Crenças que permeiam a humanização da assistência em UTI pediátrica ¹⁷	Pauli MC Bouso RS	Conhecer as crenças das enfermeiras em relação à assistência humanizada na UTIp de um hospital da cidade de São Paulo (SP) - Brasil, com base em entrevistas e análise dos dados mediante codificação, segundo a Teoria Fundamentada nos Dados.	Identificou-se quatro grupos temáticos: acreditando ser difícil humanizar; acreditando ser importante a presença dos pais; tendo de conviver com a presença dos pais; acreditando que humaniza. Destacam-se crenças relacionadas ao ambiente da UTIp, ao paciente terminal e à permanência da família na UTIp.	A humanização na UTIp foi definida pelas enfermeiras como a conquista de uma relação sem conflitos com a família, sendo que elas precisam ser habilitadas para alcançar esse objetivo.
Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica ¹⁸	Lamego DTC Deslandes SF Moreira MEL	Analisar cuidados ambientais e relações de atendimento em UTIN cirúrgica brasileira, refletindo sobre potencialidades e obstáculos para a promoção do cuidado humanizado, através de observação participante e diário de campo.	Observou-se incentivo ao acesso dos pais, ao aleitamento materno e ao uso de sucção não nutritiva. Contudo, as condutas não são sistematizadas e a natureza nociva do ambiente da UTI não tem sido alterada substancialmente.	Os avanços e ambiguidades dessa UTIN podem ser notados em outros locais. Coloca-se o desafio de construir uma assistência que alie tecnologias e acolhimento às necessidades de pacientes e profissionais.
Evaluación de la participación materna em el cuidado de lactentes hospitalizados ¹⁹	Gema SM	Fazer o estudo experimental que busca avaliar o programa de participação materna no cuidado dos lactentes hospitalizados em um hospital na cidade de Valdivia, no Chile, mediante a revisão de prontuários e entrevistas com as mães e profissionais.	As reinternações aumentaram em três vezes no grupo o controle, situação que faz aumentar em cinco vezes os dias de leito ocupados.	A percepção do programa por parte das mães e equipe foi boa, sendo reconhecidos seus benefícios, problemas e caminhos possíveis.
From "culture of dehumanization of childbirth" to "childbirth as a transformative experience": changes in five municipalities in north-east Brazil ²⁰	Misago C Kendall C Freitas P Haneda K Silveira D Onuki D Mori D Sadamori T Umenai T	Avaliar a eficácia de um projeto para melhorar a saúde materno-infantil, o Projeto Luz, desenvolvido na região nordeste do Brasil, mediante observações e entrevistas antes e após o treinamento dos profissionais.	Os profissionais treinados demonstraram melhora da autoestima, engajamento e trabalho em equipe. Houve melhora da satisfação popular e de sua expectativa acerca da saúde infantil.	O programa ofereceu melhores serviços, promoção e educação em saúde. Deve-se verificar sua aplicabilidade em outras regiões com características socioculturais e econômicas diversas.

Título	Autores	Objetivo/Método	Resultados/Discussão	Recomendações/Conclusões
Humanização em terapia intensiva: um estudo compreensivo com os profissionais que assistem crianças ²¹	Cardoso PR	Compreender o significado da assistência humanizada à criança internada em UTI, sob a ótica dos profissionais de saúde de um hospital de Belo Horizonte (MG)-Brasil, por meio de entrevistas, leitura sistemática dos relatos e categorização dos dados.	Foram identificadas as categorias: Cuidado: a expressão do humanizar; Profissionais de saúde: os insensíveis; O cuidado e a técnica no espaço humanizado.	Apesar de esses profissionais serem considerados insensíveis e muitas vezes utilizarem técnicas sofisticadas, há um resgate da humanização no dia a dia da assistência à clientela ali internada.
Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica ²²	Barbosa ECV Rodrigues BMRD	Enfocar as vivências da equipe de enfermagem com a família de crianças internadas em UTIp de um hospital do Rio de Janeiro (RJ)-Brasil, utilizando de entrevistas não estruturadas e posterior análise compreensiva, à luz da Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz.	Da análise compreensiva surgiram duas categorias: Interação com a família (o desejo da interação acontece, mas nem todos os sujeitos se veem, de fato, envolvidos), e Participação da família (possibilitada pelo repensar sobre as relações interpessoais e sobre o acolhimento).	O típico da ação da equipe de enfermagem nesse contexto mostrou-se na perspectiva da interação e participação da família, embora a equipe não se sentisse preparada para dividir com os familiares das crianças os mesmos espaços da UTIp.
Maternal lactation for preterm newborn infants ²³	Aguayo J	Adquirir melhor conhecimento do processo, encorajamento e manutenção do aleitamento materno, mediante a revisão de literatura internacional, com vista ao bem-estar do bebê pré-termo e sua família.	Humanização ao parto e período neonatal, respeito ao direito dos pais e crianças, proteção ao processo de apego, contato pele a pele precoce e cuidado individualizado são fatores cruciais no reforço da lactação.	Deve-se conhecer melhor os problemas enfrentados pelas mães e bebês PT, treinar os profissionais nesses aspectos e contar com programas e grupos de apoio para a manutenção do aleitamento após a alta.
O cuidado compartilhado entre família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para sua humanização ²⁴	Gomes CC Erdmann AL	Refletir sobre a necessidade de um cuidado compartilhado entre famílias e a enfermagem à criança hospitalizada, no Brasil, como uma estratégia de humanização do cuidado.	Foram feitas considerações sobre o cuidado humanizado, familiar e de enfermagem à criança. Verificou-se que, apesar da legislação nacional vigente, a atuação familiar no contexto hospitalar ainda é pouco definida.	A construção de novas relações entre a enfermagem e as famílias das crianças internadas será possível mediante o exercício do cuidado compartilhado.
O dia a dia na unidade de internação conjunta pediátrica: um olhar para as relações enfermeira / familiar participante ²⁵	Pai MM	Conhecer o dia a dia de duas unidades de internação conjunta pediátricas da cidade de São Paulo (SP)-Brasil, por meio de significados atribuídos pelas enfermeiras e familiares às suas ações e comportamentos, por meio de observação de campo e entrevista.	Destacaram-se: a carência de diálogo envolvendo equipe e família; a utilização instrumental do familiar pela equipe para atender às necessidades da criança e constatação de que o binômio criança/família não recebe atenção direcionada às suas reais necessidades.	Há um distanciamento entre o contexto estudado e o proposto pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo sobre o Programa "Mãe Participante", que prioriza a assistência humanizada ao binômio.
O instituto da criança frente à política nacional de humanização ²⁶	Forte MJP Kudo AML Mendes MAS Duarte V	Apoiar e ratificar a proposta brasileira de humanização por meio do documento HumanizaSUS e da experiência do Instituto da criança do HC FMUSP de São Paulo (SP)-Brasil, bem como estimular outras instituições de saúde e hospitalares na implementação de ações humanizadoras.	Norteados pela humanização como política articuladora das práticas em saúde, apresentam como seus princípios: a produção de saúde e de sujeitos, trabalho em equipe e protagonismo dos usuários. Estratégias do PNH nos vários contextos de atenção à saúde.	Sugere-se a criação de grupos de trabalho internos para fortalecer a filosofia e operacionalizar a humanização dentro da instituição.
O trabalho da terapia ocupacional na Pediatria ²⁷	Hirschheimer MR Huberman JI Tobias MM Rizo LR	Discorrer sobre o trabalho do TO e sua experiência com crianças internadas em uma unidade de pediatria de um hospital do Estado de São Paulo - Brasil. Nesse projeto, foram realizadas entrevistas com os pais, observação da criança, avaliação neuropsicomotora, elaboração de plano de trabalho e sua aplicação.	Foi possível trabalhar aspectos cognitivos, psicomotores e interacionais durante as atividades. Crianças com longo período de internação adquiriram conceitos básicos necessários para a idade, melhores condições emocionais e maior contato lúdico com a mãe.	Ressalte-se, também, a importância da decoração adequada do ambiente.
O viver da equipe de enfermagem com os familiares de crianças internadas em UTI pediátrica ²⁸	Barbosa ECV	Apreender o típico da ação da equipe de enfermagem em relação aos familiares de crianças internadas em uma UTIp de um hospital municipal da cidade do Rio de Janeiro (RJ)-Brasil, por meio da Fenomenologia Sociológica, mediante entrevistas e análise compreensiva.	Os dados foram categorizados por afinidade do material, encontrando-se que a equipe considera importante não somente a participação da família junto à criança, mas, também, a interação equipe-família-criança.	A falta de preparo profissional foi apontada como a principal dificuldade para a interação, requerendo maior envolvimento das chefias de enfermagem com a educação continuada.

