

CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP Volume 2 Número 2 p. 114-230 julho/dezembro 2008 Semestral

EDITOR

Faculdades Integradas Padre Albino

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe

Virtude Maria Soler

Editores

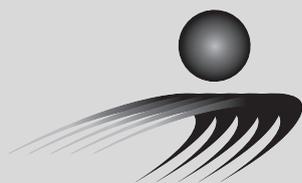
Ilza dos Passos Zborowski

Luciana Bernardo Miotto

Maria Regina Lourenço Jabur

Bibliotecária e Assessora Técnica

Marisa Centurion Stuchi



Faculdades Integradas Padre Albino

*Mantidas pela Fundação Padre Albino
Autorizadas pela Portaria MEC/SESu no 301, de 11/04/2007*

Av. São Vicente de Paulo, 1455
Parque Iracema
Catanduva SP
CEP. 15809-145
Telefone (17)3531-3228
E-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br



FUNDAÇÃO PADRE ALBINO

Conselho de Curadores

Presidente: Padre Sylvio Fernando Ferreira

Diretoria Administrativa

Presidente: Olegário Braido

Núcleo Gestor de Educação

Antonio Carlos de Araújo

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO (FIPA)

Diretor Geral: Nelson Jimenes

Vice Diretor: Antônio Hércules

Coordenadora Pedagógica:

Dulce Maria Silva Vendruscolo

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora de Graduação:

Dircelene Jussara Sperandio



NÚCLEO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS

Coordenador: Marino Cattalini

Luciana Bernardo Miotto

Virtude Maria Soler

Marisa Centurion Stuchi

Antonio Marcio Paschoal

CONSELHO CIENTÍFICO

Anamaria Alves Napoleão – Enfermeira – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar - SP

Cristina Arreguy-Sena – Enfermeira - Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – MG

Dircelene Jussara Sperandio – Enfermeira - Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva - SP

Dulce Maria Silva Vendruscolo – Enfermeira – Faculdades Integradas Padre Albino - FIPA, Catanduva – SP

Helena Megumi Sonobe – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP

Izabel Amélia Costa Mendes - Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP

Isabel Cristina Belasco Bento – Enfermeira – Faculdades Integradas de Bebedouro – FAFIBE - SP

Jane Cristina Anders – Enfermeira – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Santa Catarina - SC

Josimerci Ittavo Lamana Faria – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP - SP

Lúcia Marta Giunta da Silva – Enfermeira – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) – Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo - SP

Lucieli Dias Pedreschi Chaves – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP

Magda Fabbri Isaac Silva – Enfermeira – Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – HCFM-USP – SP

Manoel Santos – Psicólogo – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – SP

Manzêlio Cavazzani Júnior – Biólogo - Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva – SP

Márcia Bucchi Alencastre – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal – SP

Maria Auxiliadora Trevizan - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – SP

Maria Cristina de Moura-Ferreira – Enfermeira – Faculdade de Medicina da Universidade de Uberlândia – FAMED - FMU - MG

Maria de Fátima Farinha Martins Furlan – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP - SP

Maria Helena Larcher Caliri - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP

Maria José Bistafa Pereira - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP

Maria Luiza Nunes Mamede Rosa – Farmacêutica e Bioquímica – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva – SP

Maria Tereza Cuamatzi Peña - Enfermeira – Facultad de Estudios Superiores Zaragoza da Universidad Nacional Autónoma de México – México

Marisa Almeida Silva – Enfermeira – Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador – BA.

Margarida Maria da Silva Vieira – Enfermeira - Universidade Católica Portuguesa – Porto - Portugal

Marli Villela Mamede - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP

Mary Elizabeth Santana – Enfermeira – Universidade Federal do Pará - UFPA – Belém do Pará – PA

Myeko Hayashida - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP

Rosemary Aparecida Garcia Stuchi – Enfermeira – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina – MG

Simone Perufo Opitz – Enfermeira – Universidade Federal do Acre - UFAC – AC.

Sinval Avelino dos Santos – Enfermeiro - Universidade Paulista – UNIP, Ribeirão Preto – SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal – SP

Yolanda Dora Martinez Évora – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP

A **CuidArte Enfermagem** é uma publicação com periodicidade semestral, editada pelo Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino.

C966 CuidArte enfermagem / Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem. -- Vol. 2, n. 2 (jul./dez.2008) - . - Catanduva : Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Enfermagem, 2007-
v. : il. ; 27 cm

Semestral.
ISSN 1982-1166

1. Enfermagem - periódico. I. Faculdades Integradas Padre Albino. Curso de Enfermagem.

CDD 610.73

- Os artigos publicados na **CuidArte Enfermagem** são de inteira responsabilidade dos autores.
- É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte
- Capa: Ato Comunicação
- Impressão deste periódico: Ramon Nobalbos - Gráfica e Editora Ltda.
- Início de circulação: dezembro de 2007 / *Circulation start: December 2007*
- Data de impressão: dezembro de 2008 / *Printing date: December 2008*

SUMÁRIO / SUMMARY / CONTENIDO

EDITORIAL

Ilza dos Passos Zborowski

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

COMPETÊNCIA EM LIDERANÇA E CLIMA ORGANIZACIONAL

COMPETENCY IN LEADERSHIP AND ORGANIZATIONAL ENVIRONMENT

CAPACIDAD EN LIDERAZGO Y CLIMA ORGANIZACIONAL

Maria Regina Lourenço Jabur, Maria Auxiliadora Trevizan, Gilberto Tadeu Shinyashiki 126

SONO E REPOUSO: REALIDADE DE UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

SLEEP AND REPOSE: REALITY OF HOSPITALIZED ELDERLY PEOPLE

SUEÑO Y REPOSO: REALIDAD DE UNA POBLACIÓN DE ANCIANOS HOSPITALIZADOS

Flávia Alexandra Piovezan Leite, Virtude Maria Soler 134

AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE: PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ENFERMAGEM

BREASTFEEDING AND FEEDING OF INFANTS: A PROPOSAL OF AN INSTRUMENT OF DIAGNOSTIC IDENTIFICATION IN NURSING

LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE: PROPUESTA DE UN INSTRUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA EN ENFERMERÍA

Benedita de Fátima Oliveira Silva, Bruna Maria Menegusso, Kemely Zaniboni Felice, Simone Roque Mazoni 144

TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV EM UMA CIDADE DO INTERIOR PAULISTA E REGIÃO NO PERÍODO DE 2004 A 2008

HIV VERTICAL TRANSMISSION IN A CITY IN THE INTERIOR OF THE STATE OF SÃO PAULO AND REGION IN THE PERIOD FROM 2004 TO 2008

TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VÍRUS VIH EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR PAULISTA Y REGIÓN EN EL PERÍODO DE 2004 A 2008

Juliana Brocco Paião, Dayane Telini, Fabricia de Cássia Presente, Maria Claudia Parro, Dulce Maria Silva Vendruscolo 152

O CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE UMA ESCOLA DA REDE ESTADUAL DO NOROESTE PAULISTA SOBRE A HEPATITE B

THE KNOWLEDGE OF STUDENTS OF A PUBLIC STATE SCHOOL IN THE NORTHWEST OF THE STATE OF SAO PAULO ABOUT HEPATITIS B

EL CONOCIMIENTO DE ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE LA RED ESTADUAL DEL NOROESTE PAULISTA SOBRE LA HEPATITIS B

Claudia de Fátima Gonçalves, Renata Prado Bereta, Vanessa Cristina Romano, Antônia de Fátima Zanchetta Serradilha, Nilza Gomes de Souza 159

ALEITAMENTO MATERNO EM UM AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NO NOROESTE PAULISTA

BREASTFEEDING IN A GYNECOLOGICAL AMBULATORY AND OBSTETRICS IN NORTHWEST OF THE STATE OF SÃO PAULO

LACTANCIA EN UN AMBULATORIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN EL NOROESTE PAULISTA

Franciele Catarucci, Fernanda Mayra Leoncini, Monise Boseli, Denise Gonzalez Stellutti Faria 164

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO / UPDATING ARTICLE OR DIFUSION / ARTÍCULO DE ACTUALIZACIÓN O DIVULGACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – ESTRUTURA TAXONÔMICA II DA NANDA E VALIDAÇÃO DIAGNÓSTICA

NURSING DIAGNOSIS – NANDA TAXONOMY STRUCTURE II AND DIAGNOSTIC VALIDATION

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA – ESTRUCTURA TAXONÓMICA II DE NANDA Y VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA

Janaína Ornelas Thomazini, Maria Cristina de Moura-Ferreira, Sabrina Ornelas 172

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISE DOS CONCEITOS À LUZ DA TEORIA DE WALKER E AVANT

PALLIATIVE CARE: ANALYSE IN ACCORDANCE WITH THE METHODOLOGY OF WALKER AND AVANT

CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISIS DE CONCEPTO DE ACUERDO CON LA METODOLOGÍA DE WALKER Y DE AVANT

Ana Carla Gonçalves, Andréa Silva, Cláudia Chalin, Hernâni Cabral, Luís Filipe Ricarte, Tânia Machado 184

ESQUIZOFRENIA: PERSPECTIVA HISTÓRICA E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SCHIZOPHRENIA: HISTORICAL PERSPECTIVE AND NURSING ASSISTANCE

ESQUIZOFRENIA: PERSPECTIVA HISTÓRICA Y ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Gisele de Oliveira Lobo, Tatiani Cristina Mattioli, Sinval Avelino dos Santos 192

ACONSELHAMENTO GENÉTICO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO

GENETIC COUNSELING IN NURSING: A REVIEW

EL CONSEJO GENÉTICO EN ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN

Franciele Córdoba Peres, Maria Paula da Costa Menezes, Nathália Kasuie Berrance Matsumura, Carina Tatiana Giunco 204

AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

BREASTFEEDING IN THE FIRST HOUR OF LIFE: A BIBLIOGRAPHY REVIEW

LACTANCIA EN LA PRIMERA HORA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Mayra Reis Pedroso, Denise Gonzalez Stellutti Faria, Zaida Aurora Sperli Gerales Soler 212

ESPAÇO ACADÊMICO / ACADEMIC SPACE / ESPACIO ACADÉMICO

CONHECIMENTO DOS PACIENTES SOBRE A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

KNOWLEDGE OF PATIENTS ABOUT THE HEART FAILURE

CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMOS SOBRE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Nayra de Oliveira Duarte, Rosamary Aparecida Garcia Stuchi 222

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

PUBLICATION RULES 228

Editorial

Ilza dos Passos Zborowski¹

A enfermagem, na sua prática, tem utilizado o conhecimento científico produzido como uma das estratégias para contribuir na promoção da saúde dos indivíduos e comunidades.

Para a construção do conhecimento, na área da saúde, faz-se necessário compartilhar os resultados obtidos através de pesquisas científicas, especialmente por meio da prática baseada em evidências. Desta forma é possível melhorar a assistência prestada ao paciente e aproximar-se do cuidado holístico.

Nesta perspectiva, é que a Revista *CuidArte Enfermagem*, em seu segundo ano de existência, vem apresentar à comunidade científica a sua terceira publicação. O Conselho Científico tem recebido trabalhos com temas diversificados e, através de uma análise criteriosa e respeitosa a cada autor, tem trabalhado para disponibilizar em cada um de seus exemplares tais contribuições.

A Revista *CuidArte Enfermagem* tem construído a sua história e proporcionado aos seus colaboradores um periódico de credibilidade e relevância científica. Sua divulgação tem ocorrido em faculdades, universidades, centros de pesquisa, bibliotecas e congressos da área da saúde.

Neste número, a Revista *CuidArte Enfermagem* traz doze artigos: seis originais, quatro de revisão, um de atualização e um espaço acadêmico. Entre os artigos originais, há um estudo quase-experimental que aborda a competência em liderança e o clima organizacional. O objetivo foi avaliar a aplicação de um programa de liderança ministrado a um grupo de enfermeiros gerentes de Unidades Básicas de Saúde, cujos resultados evidenciaram um aumento na média dos fatores que compõem o clima organizacional, na unidade em que o programa foi implementado.

Indivíduos idosos podem apresentar alterações de sono e repouso durante a hospitalização, tema de outro artigo publicado neste número da *CuidArte Enfermagem*. Os resultados do estudo mostram, entre outros aspectos, as mudanças que ocorrem do ambiente domiciliar para o hospitalar e reiteram a importância do enfermeiro dominar conhecimentos e se aprimorar nessa área, visando melhorar a assistência de enfermagem a essa clientela durante a internação.