Título	Autores	Objetivo/Método	Resultados/Discussão	Recomendações/Conclusões
Programa de atención a la salud del niño en México. Evaluación de la calidad de la atención integrada que se otorga en los centros de capacitación ²⁹	Gutiérrez G Guiscafré H Verver H Valdés J Rivas E Loyo E Clavery M	Avaliar a qualidade da atenção integral do menor de 5 anos (AIMCA) em três unidades de atenção primária do México, mediante a aplicação de questionários às mães e revisão de prontuários	Em uma proporção elevada de casos houve qualificação ótima ou satisfatória outorgada a cada componente da AIMCA. As deficiências mais relevantes foram relacionadas à capacitação das mães.	A qualidade da AIMCA nas unidades selecionadas foi boa, mesmo sem contar com recursos adicionais. Propõe-se que a capacitação da mãe seja realizada, principalmente, pelo enfermeiro.
Recommendations for the implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants ³⁰	Cattaneo A Davaranzo R Uxa F Tamburlini G	Resumir as recomendações de um seminário, realizado na Itália, que reuniu profissionais de saúde com experiência no método "Mãe Canguru".	Foram discutidas a efetividade, a segurança, a aplicabilidade e aceitação do método em diferentes contextos.	Foram sugeridas questões prioritárias a serem pesquisadas.

Na seleção dos estudos, houve predomínio de trabalhos brasileiros, os quais atenderam plenamente aos critérios de inclusão, sugerindo que o estudo dessa temática é atual e relevante e o interesse nessa vertente pode estar relacionado às atuais diretrizes da política nacional de humanização da atenção à saúde.

Quanto aos tipos de métodos dos estudos avaliados, evidenciou-se: uma pesquisa experimental, uma pesquisa quase-experimental, quinze pesquisas não experimentais, duas revisões de literatura, seis ensaios e um relato de caso. Na análise dos dados, emergiram as temáticas: a humanização e a atenção básica à saúde da criança, a humanização e a saúde materno-infantil e a humanização à saúde da criança no contexto hospitalar.

A humanização e a atenção básica à saúde da criança

Na atenção básica à saúde da criança, as questões da humanização aparecem ligadas aos temas: acolhimento, cuidado integral e integralidade da assistência.

Preocupado com as altas taxas de mortalidade infantil na década de 1980, o Ministério da Saúde criou, em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), com ênfase em cinco ações básicas: imunização, incentivo ao aleitamento materno e orientações para o desmame, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, assistência e controle das doenças diarreicas e assistência e controle das infecções respiratórias agudas.^{12;26}

Em 1996, os cinco programas do PAISC culminaram na criação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), unindo as ações de saúde da criança, por entendê-la como um ser integral. Essa estratégia visa integrar as atividades de promoção, prevenção, classificação de risco e tratamento das doenças mais prevalentes na infância e tem como objetivos: redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade; diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas e dos distúrbios nutricionais que acometem as crianças; garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos, tanto nos serviços de saúde

como nos domicílios e na comunidade; e o fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância.⁶ É preconizado que esta estratégia seja realizada em parceria com o Programa de Saúde da Família (PSF), com o apoio dos Estados e Municípios.³⁰

A avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil também é destacada, enfocando que distúrbios como atraso de linguagem, dificuldade de aprendizagem, hiperatividade e transtornos emocionais não são identificados antes dos 3 ou 4 anos de idade, a despeito da importância da intervenção precoce.¹⁴ Para tal, é papel do profissional que atua na atenção primária fazer a vigilância do desenvolvimento de todas as crianças, identificar aquelas com necessidades especiais e encaminhá-las oportunamente para tratamento.¹⁴

Diante do exposto, as propostas de humanização da atenção básica à saúde da criança, até esse ponto identificadas, são significativas, uma vez que preconizam a melhoria da assistência prestada, por meio de uma abordagem integral do crescimento, desenvolvimento, imunização, nutrição infantil e das doenças prevalentes na infância. No entanto, para que ocorra o efetivo processo de humanização, deve haver maior valorização da dimensão humana e subjetiva presente no ato do cuidado, especialmente pelo aprimoramento das relações profissional-cliente e profissional-profissional. Nesse sentido, um aprofundamento das habilidades comunicativas pode contribuir para o estabelecimento de uma relação de cuidado entre profissionais e clientes.

A estratégia AIDPI possui um protocolo específico para o aconselhamento da mãe ou acompanhante. No entanto, esse protocolo parece não dar conta dos aspectos relacionais envolvidos, sendo que a questão do aconselhamento/capacitação da mãe é apontada como uma das principais deficiências da estratégia no México, conforme um dos estudos analisados.²⁹

Em outro estudo incluído nesta revisão¹⁰ são discutidos os saberes de famílias e equipe, que embasam as

práticas de cuidado a crianças inseridas na estratégia AIDPI, no Peru. Aponta a dimensão histórico-social na qual emerge o cuidado à criança pela família e a dimensão técnico-profissional que orienta o cuidado à criança pela equipe de saúde. Propõe a articulação desses saberes e práticas de profissionais e famílias no espaço da educação dialógica.

Entendemos, portanto, que, para caminhar no sentido da humanização, faz-se necessário ir além das ações protocoladas de orientação aos pais da criança, deixar emergir a escuta e o diálogo e transformar o espaço formal da assistência em um encontro terapêutico efetivo, rumo à humanização do cuidado.

A humanização e a saúde materno-infantil

Após uma queda inicial na mortalidade infantil, na década de 1980, ao ser implantado o PAISC, percebe-se que o indicador de mortalidade infantil passa a ter uma redução mais lenta a partir de 1990, o que sugere a insuficiência das ações desse programa. Desse modo, redirecionaram-se os esforços do Ministério da Saúde para o atendimento humanizado da gestante, desde o pré-natal até o nascimento, e os cuidados com o recém-nascido e a puérpera.¹²

Essas ações foram expandidas e atualmente não se restringem ao âmbito de hospitais e maternidades, mas perpassam todos os níveis de atenção à saúde e buscam, além de reduzir as taxas de mortalidade infantil, proteger o processo de apego. Nesse sentido, a realização de grupos de gestantes durante o pré-natal, o incentivo ao contato pele a pele precoce no nascimento, o alojamento conjunto e o apoio ao início e manutenção do aleitamento materno após a alta apresentam-se como estratégias protetoras ao estabelecimento do apego mãe-filho.¹³

Além da promoção de vínculos entre bebês e família, a humanização do pré-natal, do parto e do nascimento implica o respeito aos direitos do cliente e engloba o direito à informação, à presença de acompanhante e à maior autonomia no trabalho de parto e parto, que também pressupõe a desmedicalização desse processo e resulta, principalmente, na redução de cesarianas. Contudo, um aspecto tido como central na questão da humanização é o relacional, que pressupõe um acolhimento dialógico e empático, com diminuição da assimetria na relação profissional/cliente. Para viabilizar esse processo, é primordial capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde e a população, para que ocorra a transição da cultura de assistência para a decisão compartilhada.^{9,20}

Nesse contexto, considera-se a necessidade de uma efetiva integração dos diversos níveis de atenção à saúde, em uma perspectiva de continuidade do cuidado, que possibilite a vinculação dos usuários às equipes de saúde e sua efetiva participação nas decisões terapêuticas.

A humanização à saúde da criança no contexto hospitalar

Dentre os trabalhos, há destaque para as unidades de terapia intensiva (UTIs), neonatal ou pediátrica, para o cuidado aos recém-nascidos e bebês. Referem-se ao ambiente, tipos de cuidados, procedimentos, estímulos e inserção da família.

No contexto dessas UTIs, deparamos com situações em que o vínculo com a família é um desafio: bebê e família apresentam necessidades de serem atendidos pela equipe de assistência à saúde,^{7,18} que, por sua vez, necessita de capacitação e suporte emocional adequado para que a humanização se faça presente.²⁸

Nas propostas humanizadoras, uma das mais destacadas consiste na aproximação da família,⁸ com inclusão dos pais/responsáveis nos cuidados prestados aos bebês durante a hospitalização e abordagem sobre a importância do estabelecimento precoce do vínculo mãe-bebê.¹⁸

Outra proposta é o cuidado desenvolvimental, ou seja, uma forma de cuidado que considera as necessidades desenvolvimentais das crianças, satisfazendo as necessidades fisiológicas, fornecendo suporte ao desenvolvimento infantil. O cuidado também deve estar centrado na família, visando à promoção da saúde e à emancipação dos sujeitos.⁷ Nesse aspecto, a equipe de saúde deve preocupar-se com o acolhimento da família e incentivar a permanência dos pais nas unidades de internação e o contato direto com o bebê, sempre que possível; a participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido; a sucção não nutritiva; o aleitamento materno, ainda que ocorra ordenha manual e posterior oferecimento do leite em copinhos ou colherinhas ao recém-nascido que não possui o reflexo de sucção;^{18,23} e a prática do método Mãe Canguru (uma estratégia de baixo custo e alta resolutividade).¹³

Diante dessas considerações, o estabelecimento de vínculo entre família e cuidador em saúde mostra-se de extrema importância para que os pais/responsáveis possam esclarecer seus medos e dúvidas e, dessa forma, construir juntos um atendimento humanizado efetivo ao recém-nascido hospitalizado.¹⁸ No entanto, os profissionais muitas vezes não se sentem preparados para dividir os mesmos espaços com os familiares das crianças internadas,^{22,21} o que dificulta o estabelecimento desse vínculo tão necessário à humanização da assistência.

Ressalte-se, ainda, os cuidados com o ambiente das UTIs, como a redução de ruídos e luz intensa e contínua, bem como o protocolo de manipulação mínima, medidas que auxiliam na manutenção do sistema de autorregulação dos bebês ao reduzir o estresse e respeitar as necessidades fisiológicas como sono e vigília.¹⁸

Os estudos que tratam das unidades de internação pediátrica^{18,28,15,24,25,11,19} também abordam a necessidade

de permanência dos pais e a inserção deles nos cuidados à criança não apenas de forma instrumental, mas como um meio de promover o vínculo e o apego. Desse modo, faz-se também da família um cliente em pediatria, especialmente em situações de cuidados paliativos.

Os trabalhos ainda refletem o cuidado com a decoração como forma de humanizar o cenário da assistência, ao tornar o ambiente menos agressivo e estressante aos olhos das crianças.¹⁷ Destaque-se, também, a importância da inserção de atividades lúdicas recreativas e educacionais, a instalação de solários e *playgrounds* e o uso do brinquedo terapêutico.¹⁵ Nesse sentido, a leitura mediada por voluntários do projeto Biblioteca Viva em Hospitais para pacientes infantis e seus acompanhantes pode ter impacto positivo como estratégia de humanização.¹⁶ Há necessidade de conscientizar toda a equipe multiprofissional quanto à importância do brincar, com o objetivo de se ter um ambiente saudável para o desenvolvimento da criança durante a hospitalização.²⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Responder às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações é um desafio importante para o setor de saúde e demais setores sociais. Os temas humanização e cuidado em saúde vêm sendo abordados na literatura como construtos teóricos e práticos que embasam estratégias e propostas para enfrentar a reorganização das práticas de saúde.

Neste estudo, realizado de forma sistemática, conforme preconizado pela Prática Baseada em Evidências, buscou-se fundamentar as reflexões da atenção à saúde da criança por meio da análise de estudos com diferentes métodos e níveis de evidência científica, como resultados de pesquisas, relatos de casos, revisões de literatura e ensaios.

Os resultados apontam questões importantes como: a inserção da família nos cuidados; o estabelecimento de um relacionamento terapêutico; o cuidado integral na perspectiva da vigilância do crescimento e desenvolvimento, imunização, nutrição adequada, proteção do processo de apego mãe-filho-família e atenção às doenças prevalentes na infância; a adequação do ambiente de internação; a incorporação do lúdico no cuidado; a humanização da assistência perinatal; e a integração entre os níveis de atenção em saúde materno-infantil.

Nesse sentido, tais questões fornecem não somente aspectos teóricos, mas também aspectos práticos que devem trabalhados com as equipes que apresentam potencial de interferência na prática da enfermagem em saúde da criança. Dentre eles, destaque-se a temática familiar, que permeou os achados desta revisão. A implicação prática direta extraída dessa temática é a necessidade de trabalhar com as equipes a importância não apenas da presença da família, mas, principalmente, do cuidado voltado para a família, com vista à emancipação dela no cuidado de seus membros, principalmente das crianças. É importante, nesse contexto, a compreensão de que a família não precisa apenas ser ensinada a cuidar das crianças, mas também deve ser ouvida e compreendida em seus valores e saberes que orientam a forma de cuidar.

Considera-se, portanto, que resultados do estudo contribuem para as reflexões na área da atenção à saúde da criança, uma vez que apontam elementos das políticas e práticas de humanização com potencial de subsidiar os serviços de saúde materno-infantil em uma perspectiva integradora. Em especial, indicam que a humanização e o cuidado em saúde envolvem otimizar e enriquecer as interações entre os sujeitos e buscar uma indissociabilidade das ações curativas, preventivas e promocionais da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 16-29.
2. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6(1): 63-72
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Figueiredo GLA, Mello DF. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2003; 11(4): 544-51.
5. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que propicia a incorporação das evidências na prática de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2004 mai./jun; 12(3): 549-56.
6. Veríssimo MDLOR, Mello DF, Bertolozzi MR, Chiesa AM, Sigaud CHS, Fujimori E, Lima RAG. A formação do enfermeiro e a estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância. *Rev Bras Enferm*. 2003; 56(4): 396-400.
7. Scochi CGS. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000.
8. Morsch DS, Delamonica J. Análise das repercussões do programa de acolhimento aos irmãos de bebês internados em UTI neonatal: "Lembraram-se de mim!". *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 jul./set; 10(3): 677-87.
9. Deslandes SF. A ótica dos gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 jul./set; 10(3): 615-26.
10. Aranda DAL. As dimensões do cuidado à criança um diálogo entre famílias e equipe de saúde na comunidade. [tese] Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

11. Lopes LF, Camargo B, Furrer AA. Aspectos da humanização no tratamento de crianças na fase terminal. *Pediatr Mod.* 1999 nov; 35(11): 894-5, 897-901.
12. Cabral IE, Aguiar RCB. As políticas públicas de atenção à saúde da criança menor de cinco anos: um estudo bibliográfico. *Rev Enferm UERJ.* 2003; 11: 285-91.
13. Lamy ZC, Gomes MAS, Gianini NOM, Henning MA. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(3): 659-68.
14. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(6): 1691-9.
15. Collet N, Oliveira BRG. Caminhos para a humanização da assistência à criança hospitalizada. *Cogitare Enferm.* 1999; 4(1): 47-52.
16. Moreno RLR, Diniz RLP, Magalhães EQ, Souza SMPO, Silva MAS. Contar histórias para crianças hospitalizadas: relato de uma estratégia de humanização. *Pediatria (São Paulo).* 2003; 25: 164-9.
17. Pauli MC, Bousso RS. Crenças que permeiam a humanização da assistência em UTI pediátrica. *Rev Latinoam Enferm.* 2003 mai./jun;11(3): 280-6.
18. Lamego DTC, Deslandes SF, Moreira MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(3): 669-75.
19. Gema SM. Evaluación de la participación materna em el cuidado de lactentes hospitalizados. *Rev Chil Salud Pública.* 2001; 5(1): 7-13.
20. Misago C, Kendall C, Freitas P, Haneda K, Silveira D, Onuki D, et al. From “culture of dehumanization of childbirth” to “childbirth as a transformative experience”: changes in five municipalities in north-east Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 75 Suppl: S67-72.
21. Cardoso PR. Humanização em terapia intensiva – um estudo compreensivo com os profissionais que assistem crianças [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2001. 104 p.
22. Barbosa ECV, Rodrigues BMRD. A humanização nas relações com a família; um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. *Acta Sci Health Sci.* 2004; 26(1): 205-12.
23. Aguayo J. Maternal lactation for preterm newborn infants. *Early Hum Dev.* 2001 nov; 65 Suppl: S19-29.
24. Gomes GC, Erdmann AL. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. *Rev Gaúcha Enferm.* 2005; 26(1): 20-30.
25. Pai MM. O dia-a-dia na unidade de internação conjunta pediátrica: um olhar para as relações enfermeira/familiar participante [dissertação]. São Paulo: Departamento de enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 1999.
26. Forte MJP, Kudo AM, Mendes MAS, Duarte V. O Instituto da Criança frente à política nacional de humanização. *Pediatria (São Paulo).* 2004; 26(1): 43-8.
27. Hirschheimer MR, Huberman JI, Tobias MM, Rizzo LR. O trabalho da terapia ocupacional na pediatria. *Rev Paul Pediatr.* 2001; 19(4): 187-94.
28. Barbosa ECV. O vivenciar da equipe de enfermagem com os familiares de crianças internadas em UTI pediátrica [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
29. Guiscafré H, Gutiérrez G, Ververa H, Palafox M, Guiscafré H, Verver H, et al. Programa de atención a la salud del niño en México. Evaluación de la calidad de la atención integrada que se otorga en los centro de capacitación. *Gac Med Mex.* 2001 ene./feb; 137(1): 21-9.
30. Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, Tamburlini G. Recommendations for the implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants. *Acta Pediatr.* 1998 apr; 87(4): 440-5.

Data de submissão: 25/5/2009

Data de aprovação: 18/11/2009

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE*

HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTION: CHALLENGES IN ITS PREVENTION AND CONTROL

INFECCIONES RELACIONADAS A ASISTENCIA EN SALUD: DESAFÍOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL

Adriana Cristina Oliveira¹
Quésia Souza Damasceno²
Silma M. C. P. Ribeiro³

RESUMO

Nesse ensaio teórico, foram analisados três desafios para a prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS): resistência bacteriana, processamento de produtos para saúde e comportamento do profissional de saúde diante da adoção das recomendações para o controle de infecção. Destaque-se que a abordagem multifatorial para o controle das IRAS pode ser favorecida por meio da vigilância contínua e efetiva da infecção, da monitoração da higienização de mãos e de recursos para a adesão às precauções, enfatizando o comportamento individual e coletivo. Reafirma-se a responsabilidade de cada um com vista à segurança do paciente na estratégia "Tolerância zero" (resposta aos comportamentos e práticas inseguras que colocam em risco a saúde de pacientes e profissionais). Contribui-se assim, para a reflexão dos profissionais sobre a corresponsabilização na qualidade das práticas individuais, coletivas e institucionais, bem como para um "novo olhar" sobre o fazer, o pensar e o agir.

Palavras-chave: Farmacorresistência Bacteriana; Precauções Universais; Infecção Hospitalar.