O próximo artigo descreve as causas da transmissão vertical do vírus HIV em uma cidade do interior paulista e região, num período de quatro anos. Conclui que a terapia anti-retroviral durante a gestação e o seguimento em longo prazo do recém-nascido de mães portadoras do vírus constituem estratégias eficazes para a prevenção vertical do HIV na infância. O enfermeiro, nestes centros especializados, desempenha importante papel nas medidas de controle destas crianças no que se refere ao risco de infecção pelo vírus.

É importante propor instrumentos que identifiquem diagnósticos de enfermagem. Quanto ao padrão de amamentação e alimentação do lactente, a Revista apresenta um artigo feito com base em um estudo descritivo prospectivo. Foi realizada a validação aparente e de conteúdo do instrumento de identificação diagnóstica em enfermagem, com base nas características definidoras da NANDA 2007-2008.

¹ Doutora em Enfermagem. Docente das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), no Curso de Enfermagem, Catanduva – SP. Contato: ilzapz@terra.com.br

A seguir, um artigo sobre o conhecimento de adolescentes do ensino médio sobre a hepatite B apresenta evidências quanto ao desconhecimento dos jovens sobre a patologia, apesar do grande interesse demonstrado pelo assunto.

Quanto à prática do aleitamento materno, foi realizado um estudo com o objetivo de verificar se um grupo de puérperas, atendidas em um ambulatório de ginecologia e obstetrícia do noroeste paulista, recebeu orientações sobre o aleitamento materno no pré-natal e no hospital onde o bebê nasceu. A pesquisa também procurou identificar os fatores de risco que poderiam levar ao desmame precoce.

Na seção artigos de atualização, um estudo sobre a Taxonomia II da NANDA e a validação diagnóstica ressalta a importância do processo e dos diagnósticos de enfermagem, destacando a necessidade de mais pesquisas nessa área.

Em relação aos artigos de revisão, vários temas são abordados: primeiramente, uma contribuição de pesquisadores portugueses sobre o conceito de cuidados paliativos, expresso na literatura de enfermagem, à luz da metodologia tradicional de Walker e Avant. Em seguida, a evolução da enfermagem psiquiátrica, com foco na esquizofrenia e na assistência de enfermagem, sob uma perspectiva histórica. O tema do aconselhamento genético também é contemplado, destacando a importância da participação do enfermeiro no processo. Por fim, um artigo de revisão que aborda o quarto passo das diretrizes do Ministério da Saúde para o sucesso do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido.

Na sessão espaço acadêmico outro tema de grande relevância na atualidade, a insuficiência cardíaca, responsável por um grande número de internações hospitalares, está presente em um estudo sobre o conhecimento de uma população de indivíduos adultos sobre a doença.

Os membros do Conselho Editorial objetivam com os artigos apresentados contribuir para disseminar o conhecimento na área de saúde, especialmente na enfermagem, e estimular o desenvolvimento de novas pesquisas.

Editorial

Ilza dos Passos Zborowski¹

Nursing, in its practice, has been using the produced scientific knowledge as one of the strategies to contribute with the promotion of individual and communities' health.

In order to form the knowledge in health area, it is necessary to share the obtained results through scientific research, especially through practice based on evidences. This way, it's possible to improve the patient's assistance, and go near the holistic care.

Having this perspective, CuidArte Enfermagem Magazine, in its second year of existence, comes to present to the scientific community its third publication. The Scientific Council has been receiving several works with different issues, and through a very criterious and respectful to the authors analysis, has been working to make available, in each of its issues, such contributions.

CuidArte Enfermagem Magazine has been establishing its history, and offering its contributors a periodic with credibility and scientific relevance. Its divulgation occurs in colleges, universities, research centers, libraries, and health congresses.

In the present issue, CuidArte Enfermagem Magazine has 12 articles: 6 original articles, 4 reviewed articles, 1 updated article and 1 academic space. Among the original articles, there is a *quasi*-experimental study which approaches the leadership competence and the organizational environment. The objective was to evaluate the application of a leadership program on a group of nurse managers of Health Basic Unities, whose results evidenced an increase in the average of factors which compose the organizational environment, in the unity in which the program has been implemented.

Elders can present sleep and rest alterations during the period of time in hospital – this is the issue of another article published in this edition of CuidArte Enfermagem Magazine. The results of this study demonstrated, among other aspects, the changes that elder patients feel when in hospital compared when at home, and reinforce the importance of the nurses have the knowledge, and hone their skills in this area, in order to improve the nursing assistance of these patients when in hospital.

The next article describes the causes of HIV-vertical transmission in a city of the interior of the State of Sao Paulo and region, in the period of 4 years. It is concluded that the anti-retroviral therapy during the pregnancy and the follow-up program in long term of new born babies of HIV-carrying mothers are efficient strategies in order to prevent from HIV-vertical contamination during childhood. The nurse, in these specialized centers, performs important rules related to the control measures of these children concerning the risk of infection by the virus.

It is important to propose instruments which identify nursing diagnoses. Related to the breastfeeding and feeding of infants, the Magazine presents an article accomplished based on a descriptive prospective study. It was accomplished the apparent and content validation of the instrument of nursing diagnostic identification, based on the characteristics defined by NANDA 2007-2008.

¹ Doutora em Enfermagem. Docente das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), no Curso de Enfermagem, Catanduva – SP. Contato: ilzapz@terra.com.br

Next, an article about the knowledge of high school adolescents about hepatitis B presents evidences about the unawareness of adolescents about the pathology, despite the great interest in the issue.

Concerning breastfeeding, a study was accomplished having as objective to verify if a group of mothers, having assistance in a gynecologic and obstetrics ambulatory in the northwest of the state of Sao Paulo, received orientations about breastfeeding in the prenatal period, and at the hospital where the baby was born. The research also tried to identify the risk factors which could lead to precocious weaning.

In the section of updated articles, a study about the Taxonomy II of NANDA and the diagnostic validation reinforces the importance of nursing process and diagnostics, highlighting the necessity of more researches in this area.

Concerning the reviewed articles, several issues are discussed: firstly, a contribution of Portuguese researchers about the concept of palliative cares, expressed in nursing bibliography, based on Walker and Avant's traditional methodology. Next, the evolution of psychiatric nursing, focused on schizophrenia and the nursing assistance, from a historical perspective. And finally, a reviewed article about the Fourth Step of the guidelines of the Health Ministry to successful breastfeeding in the first hour of life of the new born baby.