ABSTRACT

In this theoretical paper we analyze three challenges for the prevention and control of healthcare associated infections (HAIs): bacterial resistance, processing of products for health, and behavior of healthcare workers for the adoption of standards for infection control. We consider that a multifactor approach for the control of HAIs can be favored by a continuous and effective surveillance of infection, by monitoring hand hygiene and resources for effectiveness of adherence to control measures, and by emphasizing individual and collective attitudes. We highlight the responsibility of each one in order to achieve the "Zero Tolerance" strategy (response to behaviors and unsafe practices that endanger the health of patients and professionals). We contribute to the healthcare workers discussion about their co-responsibility on individual, collective and institutional quality practices, and we provide a "new way of looking" over these professionals' attitudes and thoughts.

Key words: Bacterial Drug Resistance; Universal Precautions; Hospital Infection.

RESUMEN

En este trabajo teórico se analizaron tres desafíos para prevenir y controlar infecciones relacionadas con el cuidado de la salud (IRCS): resistencia bacteriana, transformación de los productos para la salud y comportamiento de los profesionales de salud frente a la adopción de estándares para el control de la infección. Se destacó que, para controlar las IRCS, se puede facilitar el enfoque multifactorial con vigilancia eficaz y continua de la infección, vigilancia de la higiene de las manos y de los recursos de para adhesión a las medidas de control y énfasis en el comportamiento individual y colectivo. Se realza la responsabilidad de cada uno con miras a la seguridad del paciente en la estrategia "Tolerancia Cero" (respuestas a los comportamientos y prácticas inseguras que ponen en peligro la salud de pacientes y profesionales). Se contribuye a la reflexión de los profesionales sobre su co-responsabilidad en la calidad de las prácticas individuales, colectivas e institucionales, así como un "nuevo enfoque" sobre su hacer, pensar y actuar.

Palabras clave: Fármaco-resistencia Bacteriana; Precauciones Universales; Infección Hospitalaria.

* Artigo baseado no Projeto de Pesquisa *Contribuição das superfícies inanimadas na disseminação de bactérias resistentes*, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) – APQ-00328-08. A autora foi contemplada com Bolsa do Programa de Bolsas de Iniciação Científica da mesma Fundação.

¹ Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade de Nova York. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: adrianacoliveira@gmail.com.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: qdamasceno@yahoo.com.br.

³ Enfermeira. Doutora pela Universidade de São Paulo. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: silma@uol.com.br.

Endereço para correspondência - Adriana Cristina Oliveira: Av. Alfredo Balena, 190, Santa Efegénia. CEP: 30130-100. Belo Horizonte/MG. Telefone:(31) 3409-9855.

INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) são aquelas adquiridas durante a prestação dos cuidados de saúde e representam um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS), com base em dados recentes, considera que 1,4 milhão de infecções ocorre a qualquer momento, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, estima-se que cerca de 2 milhões de infecções relacionadas à assistência em saúde ocorram anualmente, resultando entre 60 e 90 mil mortes e com um custo aproximado de, pelo menos, 17 a 29 bilhões de dólares. Em média, de 5% a 15% de todos os pacientes internados desenvolvem IRAS. No Brasil, não se dispõe de estimativas precisas em razão da ausência de sistematização de informações.¹

Em levantamento do Conselho Regional de Medicina, em parceria com o Ministério Público de São Paulo (CREMESP), verificou-se em 156 hospitais do Estado, que o controle de infecções, na maioria deles, foi considerado deficiente. No estudo, foram avaliadas as condições de trabalho necessárias para o controle da infecção hospitalar, sendo avaliados os itens: Comissão e Programa de Controle de Infecções Hospitalares; Áreas de Procedimentos Críticos; Central de Esterilização de materiais e Biossegurança.²

A repercussão da alta frequência dessas infecções pode ser notada com o aumento da morbidade e mortalidade hospitalar, bem como com o prolongamento da internação e o aumento dos custos assistenciais. O número de publicações em periódicos internacionais sobre a ocorrência de infecções relacionadas à assistência é grande e abordam diferentes vertentes, desde aspectos epidemiológicos a novas tecnologias para prevenção e controle.

Apesar do avanço do conhecimento, verifica-se que muitos desafios ainda estão presentes no cotidiano dos controladores de infecções e dos profissionais que se dedicam à assistência direta aos pacientes.

Diante das evidências científicas e da constatação de situações desafiadoras, vários questionamentos permeiam o cotidiano do controlador de infecções: *Por que os profissionais de saúde não adotam as recomendações básicas para o controle de infecções, para a redução dos acidentes ocupacionais e para evitar a disseminação das bactérias resistentes? Por que ainda somos tão resistentes a abandonar antigas práticas que colocam em risco o paciente e o próprio profissional de saúde?* Na verdade verificamos que são muitos os porquês, poucas as respostas e inúmeras as dúvidas.

Diante de tais questionamentos, propõe-se um ensaio teórico pela sua característica de ser problematizador, antidogmático e reflexivo sem, no entanto dispensar o rigor lógico-metodológico com coerência de argumentação e o espírito crítico.³ Nesse contexto, discorre-se sobre os três desafios fundamentais, pilares para a prevenção e controle das IRAS: a) resistência

bacteriana: contenção da situação/dificuldade de controle; b) o processamento de produtos para saúde; c) e o comportamento do profissional de saúde diante da adoção das recomendações do controle de infecção, no tocante aos desafios vivenciados no cotidiano do profissional em níveis nacional e internacional, repensando ideias e ações, de forma a possibilitar um reolhar sobre a prática.

A perspectiva de trazer à tona uma reflexão sobre uma prática ética e segura dos profissionais, instituições e, sobretudo, o compromisso com uma assistência de qualidade prestada aos pacientes é que motivaram a análise desses aspectos relevantes dos atuais desafios e limitações para a prevenção e controle das infecções.

Almeja-se, ainda, possibilitar aos profissionais de saúde um “novo olhar” sobre o fazer, a interpretação dessa realidade que nos cerca, as limitações, o nosso pensar e o nosso agir e, sobretudo, a compreensão da necessidade de corresponsabilização pela qualidade das práticas individuais, coletivas e institucionais.

Resistência bacteriana: contenção da situação/ dificuldade de controle

A resistência bacteriana constitui um problema de saúde pública mundial que desperta a atenção de órgãos governamentais nacionais e internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Centro de Controle de Doenças (CDC), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e associações de controladores de infecções hospitalares, além da Indústria farmacêutica internacional.

As infecções causadas por bactérias resistentes ao tratamento apresentam manifestações clínicas semelhantes àquelas originadas de organismos suscetíveis. Todavia, as alternativas de tratamento se tornam muito reduzidas na presença de organismos resistentes. Tal fato prolonga o período de internação, eleva custos e mortalidade.⁴ A repercussão é percebida, também, nos altos custos sociais, com decréscimo da produtividade e qualidade de vida para os pacientes e familiares.

Diversas iniciativas vêm sendo tomadas para minimizar/ reduzir a disseminação das bactérias resistentes, no entanto constatações de resistência bacteriana na comunidade têm sido relatadas e, de forma preocupante, com um perfil de acometimento de indivíduos diferentes daqueles hospitalizados, ou seja, indivíduos jovens sadios e sem fatores de risco previamente detectados.

Mediante essas constatações, o CDC publicou em 2007, o novo guia para precauções de isolamento que aborda a prevenção da transmissão de agentes infecciosos. Nesse guia, avanços como a alteração do foco das infecções exclusivas do ambiente hospitalar são revistos, passando a denominação de infecções associadas ao cuidado em saúde (*healthcare associated infection* – HAI) ou infecções relacionadas à assistência

à saúde (IRAS). Foi marcante o reconhecimento da mudança de atenção à saúde somente nos hospitais para outros locais, como atenção domiciliar, serviços ambulatoriais, dentre outros.⁴

Quando se aborda o tema resistência bacteriana, deve-se ter em mente dois eixos norteadores de sua ocorrência. O primeiro tem como referência a emergência dos micro-organismos resistentes, consequência do uso indiscriminado de agentes antimicrobianos, que tem preocupado enormemente a comunidade científica. Tal preocupação fundamenta-se, em parte, na dificuldade da indústria farmacêutica em responder com fármacos mais potentes de maior espectro em face do rápido desenvolvimento da resistência e transferência genética entre bactérias, também referida como pressão seletiva aos antimicrobianos.⁴

No tocante à emergência da resistência bacteriana, tem-se o uso indiscriminado dos antimicrobianos como aspecto importante dessa ocorrência, e duas vertentes podem ser relacionadas: a primeira se refere à aquisição indevida do antimicrobiano, seja por indicação de amigos, seja por familiares, muitas vezes caracterizando uma escolha, dosagem e duração do tratamento inadequado. E, em segundo plano, porém não menos importante, a relação com a prescrição médica inadequada com aspectos semelhantes ao uso na comunidade, escolha, dosagem e duração do tratamento na maioria das vezes inadequados.⁴

No segundo eixo norteador da ocorrência da resistência bacteriana, tem-se a baixa conformidade dos profissionais na adoção de protocolos/recomendações de controle de infecção. Nesse sentido, a literatura tem sido unânime em afirmar que caminhos para o controle da disseminação da resistência bacteriana perpassam essa vertente, bem como o comportamento dos profissionais de saúde, a adoção às recomendações do controle de infecções e as precauções padrão e por vias de transmissão.

Assim, busca-se compreender como será possível reverter esse quadro de forma a levar os profissionais a se envolverem e exercer ativamente seu papel na contenção da situação da disseminação da resistência bacteriana, na adoção das precauções-padrão e por vias de transmissão.

Esse é, de fato, o grande desafio, principalmente quando se verifica, nas literaturas nacional e internacional, a baixa adesão dos profissionais à higienização das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual (EPI) e à indicação da precaução de contato.

A baixa adesão às precauções-padrão entre os profissionais de um centro de terapia intensiva foi avaliada por meio de um estudo em que foram analisados o conhecimento e o comportamento desses profissionais. Evidenciou-se que vários aspectos do comportamento humano, incluindo a falsa percepção de um risco invisível e a subestimação da responsabilidade individual na elevação das taxas de

infecção hospitalar, podem ser fatores importantes para essa adesão comprometida.⁵

Outro ponto que se refere à atitude dos profissionais de saúde e tem relação com a disseminação da resistência bacteriana pode ser exemplificado pela utilização do jaleco branco fora do ambiente hospitalar, ou seja, da prestação de cuidado.

Estudos evidenciam a contaminação da roupa, capotes e jalecos dos profissionais de saúde por *Staphylococcus aureus*, principalmente na região da cintura, punhos e bolsos, inclusive por cepas resistentes à metilicina (MRSA). A utilização de jalecos fora do ambiente hospitalar foi justificada pelos profissionais de um estudo como uso por profissionalismo, reconhecimento e, ainda, para guardar objetos.⁶

O uso do jaleco constitui importante item nas precauções estabelecidas para o controle das IRAS. Entretanto, pode tornar-se contaminado e constituir veículo para disseminação de bactérias resistentes. Alguns aspectos, como frequência e local da lavagem, uso do mesmo jaleco em diferentes setores e em outras instituições podem favorecer a contaminação e a consequente transferência de micro-organismos entre diferentes pacientes e ambientes.⁶

Esse aspecto da utilização dos jalecos fora do ambiente hospitalar tem se tornado cada vez mais uma cena comum nas áreas próximas às instituições de saúde, dentro dos ônibus, refeitórios e adjacências. Nesse aspecto, o que mais impacta é a revelação de que o profissional que usa tal jaleco, na maioria das vezes, não percebe sua implicação como possível agente na cadeia de transmissibilidade e disseminação de micro-organismos. Para esse profissional a sua utilidade não só está restrita à questão de reconhecimento, profissionalismo, como também para a proteção da roupa, para guardar pertences e manter o profissional aquecido, dentre outros.

A complexidade desse comportamento é tamanha que hábitos como esse tendem a perpetuar-se. Prova disso são os graduandos que, sem nenhuma consciência crítica, observam e repetem tais atitudes sem uma análise da repercussão que podem ter.

Além das roupas, a contaminação de superfícies tem sido relacionada a uma participação na disseminação dos micro-organismos resistentes. Muitos deles, como o MRSA e o *Enterococos*, resistentes à vancomicina (VRE), possuem características que lhes permitem sobreviver em superfícies secas de semanas a meses. Relatos de recuperação desses micro-organismos em camas, cadeiras de roda, oxímetros de pulso, maçanetas, mesas, roupas de pacientes são encontrados frequentemente.⁷

Sumarizando a questão da resistência bacteriana no que se refere à sua disseminação, pode-se apontar a sua relação com o comportamento do profissional no tocante à adoção das precauções-padrão e por vias de transmissão, a importância da utilização de roupas e jalecos privativos ao momento da assistência, ou seja,

do contato direto com o paciente, e a participação do ambiente nesse contexto.

Processamento de produtos para saúde

A dificuldade de abandonar antigas práticas, a resistência a mudanças, que colocam em risco o paciente e o próprio profissional de saúde são comportamentos também evidenciados no cotidiano do profissional de saúde. Entende-se como princípio básico para o reprocessamento a avaliação das características do artigo a ser reprocessado: se ele pode ser limpo, se a esterilidade do produto pós-processamento pode ser comprovada, se a integridade e funcionalidade podem ser demonstradas e a segurança para o paciente, documentada. É difícil imaginar que questões tão objetivas como essas possam gerar tantas atitudes que ponham em risco profissional e paciente.

Até então denominado “reprocessamento”, o processo aplicado aos artigos médico-hospitalares para permitir sua reutilização, incluindo a limpeza, preparo, embalagem, rotulagem, desinfecção ou esterilização passou, a partir da Consulta Pública nº 34, de junho de 2009, a ter outra denominação⁸: “processamento”. A definição desse ato se fundamenta nos mesmos moldes da definição anterior adotada para reprocessamento, com a introdução, também, da expressão “produtos para saúde” em substituição ao “artigo médico-hospitalar”.

Por se tratar, porém, de um instrumento de discussão pela sociedade, a referida consulta pública ainda tem efeito de proposta, podendo ser alterada com a participação efetiva dos profissionais e da coletividade mediante sugestões e recomendações de alterações de seu texto, abrangência e delimitações.

Nesse contexto da discussão, há muitos questionamentos – por exemplo, grande parte dos serviços de esterilização ainda não foi adequada à resolução anterior, que previa a elaboração e a implementação de protocolos para reprocessamento de seus artigos. Agora, uma nova proposta de resolução já se encontra na pauta do dia. Por que tudo isso? Muito do que se pode argumentar nesse sentido se deve ao pano de fundo que grandes preocupações têm causado: o surto de micobactéria de crescimento rápido.

Quem não se lembra dos casos esporádicos que se iniciaram em 2003 e pouco a pouco foram se somando, inicialmente levantando importantes, sérias e graves questões relacionadas ao cuidado do material reprocessado nas centrais de material esterilizado?

Assim, as infecções pós-cirúrgicas foram despontando em cenário nacional com um ponto em comum: o isolamento de micobactérias de crescimento rápido (MCR), atingindo gradativamente a diferentes regiões do País e contabilizando de 2003 a abril de 2009: 2.128 casos. Tais infecções foram apontadas como fortemente relacionadas às falhas nos processos de limpeza, desinfecção e esterilização de produtos médicos.

As evidências de tais falhas surgiram após investigações realizadas nos serviços de saúde, em que se constatou que os instrumentais cirúrgicos estavam sendo submetidos somente à desinfecção, e não à esterilização, e as centrais de material esterilizado apresentavam condições precárias de funcionamento, sem registros e validação de processos de limpeza, desinfecção e esterilização.

Iniciativas governamentais para revisão dessas práticas inadequadas foram tomadas, na tentativa de contenção da situação, e assim surgiu a RDC nº 8, de 27 de fevereiro de 2009, que suspendeu a esterilização química por imersão, agentes esterilizantes líquidos, para o instrumental cirúrgico e produtos para saúde utilizados nos procedimentos de videoscopias. Destaca-se, ainda, nessa RDC, a responsabilidade do coordenador do centro de material e esterilização pela supervisão de todas as atividades relacionadas ao processamento de instrumentais e produtos para saúde, incluindo as realizadas por empresas terceirizadas. Além de proibir o processamento de instrumental cirúrgico e produtos para saúde fora do CME, exceto quando realizado por empresas terceirizadas regularizadas na autoridade sanitária.

Acrescenta, ainda, critérios para a utilização do ciclo *flash* das autoclaves a vácuo, não sendo indicado para uso rotineiro no processamento do instrumental e produtos, mas tão-somente para casos de urgência, como em contaminação acidental de instrumental cirúrgico do procedimento em curso, mediante monitorização por indicadores químicos e biológicos e documentados (data, hora, motivo do uso, nome do instrumental cirúrgico ou produto para saúde e nome e assinatura do responsável).

Comportamento do profissional de saúde diante da adoção das recomendações do controle de infecção

Os desafios em controle de infecção não são novos e possuem uma relação direta com o seu contexto histórico. Basta lembrarmos quando Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) associou a transmissão das infecções e mortalidade puerperal à precariedade da lavagem das mãos. Semmelweis comparou, em uma mesma maternidade, a mortalidade da enfermaria atendida exclusivamente por parteiras com aquela atendida pelos estudantes de Medicina e como medida de controle da situação afixou na porta da unidade o seguinte cartaz:

*A partir de hoje, 15 de maio de 1847, todo estudante ou médico é obrigado, antes de entrar nas salas da clínica obstétrica, a lavar as mãos, com uma solução de ácido clórico, na bacia colocada na entrada. Esta disposição vigorará para todos, sem exceção.*⁹

A realidade com a qual deparamos mais de 150 anos depois dessa iniciativa é de que ainda não resolvemos

o problema básico vivenciado por Semmelweis, que envolve as condições dos recursos humanos nas instituições de saúde, seu comportamento e sua conscientização.

A baixa adesão às recomendações de controle de infecções, medidas de biossegurança e a alta incidência de acidentes ocupacionais com material biológico têm preocupado frequentemente administradores, profissionais e pesquisadores da área.