In the session academic space other very relevant theme nowadays, the heart failure, responsible by a huge number of inpatients, is present in a study about the knowledge of an adults population about the disease.

Members of the Editorial Council lens with the presented articles contribute to spread the knowledge in the health area, especially in nursing, and may also stimulate the development of new researches.

Editorial

Ilza dos Passos Zborowski¹

La enfermería, en su práctica, ha utilizado el conocimiento científico producido como una de las estrategias para contribuir en la promoción de la salud de los individuos y comunidades.

Para la construcción del conocimiento, en el área de la salud, es necesario compartir los resultados obtenidos a través de investigaciones científicas, especialmente por medio de la práctica basada en evidencias. De esta forma es posible mejorar la atención prestada al paciente y aproximarse al cuidado holístico.

En esta perspectiva, es que la Revista *CuidArte Enfermagem*, en su segundo año de existencia, viene a presentar a la comunidad científica su tercera publicación. El Consejo Científico ha recibido trabajos con temas diversificados y a través de un análisis criterioso y respetuoso a cada autor, ha trabajado para disponibilizar en cada uno de sus ejemplares tales contribuciones.

La Revista *CuidArte Enfermagem* ha construido su historia y proporcionado a sus colaboradores una revista de credibilidad y relevancia científica. Su divulgación ha ocurrido en facultades, universidades, centros de investigación, bibliotecas y congresos del área de la salud.

En este número, la Revista *CuidArte Enfermagem* trae doce artículos: seis originales, cuatro de revisión, uno de actualización y uno espacio académico. Entre los artículos originales, hay un estudio casi experimental que abarca la competencia en liderazgo y en el clima organizacional. El objetivo ha sido evaluar la aplicación de un programa de liderazgo ministrado a un grupo de enfermeros gerentes de Unidades Básicas de Salud, cuyos resultados han evidenciado un aumento en el promedio de los factores que componen el clima organizacional, en la unidad en que el programa ha sido implementado.

Ancianos pueden presentar alteraciones de sueño y reposo durante la hospitalización, tema de otro artículo publicado en este número de la *CuidArte Enfermagem*. Los resultados del estudio muestran, entre otros aspectos, los cambios que ocurren del ambiente domiciliario para el hospitalario y reiteran la importancia del enfermero dominar conocimientos y perfeccionarse en el área, con el objetivo de mejorar la asistencia de enfermería a esa clientela durante la internación.

El próximo artículo describe las causas de la transmisión vertical del virus VIH en una ciudad del interior paulista y región, en un período de cuatro años. Se ha concluido que la terapia antiretroviral durante la gestación y el seguimiento a largo plazo del recién nacido de madres portadoras del virus constituyen estrategias eficaces para la prevención vertical del VIH en la niñez. El enfermero, en estos centros especializados, desempeña importante papel en las medidas de control de estos niños en lo que se refiere al riesgo de infección por el virus.

Es importante proponer instrumentos que identifiquen diagnósticos de enfermería. En cuanto al patrón de lactancia y alimentación del lactante, la Revista presenta un artículo hecho con base en un estudio descriptivo prospectivo. Se ha realizado la validación aparente y de contenido del instrumento de identificación diagnóstica en enfermería, con base en las características definidoras de la NANDA 2007-2008.

¹ Doutora em Enfermagem. Docente das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), no Curso de Enfermagem, Catanduva – SP. Contato: ilzapz@terra.com.br

A seguir, un artículo sobre el conocimiento de adolescentes de la enseñanza secundaria sobre la hepatitis B presenta evidencias en cuanto al desconocimiento de los jóvenes sobre la patología, a pesar del gran interés demostrado por el asunto.

En cuanto a la práctica de la lactancia materna, se ha realizado un estudio con el objetivo de averiguar si un grupo de puérperas, atendidas en un ambulatorio de ginecología y obstetricia del noroeste paulista, ha recibido orientaciones sobre la lactancia materna en el prenatal y en el hospital donde el bebé nació. La investigación también buscó identificar los factores de riesgo que podrían llevar al destete precoz.

En la sección artículos de actualización, un estudio sobre la Taxonomía II de la NANDA y la validación diagnóstica resalta la importancia del proceso y de los diagnósticos de enfermería, destacando la necesidad de más investigaciones en el área.

En relación a los artículos de revisión, se abarcan varios temas: primeramente, una contribución de investigadores portugueses sobre el concepto de cuidados paliativos, expreso en la literatura de enfermería, a la luz de la metodología tradicional de Walker y Avant. Enseguida, la evolución de la enfermería psiquiátrica, con foco en la esquizofrenia y en la asistencia de enfermería, bajo una perspectiva histórica. El tema del aconsejamiento genético también es contemplado, destacando la importancia de la participación del enfermero en el proceso. Por fin, un artículo de revisión que abarca el cuarto paso de las directrices del Ministerio de la Salud para el éxito de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido.

En la sesión el espacio académico otro tema de gran relevancia en la actualidad, la insuficiencia cardiaca, responsable por un gran número de internaciones hospitalarias, está presente en un estudio sobre el conocimiento de una población de adultos sobre la enfermedad.

Los miembros del Consejo Editorial objetivam que los artículos presentados puedan contribuir para diseminar el conocimiento en el área de salud, especialmente en la enfermería, y estimular el desarrollo de nuevas investigaciones.



Fonte: <http://www.masp.art.br/servicoeducativo/assessoriaaoprofessor-abr07.jpg>

Artigos Originais

COMPETÊNCIA EM LIDERANÇA E CLIMA ORGANIZACIONAL

COMPETENCY IN LEADERSHIP AND ORGANIZATIONAL ENVIRONMENT

CAPACIDAD EN LIDERAZGO Y CLIMA ORGANIZACIONAL

Maria Regina Lourenço Jabur*, Maria Auxiliadora Trevizan**, Gilberto Tadeu Shinyashiki***

Resumo

Esta investigação teve como propósito identificar o impacto do desenvolvimento da competência em liderança na efetividade de organizações de saúde gerenciadas por enfermeiros. Como objetivo específico pretendeu-se avaliar a efetividade do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família através do indicador de satisfação do funcionário (clima organizacional), antes e após o desenvolvimento do programa em liderança. A metodologia utilizada foi do tipo quase-experimental. Os sujeitos do estudo foram divididos, aleatoriamente, em dois grupos, experimental e controle, e cada grupo foi constituído por seis enfermeiros-gerentes, totalizando doze sujeitos. Visando desenvolver competências em liderança, foi elaborado e aplicado um programa específico para seis enfermeiros-gerentes que fizeram parte do grupo experimental. O impacto do programa foi avaliado através do indicador de satisfação do funcionário, mensurado pelo clima organizacional, antes e após quatro meses da implantação, nos grupos experimental e controle. Pode-se constatar que os fatores que compõem o clima organizacional apresentaram aumento em suas médias após o desenvolvimento do programa em liderança, mas este aumento não teve significância estatística. Os indicadores demográficos se refletiram mais no clima organizacional do que o desenvolvimento em liderança.