Enfermeiros e outros profissionais de saúde são frequentemente lembrados da importância da higiene das mãos na prevenção das infecções. Em uma revisão de estudos realizada entre 1980 e 2001, o CDC revelou que, entre todos os trabalhadores da saúde, o cumprimento das recomendações de higiene de mãos “foi ruim”, ocorrendo uma média de 40% das oportunidades que deveriam ser lavadas. O incentivo ao uso de álcool gel em muitas instituições de saúde tem sido apontado com um fator que aumenta a adesão da antissepsia das mãos entre os profissionais de saúde, além de ser menos agressivo às mãos dos profissionais. Fatores apontados para a baixa higienização das mãos são: a falta de acesso às pias, tempo insuficiente dos profissionais, produtos que irritam a pele, desconhecimento sobre seu impacto na prevenção das infecções.¹⁰

A indicação do uso de álcool na ausência de sujidade visível traz inúmeros benefícios, tais como a economia de tempo e o fato de ser mais conveniente ao profissional. A promoção do comportamento da higiene das mãos é um assunto complexo e tem sido influenciada pelo sexo, atividade profissional, carga de trabalho e pelo acesso à infraestrutura para a higiene de mãos.

A adesão à higiene das mãos varia significativamente. Fatores individuais, cognitivos e psicológicos podem desempenhar papel determinante no comportamento, ou seja, o conhecimento das atitudes, intenções, crenças e percepções podem fornecer *insight* para a promoção do comportamento de higiene das mãos.¹⁰

Um desafio mundial para a segurança do paciente foi lançado pela Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC), mediante uma abordagem estratégica de “Tolerância zero” em resposta aos comportamentos inseguros e práticas que coloquem a saúde de pacientes e profissionais em risco. Destacou-se que “deve ser inaceitável a não adesão dos trabalhadores da saúde as medidas de controle de infecção”. O rigor desse objetivo justifica-se pelo fato de que, mesmo não eliminando as infecções, metas ambiciosas podem favorecer mudanças positivas.¹¹

Em perspectiva semelhante, a Aliança Mundial para segurança do paciente reforça o objetivo ético de não causar dano ao paciente. No desafio global para segurança do paciente de 2005-2006, considera-se que “Cuidado limpo é cuidado seguro”. Como cuidado

seguro, aponta como objetivos a redução das IRAS; aumento da conscientização do impacto das infecções associadas ao cuidado; construção do compromisso dos países em dar prioridade à redução das infecções; e teste da implementação das Diretrizes (*Guidelines*) da OMS para a Higienização das Mãos.¹²

Entretanto, a aplicabilidade dessas metas no cuidado em saúde cotidiano apenas se faz possível quando ocorre a aprendizagem contínua com discussão aberta dos erros, sem medo de sanção, pronta investigação das infecções e fornecimento de dados em tempo real ao pessoal de linha de frente para condução das melhorias. A observância desses aspectos pode favorecer a adesão às medidas de controle das IRAS tal como a referida higienização das mãos, que não alcança 50% de adesão entre os profissionais em nível mundial.

Outro aspecto inerente ao controle das infecções é a prevenção dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico. Em estudo realizado com profissionais do atendimento pré-hospitalar verificou-se que a adoção das medidas de precaução-padrão poderia ser facilitada, também, pela educação contínua da equipe que atua nesse serviço. Nessa perspectiva, observou-se que a adesão às medidas de controle poderia ser influenciada por aspectos como: treinamento sobre riscos ocupacionais, uso adequado dos equipamentos de proteção individual, noções sobre as infecções, reuniões periódicas e criação de uma central para limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais.¹³

Diversas circunstâncias podem levar à exposição com material biológico nos serviços de saúde. Numa análise da incidência de fatores relacionados e subnotificação dos acidentes com materiais perfurocortantes na equipe de um centro cirúrgico, verificou-se uma taxa de 23,6% de ocorrência do evento e 84,6% deles não foram notificados. As situações que favoreceram os acidentes foram o reencape de agulhas, o manuseio de perfurocortantes após o uso, o transporte deles para o recipiente de descarte, a lavagem dos artigos e o descarte em local inadequado.¹⁴

Um cuidado seguro em saúde deve pressupor a segurança tanto do paciente quanto dos profissionais que exercem tais atividades. Entretanto, esse cuidado abrange aspectos múltiplos que envolvem desde o conhecimento dos profissionais, o nível e a complexidade das atividades assistenciais, até disponibilidade e a distribuição de recursos humanos e estrutura física favoráveis ao controle das infecções. Portanto, o controle das infecções requer esforços conjuntos de todos os envolvidos na assistência em saúde com estratégias que contemplem suas múltiplas facetas. Cabe ressaltar, também, a importância da orientação dos pacientes, familiares e visitantes quanto às precauções utilizadas para minimizar a disseminação de patógenos, com destaque para a higienização das mãos.

CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES

A abordagem múltipla para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde pode ser favorecida por meio das seguintes ações:

- **Políticas de vigilância e controle de infecção** – Vigilância contínua e efetiva da infecção; incentivo por meio de campanhas, reuniões clínicas, seminários sobre adesão às medidas de precauções-padrão e baseadas em vias de transmissão; monitoração e divulgação das taxas de higienização de mãos por unidades e equipes sempre com o aspecto de incentivo a melhoria dos padrões.

- **Instituição** – Disponibilizar recursos para permitir a efetividade da adesão das medidas de precaução na prática e uso de EPI.

- **Recursos humanos** – Destacar a importância do comportamento individual e do coletivo na prevenção e controle da infecção, reafirmando a responsabilidade inerente a cada um.

- **Pesquisa** – Extrapolar a definição de taxas e fazer estudos sobre o conhecimento e o comportamento dos profissionais de saúde, buscando conhecer e atuar em aspectos específicos.

Conclui-se esta reflexão com a clareza de que algo tem de ser feito, e rapidamente, pois a questão da emergência dos micro-organismos resistentes é muito séria e complexa. Novos comportamentos devem ser assumidos em detrimento de conceitos que dia a dia são discutidos, avaliados e apresentados à comunidade científica. A saída para o problema, certamente, não está centralizada em recomendações inatingíveis para a prevenção e o controle das infecções hospitalares e para a disseminação dos micro-organismos multirresistentes, mas, sim, no somatório de cada atitude profissional realizada de forma consciente, participativa e responsável.

REFERÊNCIAS

1. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World Health Organizations; 2009.
2. Redação do Diário da Saúde. Controle de infecção hospitalar em São Paulo é falha, diz CRM. Diário da Saúde; 2009 abril 16, últimas notícias.
3. Severino AJ. Metodologia do Trabalho Científico: diretrizes para o trabalho didático-científico na universidade. 2ª. ed. São Paulo: Cortez & Moraes; 1976.
4. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
5. Paula DM. Precauções de Contato: uma avaliação do conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem; 2008.
6. Treake AM, Thom KA, Furuno JP, Strauss SM, Harris AD, Perencevich EM. Bacterial contamination of health care workers' white coats. Am J Infect Control. 2009 mar; 37(2):101-5.
7. Sehulster LM, Chinn RY, Arduino MJ, Carpenter J, Donlan R, Ashford D, et al. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Chicago IL: Centers for Disease Control and Prevention; 2004.
8. Consulta Pública nº 34, de 3 de junho de 2009. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. DOU de 4/06/09. [Citado 2008 nov 20]. Disponível em : <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B26720-1-0%5D.PDF>.
9. Fernandes AT. As bases do hospital contemporâneo: a enfermagem, os caçadores de micróbios e o controle de infecção. In: Fernandes AT, editor. Infecções hospitalares e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 91-128.
10. Haas JP, Larson, EL. Measurement of compliance with hand hygiene. J Hosp Infect. 2007; 66:6-14.
11. APIC Home. Washington, DC, Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology-APIC; c.1972-2009. [Cited 2009 jul 3]. Targeting Zero HAIs – Position Statement, 2008. Available em: <http://www.apic.org/AM/CMContentDisplay.cfm?ContentFileID=11707>.
12. Pittet D, Donaldson L. World Alliance for Patient Safety. American Journal of Infection Control-AJIC commentary. Am J Infect Control. 2005; 33(8):476-9.
13. Lopes ACS, Oliveira AC, Silva JT, Paiva MHRS. Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Pública. 2008; 24(6):1387-96.
14. Oliveira AC, Gonçalves JA, Paula AO. Subnotificação dos acidentes de trabalho envolvendo material perfurocortante em um centro cirúrgico. Rev Enferm UFPE On Line. 2008; 2(3):216-21.

Data de submissão: 3/3/2009

Data de aprovação: 9/9/2009

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME - Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Faculdades, Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Fundação de Ensino Superior de Passos; Centro Universitário do Leste de Minas Gerais; Faculdade de Enfermagem da UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora. Possui periodicidade trimestral e tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, terá a seguinte estrutura:

Editorial: refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;

Pesquisas: incluem artigos com abordagem metodológicas qualitativas e quantitativas, originais e inéditas que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas;

Revisão Teórica: avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas;

Relatos de Experiência: descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde e educação;

Artigos Reflexivos: textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento em Enfermagem e Saúde;

Normas de publicação: são as instruções aos autores referentes a apresentação física dos manuscritos, nos idiomas: português, inglês e espanhol.