Palavras-chave: Liderança. Gerenciamento. Enfermeiro-gerente. Clima organizacional.

Abstract

This investigation had as objective to identify the impact of development of competency in leadership in effectiveness of health organizations managed by nurses. As specific objective, it was intended to evaluate the effectiveness of the work at the Health Basic Unities and at the Familiar Health Unities through indicator of satisfaction of the employee (organizational environment) before and after the development of the leadership program. The methodology used was quasi-experimental. The subjects of study were randomly separated into two groups: experimental and control groups, and each group was constituted by six nurse managers, being then twelve professionals studied. In order to develop the competencies in leadership, a specific program has been elaborated and applied for six nurse managers who participated in experimental group. The impact of the program was evaluated using the indicator of satisfaction of the employee, measured by the organizational environment, before and after four months of the implementation of the program, in the experimental and control groups. It can be noticed that the factors which compose the organizational environment presented a raise of their averages, after the development of the leadership program, but this raise was not statistically significant. The demographical indicators had more influences when compared with the development in leadership.

Keywords: Leadership. Management. Nurse managers. Organizational environment.

Resumen

Esta investigación ha tenido como propósito identificar el impacto del desarrollo de la competencia en liderazgo en la efectividad de organizaciones de salud gerenciadas por enfermeros. Como objetivo específico se ha pretendido evaluar la efectividad del trabajo en las Unidades Básicas de Salud y Unidades de Salud de la Familia a través del indicador de satisfacción del funcionario (clima organizacional), antes y después del desarrollo del programa en liderazgo. La metodología utilizada ha sido del tipo casi experimental. Los sujetos del estudio se han dividido, aleatoriamente, en dos grupos, experimental y control, y cada grupo se ha constituido por seis enfermeros gerentes, totalizando doce sujetos. Objetivando desarrollar competencias en liderazgo, se ha elaborado y aplicado un programa específico para seis enfermeros gerentes que han participado del grupo experimental. El impacto del programa se ha evaluado a través del indicador de satisfacción del funcionario, mensurado por el clima organizacional, antes y después de cuatro meses de la implantación, en los grupos experimental y control. Es posible constatar que los factores que componen el clima organizacional han presentado aumento en sus promedios, después del desarrollo del programa de liderazgo, pero este aumento no ha tenido significado estadístico. Los indicadores demográficos se han reflejado más en el clima organizacional que el desarrollo en liderazgo.

Palabras clave: Liderazgo. Gerenciamento. Enfermeiro-gerente. Clima organizacional.

* Professora Doutora do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva - SP

** Professora Doutora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

*** Professor Doutor da Faculdade de Administração, Economia e Contabilidade da Universidade de São Paulo (USP), Campus de Ribeirão Preto - SP.

INTRODUÇÃO

Líderes são pessoas comprometidas com seus ideais, que possuem visão de futuro, buscam um aprendizado constante e atraem seguidores em torno de sua visão. Nos momentos de incertezas e mudanças a liderança é imprescindível para o sucesso das organizações. Neste sentido, novos modelos de atenção e de gestão têm demonstrado a necessidade de pesquisas sobre o papel das gerências e o conceito de liderança.¹

Os serviços de saúde, assim como as demais organizações, vêm sofrendo mudanças significativas. O enfermeiro é o profissional que, cada vez mais, assume a gerência dos serviços de saúde, porém realizando um tipo de administração que carrega, ainda, traços de um gerenciamento tradicional, pois suas ações são baseadas em um enfoque burocrático.^{2,3} O gerenciamento em enfermagem precisa ser modificado, e para que isto ocorra, o enfermeiro precisa rever paradigmas. O aprendizado da liderança é um caminho para o exercício de uma gerência mais crítica e estratégica, necessária neste processo de rápidas mudanças. A liderança pode ser aprendida através da combinação de experiências práticas, observação de modelos e programas de treinamentos formais.⁴

O enfermeiro exercita sua liderança nas instituições de saúde, local onde se faz necessária uma reflexão dessa prática. Os gerentes devem estar dispostos a refletir sobre suas experiências, a obter *feedback* e a analisar e modificar seu comportamento.⁵ O enfermeiro, ao assumir cargos gerenciais, tem dificuldade em compartilhar suas atitudes e ações, pois na maioria das vezes não tem com quem fazê-lo.

O treinamento é uma das formas de aprendizado em liderança, mas é necessário verificar se este traz eficácia e eficiência à organização. A eficácia da liderança diz respeito ao sucesso em fazer com que o grupo de trabalho passe à realização de uma meta em comum. Sucesso que pode ser obtido mediante um resultado objetivo ou uma percepção.⁶ A efetividade da liderança nas organizações pode ser mensurada pelo indicador satisfação do funcionário, através do clima organizacional, pois a eficácia da liderança se reflete diretamente no clima organizacional e na satisfação do funcionário servidor.

Clima organizacional pode ser definido como uma percepção da atmosfera e do ambiente da organização,

com implicações na satisfação do trabalho, no desempenho, na interação e no comportamento do grupo.⁷ Clima é uma medida perceptiva, mas sua relação forte com a satisfação no trabalho e a organização enfatiza também sua natureza avaliativa.⁷ O clima pode ser descrito e mensurado em seis distintas dimensões: estrutura, padrões, responsabilidade, reconhecimento, apoio e comprometimento. Existem cinco fatores determinantes de clima: práticas de liderança, arranjos organizacionais (localização física das pessoas, sistema de recompensa, normas e procedimentos), estratégia, ambiente externo e forças históricas. Somente os três primeiros são fatores de controle.⁸

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi identificar o impacto do desenvolvimento da competência em liderança na efetividade de organizações de saúde gerenciadas por enfermeiros. Como objetivo específico pretendeu-se avaliar a efetividade do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família através do indicador de satisfação do funcionário (clima organizacional), antes e após o desenvolvimento do programa em liderança.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa de configuração quase-experimental. No contexto social investigado foram constituídos dois grupos: um grupo experimental e um grupo controle. A pesquisa foi desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, de um município do interior paulista, que possuíam enfermeiros no cargo gerencial.

Os sujeitos foram divididos e separados aleatoriamente por sorteio, de forma pareada fazendo com que as amostras fossem equivalentes, sendo que cada grupo foi constituído por seis enfermeiros-gerentes de unidades com tipo de complexidade de atendimento semelhantes, totalizando doze sujeitos. Todos concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, onde foi aprovado.

O estudo foi dividido por etapas: na primeira, foi aplicado o questionário de mensuração do clima organizacional, utilizando um instrumento com cinquenta questões de autoria de Shinyashiki,⁹ cujas respostas foram dadas através da escala de Likert, com opções que variaram de “concordo totalmente” até “discordo totalmente”. Foi aplicado no mês de novembro de 2003 nos dois grupos, em todas as categorias profissionais que trabalhavam nas unidades de saúde do estudo, etapa correspondente ao pré-teste.

Na segunda etapa foi elaborado e aplicado no grupo experimental um programa de desenvolvimento em liderança, que abrangeu dezesseis horas em grupo e quatro sessões de *coaching*, com duas horas cada uma, totalizando vinte e quatro horas de treinamento por sujeito.

Coaching é um processo complexo e contínuo que envolve a interação entre a pessoa (*coach*) e o gerente, buscando afetar a maneira pela qual o gerente pensa e se comporta. O *coaching* surge como recurso estratégico e oferece uma rota para a liderança, pois pode libertar o potencial latente da liderança nos gestores ou reforçar a liderança existente. As sessões de *coaching* tiveram como ponto de partida o instrumento de autoconhecimento em liderança, elaborado pelos participantes do estudo.

Na terceira e última etapa, foi reaplicado, nos dois grupos, o instrumento de clima organizacional, no mês de julho de 2004, quatro meses após o programa de desenvolvimento em liderança e das sessões de *coaching*. Nesta etapa de coleta, foram obtidos um total de 298 instrumentos respondidos de clima organizacional, também aplicado em todas as categorias profissionais das unidades de saúde do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos enfermeiros-gerentes participantes dos grupos experimental e controle

No grupo experimental, dos seis enfermeiros participantes, 66,7% tinham idade entre 25 a 30 anos; 100% eram do sexo feminino; 66,7% tinham até sete anos de formados; 66,7% estavam no cargo gerencial há dois anos. Segundo a experiência anterior em cargos

gerenciais, 83,3% dos participantes não possuíam experiência em liderança e 83,3% nunca haviam participado de cursos específicos sobre o tema.

Quanto aos enfermeiros participantes do grupo controle, 50% tinham acima de 35 anos; 83,3% eram do sexo feminino e 50% tinham mais de dez anos de atuação profissional. Quanto ao tempo de gerência atual, 83,3% estavam no cargo há dois anos. Em relação à experiência em cargos gerenciais, 83,3% não tinham experiência anterior e 66,7% nunca participaram de cursos relacionados à temática liderança.

Comparando-se os participantes dos dois grupos, pode-se verificar que o grupo experimental integrou enfermeiros com maior experiência em enfermagem. Porém, em relação à experiência em cargos gerenciais, não se observou diferenças entre os dois grupos.

Aplicação do instrumento de mensuração do clima organizacional – pré-teste

Para avaliar a satisfação do funcionário foi utilizado um instrumento de mensuração de clima organizacional com dez questões relativas à caracterização dos participantes e quarenta questões relativas às características organizacionais. Foi aplicado em novembro de 2003 nos grupos controle e experimental, totalizando 288 questionários respondidos na primeira etapa do estudo (pré-teste). Nesta etapa (pré-teste) participaram 160 pessoas de 194 participantes: 82,5% de colaboradores das unidades de saúde que integraram o grupo controle e 128 dos 223, ou seja, 57,4% do grupo experimental, totalizando 288 (69,1%) participantes considerando-se os dois grupos.

Caracterização dos colaboradores das unidades de saúde que compuseram os grupos experimental e controle e participaram do pré-teste de clima organizacional

A caracterização englobou: gênero, idade, posição de chefia, função, área profissional, escolaridade, tempo de atuação na Unidade de Saúde, tempo de atuação na Secretaria de Saúde, vínculo e jornada de trabalho.

Pôde-se constatar que houve predominância do gênero feminino entre os colaboradores dos dois grupos, sendo 78,1% do sexo feminino e 21,9% masculino. A faixa etária prevalente no grupo experimental foi de 46 a 50 anos, totalizando 21,9%, seguida de idade inferior a 30 anos, com 18,8%. No grupo controle, 28,1% se encontravam na faixa etária abaixo de 30 anos, seguida da faixa etária de 31 a 35 anos, com 18,8%.

Em relação à cargo de chefia, 119 (93%) participantes do grupo experimental e 148 (92,5%) do grupo controle não ocupavam posição de chefia. No grupo experimental, 46,9% dos participantes exerciam funções de nível médio e 29,7% funções de nível superior. No grupo controle, 43,1% exerciam funções de nível superior e 42,5% de nível médio.

O maior percentual de participantes, no grupo experimental, foi da equipe de enfermagem (37,3%) e da equipe administrativa (18,8%). No grupo controle o maior percentual foi, também, da área de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros - 28,8%), além da área médica (27,5%). No grupo experimental, 40,7% dos sujeitos apresentavam nível superior e 40,6% nível médio. No grupo controle, 47,5% dos colaboradores apresentavam nível superior e 32,6% nível médio. Os dados referentes à função e à escolaridade permitem inferir que os colaboradores exerciam funções não compatíveis com seus níveis de escolaridade, principalmente no grupo experimental. Este é um dado relevante na satisfação do colaborador nas organizações.