3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados pelo Conselho Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos. O processo de revisão – *peer review* – consta das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

- protocolados, registrados em base de dados para controle;
- avaliados quanto à apresentação física - revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME - (folha de rosto com identificação dos autores e títulos do trabalho) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas, antes do encaminhamento aos consultores;
- encaminhados ao Editor Geral que indica o Editor Associado que ficará responsável por indicar dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;
- remitidos a dois consultores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores e o local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito.
- Após recebimento dos pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final e este, é encaminhado ao Editor Geral que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor Geral, responsável pela aprovação final.

4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

4.1 Apresentação gráfica

Os manuscritos devem ser encaminhados pelo correio, gravados em disquete ou CD-ROM, utilizando programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em duas vias impressas em papel padrão ISO A4 (212 x 297mm), com margens de 2,5cm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

4.2 As partes dos manuscritos

Todo manuscrito deverá apresentar a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo- nos idiomas: português, inglês, espanhol; **Autor(es)** – nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência; **Indicação da Categoria do artigo:** Pesquisa, Revisão Teórica, Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio.

Página 2: Título do artigo em português; **Resumo** e Palavras-chave; **Abstract** e Key words; **Resumen** e Palabras clave. As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME, disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 3: a partir desta página apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo **título em português**, que inclui:

b) Texto: - introdução;

- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);
- conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências como especificado no item 4.3;

e) Anexos, se necessário.

4.3 Sobre a normalização dos manuscritos:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma poderá ser encontrada na íntegra nos endereços:

em português: <<http://www.bu.ufsc.br/bccsm/vancouver.html>>

em espanhol: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

em inglês: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o "Journals Database" - Medline/Pubmed, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> ou com o CCN - Catálogo Coletivo Nacional, do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), disponível em: <<http://www.ibict.br>>

As **ilustrações** devem ser apresentadas em preto & branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993. Em cada categoria deverão ser numeradas sequencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF. 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas, grandezas, símbolos e unidades** devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências.

5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone, declaração de colaboração na realização do trabalho e declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais para a REME (modelo disponível no site).

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS/196/96.

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros, estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

Os manuscritos devem ser enviados para:

At/REME- Revista Mineira de Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG – Campus Saúde
Av. Alfredo Balena, 190, Sala 104, Bloco Norte
CEP: 30130-100 - Belo Horizonte/MG – Brasil
Contato: reme@enf.ufmg.br

6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.

Versão de setembro de 2007

REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM INSTRUCTIONS TO AUTHORS

1. THE MISSION OF THE MINAS GERAIS NURSING MAGAZINE – REME

REME is a journal of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais in partnership with schools and undergraduate courses in Nursing in the State of Minas Gerais, Brazil: Wenceslau Braz School of Nursing, Higher Education Foundation of Vale do Sapucaí, Higher Education Foundation of Passos, University Center of East Minas Gerais, Nursing College of the Federal University of Juiz de Fora. It is a quarterly publication intended to contribute to the production, dissemination and use of knowledge produced in nursing and similar fields covering education, research and healthcare.

2. REME SECTIONS

Each quarterly edition is structured as follows:

Editorial: raises relevant issues from the scientific, academic, political and social setting.

Research: articles with qualitative and quantitative approaches, original and unpublished, contributing to build knowledge in nursing and associated fields.

Review of theory: critical reviews of literature on important issues of nursing and associated fields.

Reports of experience: descriptions of interventions and experiences on healthcare and education.

Critical reflection: texts with special relevance bringing contributions to nursing and health thinking.

Publication norms: instructions to authors on the layout of manuscripts in the languages: Portuguese, English and Spanish.

3. EVALUATION OF MANUSCRIPTS

The manuscripts received are reviewed by REME's Editorial Council, which has the right to accept or refuse papers submitted. The peer review has the following stages:

a) protocol, recorded in a database for control

b) evaluated as to layout – initial review as to minimal standards required by REME – (cover note with the name of authors and titles of the paper) and documentation. They may be sent back to the author for adaptation to the norms before forwarding to consultants.

c) Forwarded to the General Editor who name an Associate Editor who will indicate two consultants according to their spheres of work and qualification.

d) Forwarded to two specialist reviewers in the relevant field, anonymously, selected from a list of reviewers, without the name of the authors or origin of the manuscript. The reviewers are always from institutions other than those of the authors.

e) After receiving both opinions, the General Editor and the Executive Director evaluate and decide to accept the article without alterations, refuse or return to the authors, suggesting alterations. Each copy is always reviewed by the General Editor or the Executive Director who are responsible for final approval.

4. LAYOUT OF MANUSCRIPTS

4.1 Graphical layout

Manuscripts are to be submitted on diskette or CD-ROM in Word for Windows, version 6.0 or higher, Times New Roman normal, size 12, space 1.5, printed on standard ISO A4 paper (212 x 297 mm), margins 2.5 cm, limited to 20 pages, including preliminary pages, texts, acknowledgement, references and illustrations.

4.2 Parts of the manuscripts

Each manuscript should have the following structure and order, whenever relevant:

a) Preliminary pages:

Page 1: title and subtitle – in Portuguese, English and Spanish. Authors: full name, profession, qualifications, position and institution, postal and electronic address of the author responsible for correspondence. **Indication of paper category:** Research, Review of Theory, Report of Experience, Critical Reflection/Essay.

Page 2: Title of article in Portuguese; *Resumo e palavras-chave*; Abstract and key-words; *Resumen e palabras clave* (Key words - 3 to 6 – should agree with the Health Science Descriptors/BIREME, available at <http://decs.bvs.br/>).

The abstract should have up to 250 words with simple space, font size 10.

Page 3: the content of the paper begins on this page, starting with the title in Portuguese, which includes:

b) Text:

- Introduction;
- Main body (material and method or description of methodology, results, discussion and/or comments);
- Conclusions or final comments.

c) Acknowledgements (optional);

d) References as specified in item 4.3

e) Appendices, if necessary.

4.3 Requirements for manuscripts:

The requirements are those of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Norm), which can be found in full at the following sites:

Portuguese: <<http://www.bu.ufsc.br/bccsm/vancouver.html>>

Spanish: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

English: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>

References are numbered in the same order in which they are mentioned for the first time in the text.

Quotations in the text should be numbered, in brackets, corresponding to the references at the end of the article.

The titles of journals are abbreviated according to "Journals Database" – Medline/Pubmed, available at: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> or according to the CCN – National Collective Catalogue of the IBICT- Brazilian Information Institute in Science and Technology, available at: <<http://www.ibict.br>>.

Illustrations should be sent in black and white immediately after the reference in the text, according to the tabular presentation norm of IBGE, 3rd ed. of 1993. Under each category they should be numbered sequentially in the text. (Example: TAB 1, FIG. 1, GRÁF 1). Each illustration should have a title and the source. Headings and titles should be clear and understandable, without the need to consult the text. References to illustrations in the text should be in brackets, indicating the category and number of the illustration. Ex. (TAB. 1).

Abbreviations, measurement units, symbols and units should agree with international publication norms. The first time an abbreviation is used, it should be preceded by the complete term or expression, except when it is a common measurement.

Length, height, weight and volume measures should be quoted in the metric system (meter, kilogram, liter) or their multiples or sub-multiples. Temperature, in degrees Celsius. Blood pressure, in millimeters of mercury. Abbreviations and symbols must follow international standards.

Acknowledgements should be in a separate paragraph, placed before the bibliography.

5. SUBMITTAL OF MANUSCRIPTS

Manuscripts must be accompanied by a cover letter containing the names of the authors, address for correspondence, e-mail, telephone and fax numbers, a declaration of collaboration in the work and the transfer of copyright to REME.

(Samples are available at: www.enf.ufmg.br/remephp)

For manuscripts resulting from research involving human beings, there should be a copy of approval by the ethics committee recognized by the National Ethics Committee for Research (CONEP), according to the norms of the National Health Council – CNS 196/96.

Manuscripts that received financial support need to have it clearly identified.

The author(s) must sign and send the Responsibility Agreement and Copyright Transfer Agreement and also a statement informing that there are no personal, commercial, academic, political or financial interests on the manuscript.

Manuscripts should be sent to:

ATT/REME- Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Av. Alfredo Balena, 190, Sala 104 - Bloco Norte

CEP: 30130-100 - Belo Horizonte/MG – Brasil

E-mail: reme@enf.ufmg.br

6. EDITORS RESPONSIBILITY

Further issues will be decided by the Editorial Council.

REME is not responsible for the opinions stated in articles.

(September version, 2007)

REME – REVISTA DE ENFERMERÍA DEL ESTADO DE MINAS GERAIS INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

1 – SOBRE LA MISIÓN DE LA REVISTA REME

REME - Revista de Enfermería de Minas Gerais - es una publicación trimestral de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais - UFMG - conjuntamente con Facultades, Escuelas y Cursos de Graduación en Enfermería del Estado de Minas Gerais; Escuela de Enfermería Wenceslao Braz; Fundación de Enseñanza Superior de Passos; Centro Universitario del Este de Minas Gerais; Facultad de Enfermería de la Universidad Federal de Juiz de Fora - UFJF. Su publicación trimestral tiene la finalidad de contribuir a la producción, divulgación y utilización del conocimiento generado en enfermería y áreas correlacionadas, incluyendo también temas de educación, investigación y atención a la salud.