Quanto ao tempo de trabalho na unidade, o grupo experimental apresentou uma distribuição entre as faixas de 1 a 3 anos (28,1%); 4 a 10 anos (28,9%) e mais de 10 anos (26,6%). O grupo controle possuía colaboradores com percentual maior entre 1 a 3 anos (45%), seguido de colaboradores com até um ano de trabalho (21,9%). Em relação ao tempo de trabalho na Secretaria de Saúde, o maior percentual de colaboradores do grupo experimental se encontrava na faixa de mais de 10 anos de trabalho (41,4%). O grupo controle tinha seu maior percentual de colaboradores na faixa de 1 a 3 anos com 39,3%, e com mais de 10 anos, 22,5%. Estes

dados indicam o remanejamento de colaboradores entre as unidades.

Quanto ao vínculo de trabalho, o grupo experimental possuía 55,5% de indivíduos vinculados à Prefeitura; 27,3% contratados por uma Fundação e 17,2% ligados ao Estado. O grupo controle possuía 50% de pessoas vinculadas à Prefeitura e 50% contratadas pela Fundação, sem profissionais vinculados ao Estado.

Em relação à jornada de trabalho, 43% dos colaboradores do grupo experimental trabalhavam 40 horas, maior percentual; em seguida, 22,7% de pessoas tinham jornada de 44 horas. O grupo controle possuía 51,9% executando 40 horas e 16,9% em jornada de 44 horas.

Algumas diferenças podem ser apontadas nas características dos participantes dos grupos experimental e controle. No grupo experimental, mais colaboradores das áreas de enfermagem e administrativa participaram do estudo e se encontravam na faixa etária entre 46 a 50 anos e com idade inferior a 30 anos; exerciam funções de nível médio, porém com nível de escolaridade superior e com mais tempo de trabalho nas Unidades e na Secretaria de Saúde, sendo o maior vínculo com a Prefeitura. No grupo controle, participaram mais colaboradores da área de enfermagem e da área médica, com faixa etária menor que 30 anos ou entre 31 a 35 anos, com menos tempo de trabalho nas Unidades e na Secretaria de Saúde, sendo os vínculos equivalentes entre a Prefeitura e uma Fundação.

Mensuração das dimensões do clima organizacional no pré-teste

O instrumento de mensuração do clima organizacional foi submetido à análise de confiabilidade com um alfa de 0,9254.

Na tabulação dos dados, através da análise fatorial, foram identificados nove fatores ou dimensões de clima organizacional: autonomia, comprometimento, comunicação, liderança, recompensa, relações, remuneração e benefícios, justiça e satisfação.

Tabela 1 – Valores médios das dimensões do clima organizacional atribuídos pelos participantes das Unidades de Saúde pertencentes aos grupos experimental e controle do pré-teste (2003)

Dimensões	Grupo	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão
Autonomia	Experimental	128	4,82	1,11	0,098
	Controle	160	4,82	1,06	0,083
Comprometimento	Experimental	128	4,79	1,04	0,092
	Controle	160	4,83	1,05	0,083
Comunicação	Experimental	128	4,79	1,04	0,092
	Controle	160	4,90	1,06	0,084
Liderança	Experimental	128	5,13	1,09	0,096
	Controle	160	5,21	1,07	0,084
Recompensa	Experimental	128	4,20	1,33	0,117
	Controle	160	4,50	1,19	0,094
Relações	Experimental	128	4,69	1,22	0,108
	Controle	160	4,89	1,02	0,080
Remuneração e Benefícios	Experimental	128	3,76	1,03	0,091
	Controle	160	4,10	1,12	0,088
Justiça	Experimental	128	4,89	1,46	0,129
	Controle	160	4,85	1,44	0,114
Satisfação	Experimental	128	5,25	1,20	0,106
	Controle	160	5,20	1,33	0,106

Constata-se na Tabela 1 que o grupo controle apresentou médias maiores de satisfação em sete dimensões, quando comparadas ao grupo experimental, com exceção nas dimensões de justiça e satisfação.

Como explicar, então, as diferenças nas médias entre os dois grupos pertencentes à mesma organização? Nesse aspecto, foram destacados alguns pontos importantes para reflexão e análise.

O grupo controle é mais jovem, com menos tempo na Secretaria de Saúde, enquanto o grupo experimental possuía participantes com faixas etárias mais elevadas. A percepção do ser humano passa por um processo de adaptação ao longo do tempo e, quando submetida ao mesmo estímulo, pode reduzir-se. Este processo recebe o nome de adaptação sensitiva.¹⁰ Pode-se inferir que o grupo controle não tenha sofrido o processo de adaptação sensitiva. Entre 35 a 45 anos ocorre uma queda acentuada na satisfação com o trabalho e com a organização. O indivíduo começa a descobrir uma realidade diferente da que imaginou, diminui o entusiasmo, trazendo dúvidas quanto à possibilidade de carreira e realização pessoal na organização. Em contrapartida, ao ingressar na organização, o indivíduo está cheio de interesse pelo seu trabalho.¹¹

Outro aspecto a ser considerado, no grupo experimental, é a existência de diferentes vínculos: Municipal, Estadual e Fundação, com diferenças na remuneração. É relevante a teoria da equidade, na qual o indivíduo compara seus investimentos e resultados

com o dos demais e reage de forma a tentar eliminar iniquidades.¹² Existe, também, a questão do *status* nas instituições de saúde, pois pessoas da área médica são percebidas como detentoras de maior *status* que as pessoas da área de enfermagem. O *status* interfere na percepção em termos de influência e prestígio, envolvendo comparações sociais.⁷ No grupo controle, pessoas da área médica tiveram uma participação maior que no grupo experimental, e este fator pode ter influenciado na percepção de satisfação das pessoas deste grupo.

As variáveis pessoais e indicadores demográficos estão relacionadas com as percepções de clima,¹³ assim como a correlação das variáveis tempo de serviço, grau de instrução e nível funcional indicam diferentes percepções de clima organizacional.¹⁴ Pode-se inferir que nesse estudo, as diferenças entre os participantes dos grupos fizeram com que ocorressem diferenças na percepção do clima organizacional.

Caracterização dos colaboradores das unidades de saúde que compuseram os grupos experimental e controle e participaram do pós-teste de clima organizacional

Na segunda etapa, pós-teste, em julho de 2004, obteve-se um total de 298 questionários respondidos. Estes foram a totalidade dos participantes nesta etapa que responderam o questionário de clima organizacional, sendo 71,6 % de colaboradores do grupo controle e 64,4% do grupo experimental, totalizando 67,7% de pessoas entre os dois grupos. Em relação ao gênero, no grupo experimental 108 (70,1%) eram do sexo feminino e 46 (29,9%) do sexo masculino. No grupo controle, 77,8% do sexo feminino e 22,2% do sexo masculino. Quanto à faixa etária, o maior percentual ficou abaixo de 30 anos, 24% no grupo experimental e 43,8% no grupo controle.