2 - SOBRE LAS SECCIONES DE REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, tiene la siguiente estructura:

Editorial: considera temas de relevancia del contexto científico, académico y político social;

Investigación: incluye artículos con enfoque metodológico cualitativo y cuantitativo, originales e inéditos que contribuyan a la construcción del conocimiento en enfermería y áreas correlacionadas;

Revisión teórica: evaluaciones críticas y ordenadas de la literatura sobre temas de importancia para enfermería y áreas correlacionadas;

Relatos de experiencias: descripciones de intervenciones que incluyen atención en salud y educación;

Artículos reflexivos: textos de especial relevancia que aportan al pensamiento en Enfermería y Salud;

Normas de publicación: instrucciones a los autores sobre la presentación física de los manuscritos en los idiomas portugués, inglés y español.

3 - SOBRE CÓMO SE JUZGAN LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos recibidos son analizados por el Cuerpo Editorial de la REME, que se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos sometidos. El proceso de revisión – paper review – consta de las siguientes etapas en las cuales los manuscritos son:

a) protocolados, registrados en base de datos para control;

b) evaluados según su presentación física – revisión inicial en cuanto a estándares mínimos de exigencias de la R.E.M.E (cubierta con identificación de los autores y títulos del trabajo) y documentación; el manuscrito puede devolverse al autor para que lo adapte a las normas antes de enviarlo a los consultores;

c) enviados al Editor General que indica el Editor Asociado que será el responsable por designar dos consultores de conformidad con el área.

d) remitidos a dos revisores especialistas en el área pertinente, mantenidos en anonimato, seleccionados de un registro de revisores, sin identificación de los autores ni del lugar de origen del manuscrito. Los revisores siempre pertenecen a instituciones diferentes de aquella de origen del autor del manuscrito;

e) después de recibir los dos pareceres, el Editor General y el Director Ejecutivo los evalúan y optan por la aceptación del artículo sin modificaciones, por su rechazo o por su devolución a los autores con sugerencias de modificaciones. El Editor General y/o el Director Ejecutivo, a cargo de la aprobación final, siempre analizan todas las versiones.

4 - SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

4.1 Presentación gráfica

Los manuscritos deberán enviarse grabados en disquete o CD-ROM, programa "Word for Windows", versión 6.0 ó superior, letra "Times New Roman", estilo normal, tamaño 12, digitalizados en espacio 1,5 entre líneas, en dos copias impresas en papel estándar ISO A4 (212x 297mm), con márgenes de 2,5cm, modelo A4, limitándose a 20 carillas incluyendo páginas preliminares, texto, agradecimientos, referencias, tablas, notas e ilustraciones. – REME – Rev. Min. Enf.; 11(1): 99-107, jan/mar, 2007 106

4.2 Las partes de los manuscritos

Los manuscritos deberán tener la siguiente estructura y orden, cuando fuere pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título y subtítulo en idiomas portugués, inglés y español; **Autor(es)**- nombre completo, profesión, título, cargo, función e institución; dirección postal y electrónica del autor responsable para correspondencia; **Indicación de la categoría del artículo:** investigación, revisión teórica, relato de experiencia, artículo reflexivo/ensayo.

Página 2: Título del artículo en portugués; **Resumen** y palabras clave. Las palabras clave (de tres a seis) deberán indicarse en conformidad con el DECS – Descriptores en ciencias de la salud /BIREME), disponible en: <http://decs.bvs.br/>.

El resumen deberá constar de hasta 250 palabras, con espacio simple en letra de tamaño 10.

Página 3: a partir de esta página se presentará el contenido del manuscrito precedido del **título en portugués** que incluye:

b) Texto: - introducción;

- desarrollo (material y método o descripción de la metodología, resultados, discusión y/o comentarios);

- conclusiones o consideraciones finales;

c) Agradecimientos (opcional);

d) Referencias como se especifica en el punto 4.3;

e) Anexos, si fuere necesario.

4.3 Sobre la normalización de los manuscritos:

Para efectos de normalización se adoptarán los Requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma se encuentra de forma integral en las siguientes direcciones:

En portugués: <http://www.bu.ufsc.br/bsccsm/vancouver.html>

En español: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formación/vancouver.htm>

En inglés: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html >

Las **referencias** deberán enumerarse consecutivamente siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto. Las **citaciones en el texto** deberán indicarse con número arábigo, entre paréntesis, sobrescrito, correspondiente a las referencias al final del artículo.

Los **títulos de las revistas** deberán abreviarse de acuerdo al "Journals Database" Medline/Pubmed, disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> o al CCN – Catálogo Colectivo Nacional, del IBICT- Instituto Brasileiro de Informação em Ciência y Tología, disponible en: <<http://www.ibict.br>>

Las **ilustraciones** deberán presentarse en blanco y negro luego después de su referencia, en conformidad con la norma de presentación tabular del IBGE, 3ª ed., 1993. Dentro de cada categoría deberán enumerarse en secuencia durante el texto. Por ej.: (TAB.1, FIG.1, GRAF.1). Cada ilustración deberá tener un título e indicar la fuente de donde procede. Encabezamientos y leyendas deberán ser lo suficientemente claros y comprensibles a fin de que no haya necesidad de recurrir al texto. Las referencias e ilustraciones en el texto deberán mencionarse entre paréntesis, con indicación de categoría y número de la ilustración. Por ej.: (TAB.1).

Las **abreviaturas, cantidades, símbolos y unidades** deberán seguir las Normas Internacionales de Publicación. Al emplear por primera vez una abreviatura ésta debe estar precedida del término o expresión completos, salvo cuando se trate de una unidad de medida común.

Las **medidas de longitud, altura, peso y volumen** deberán expresarse en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilo, litro) o sus múltiplos y submúltiplos; las temperaturas en grados Celsius; los valores de presión arterial en milímetros de mercurio. Las abreviaturas y símbolos deberán seguir los estándares internacionales.

Los **agradecimientos** deberán figurar en un párrafo separado, antes de las referencias.

5 - SOBRE EL ENVÍO DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán enviarse juntamente con el oficio de envío, nombre de los autores, dirección postal, dirección electrónica y fax así como de la declaración de colaboración en la realización del trabajo y autorización de transferencia de los derechos de autor para la revista REME (Modelo disponible en: www.enf.ufmg.br/remephp)

Para los manuscritos resultados de trabajos de investigación que involucren seres humanos deberá enviarse una copia de aprobación emitida por el Comité de Ética reconocido por la Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) - Comisión Nacional de Ética en Investigación, en conformidad con las normas de la resolución del Consejo Nacional de Salud – CNS 196/96. - REME – Rev. Min. Enf.;11(1):99-107, jan/mar,2007 - 107

Para los manuscritos resultantes de trabajos de investigación que hubieran recibido algún tipo de apoyo financiero, el mismo deberá constar, claramente identificado, en el propio manuscrito. El autor o los autores también deberán declarar, juntamente con la autorización de transferencia del derecho de autor, no tener interés personal, comercial, académico, político o financiero en dicho manuscrito.

Los manuscritos deberán enviarse a:

At/REME – Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Av. Alfredo Balena, 190, Sala 104, Bloco Norte

CEP 30130- 100 - Belo Horizonte/ MG – Brasil

6 - SOBRE LA RESPONSABILIDAD EDITORIAL

Los casos omisos serán resueltos por el Consejo Editorial.

REME no se hace responsable de las opiniones emitidas en los artículos.

(Versión del 12 de septiembre de 2007)



Revista Mineira de Enfermagem
Nursing Journal of Minas Gerais
Revista de Enfermería de Minas Gerais

reme

FORMULÁRIO PARA ASSINATURA DA REME

ASSINATURA ANUAL | ANNUAL SUBSCRIPTION | SUSCRIPCIÓN ANUAL

Periodicidade Trimestral | Every Quarter | Periodicidad Trimestral

Nome/Name/ Nombre ou Instituição assinante: _____

Endereço / Address / Dirección: _____

Cidade / City / Ciudad: _____ País / Country / Pais: _____

UF / State / Provincia: _____ CEP / Zip Code / Código Postal: _____

Tel. / Phone / Tel.: _____ Fax: _____ Celular / Cell Phone / Cellular: _____

E-mail: _____

Categoria Profissional / Occupation / Profesión: _____

Data / Date / Fecha: ____/____/____

Assinatura / Signature / Firma: _____

Encaminhar este Formulário de Assinatura acompanhado do comprovante de depósito bancário,
por fax (31 3409-9876) ou e-mail (reme@enf.ufmg.br)

Send your subscription to:

Enviar la inscripción a:

Dados para depósito:

BANCO DO BRASIL

Agência / Branch Number / Sucursal Número: 1615-2

Conta / Bank Account / Cuenta de Banco: 480109-1

Código identificador/ Identification code/ Clave de identificación: 4828011

Valores Anuais:

Individual: R\$100,00 () US\$80,00 ()

Institucional: R\$150,00 () US\$100,00 ()

ESCOLA DE ENFERMAGEM - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REME – Revista Mineira de Enfermagem

Av. Alfredo Balena, 190 - sala 104 - Bloco Norte

Campus Saúde, Bairro Santa Efigênia

CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - MG - Brasil

Telefax: +55 (31) 3409-9876

HOME PAGE: www.enf.ufmg.br/reme.php