Os participantes dos dois grupos, no pós-teste, eram de colaboradores que não ocupavam posição de chefia, 97,4% no grupo experimental e 91,7% no grupo controle. Quanto à função, os maiores percentuais foram de colaboradores que exerciam funções de nível médio, no grupo experimental (42,9%) e no grupo controle

(52,1%), seguidos de participantes que exerciam funções de nível superior. Os maiores percentuais de participantes, nos dois grupos, foram da área de enfermagem, sendo 30,5% no grupo experimental e 32,6% no grupo controle, seguidos dos profissionais da área administrativa. O grupo experimental teve 48% de participantes com escolaridade superior e 40,9% com nível médio de escolaridade. No grupo controle, 44,5% de colaboradores tinham nível médio e 40,3% nível superior.

No grupo experimental, o percentual de colaboradores em relação ao tempo de atuação profissional nas Unidades de Saúde é o de pessoas com mais de 10 anos com 28,6%. No grupo controle, o maior percentual está na faixa entre 1 a 3 anos com 42,4%. Quanto ao tempo de trabalho na Secretaria de Saúde, no grupo experimental o maior percentual estava na faixa de mais de 10 anos com 40,9%, seguido do percentual de 21,4% de pessoas na faixa entre 4 e 10 anos. No grupo controle o maior percentual, 35,4%, estava na faixa de 1 a 3 anos, seguido da faixa entre 4 a 10 anos com 27,1%. Em relação à jornada de trabalho, verificou-se que no grupo experimental os maiores percentuais foram de 40 horas (39,6%) e de 30 horas (34,4%), assim como no grupo controle, 40 horas (59%) e 30 horas (22,9%). Quanto ao vínculo de trabalho, não houve alteração em relação ao pré-teste.

A comparação entre os dois grupos nesta etapa da investigação mostrou que no grupo experimental e no grupo controle predominou a idade até 30 anos. Os participantes do grupo experimental possuíam uma distribuição homogênea em relação ao tempo de trabalho na Unidade de Saúde, mas, em relação ao tempo de trabalho na Secretaria de Saúde, trabalhavam há mais de 10 anos. No grupo controle, houve prevalência de 1 a 3 anos de trabalho. Quanto à escolaridade, o maior percentual de participantes do grupo experimental foi de pessoas com nível superior e no grupo controle de nível médio.

Mensuração das dimensões do clima organizacional no pós-teste

Após quatro meses do programa de desenvolvimento em liderança, foi reaplicado o instrumento de mensuração de clima organizacional. Nesta etapa, o instrumento foi submetido ao teste de confiabilidade, sendo que o alfa no pós-teste foi de 0,9118. A tabulação dos dados foi feita através de análise fatorial, sendo mantidas as mesmas dimensões do pré-teste.

A Tabela 2 compara as médias das dimensões de clima em relação ao grupo experimental no pré-teste e no pós-teste. Com base nesta comparação foi possível analisar se o programa de desenvolvimento em liderança havia causado impacto no clima organizacional e na satisfação do funcionário.

Tabela 2 – Valores médios das dimensões do clima organizacional atribuídos pelos participantes das Unidades de Saúde pertencentes ao grupo experimental, comparados no pré e pós-teste (2004)

Dimensões	Grupo	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão
Autonomia	Pré-teste	128	4,82	1,11	0,098
	Pós-teste	154	4,91	1,02	0,082
Comprometimento	Pré-teste	128	4,79	1,04	0,092
	Pós-teste	154	4,80	1,10	0,088
Comunicação	Pré-teste	128	4,79	1,04	0,092
	Pós-teste	154	4,84	1,14	0,091
Liderança	Pré-teste	128	5,13	1,09	0,096
	Pós-teste	154	5,25	1,09	0,088
Recompensa	Pré-teste	128	4,20	1,33	0,117
	Pós-teste	154	4,47	1,33	0,107
Relações	Pré-teste	128	4,69	1,22	0,108
	Pós-teste	154	5,04	1,16	0,093
Remuneração e Benefícios	Pré-teste	128	3,76	1,03	0,091
	Pós-teste	154	4,00	1,10	0,088
Justiça	Pré-teste	128	4,89	1,46	0,129
	Pós-teste	154	5,26	1,34	0,109
Satisfação	Pré-teste	128	5,25	1,20	0,106
	Pós-teste	154	5,38	1,16	0,094

Constatou-se que no grupo experimental houve um aumento das médias em todas as dimensões em relação ao pré-teste realizado antes do desenvolvimento do programa de liderança, porém este aumento não teve significância estatística.

Os indicadores demográficos apresentaram maior influência no clima organizacional do que o programa de desenvolvimento implementado, pois analisando o grupo controle, não submetido ao programa de desenvolvimento em liderança, e como demonstrado na Tabela 3, também ocorreu aumento nas médias, contudo sem significância estatística em sete dimensões: autonomia, comprometimento, comunicação, relações, remuneração e benefícios, justiça e satisfação. As médias

referentes à liderança e recompensa diminuíram em relação ao pré-teste.

Tabela 3 – Valores médios das dimensões do clima organizacional atribuídos pelos participantes das Unidades de Saúde pertencentes ao grupo controle, comparados no pré e pós-teste (2004)

Dimensões	Grupo	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão
Autonomia	Pré-teste	160	4,82	1,06	0,083
	Pós-teste	144	4,92	0,92	0,076
Comprometimento	Pré-teste	160	4,83	1,05	0,083
	Pós-teste	144	4,88	0,99	0,083
Comunicação	Pré-teste	160	4,90	1,06	0,084
	Pós-teste	144	4,90	0,99	0,083
Liderança	Pré-teste	160	5,21	1,07	0,084
	Pós-teste	144	5,20	0,98	0,081
Recompensa	Pré-teste	160	4,50	1,19	0,094
	Pós-teste	144	4,48	1,19	0,099
Relações	Pré-teste	160	4,89	1,02	0,080
	Pós-teste	144	5,09	0,87	0,072
Remuneração e Benefícios	Pré-teste	160	4,10	1,12	0,088
	Pós-teste	144	4,26	1,01	0,084
Justiça	Pré-teste	160	4,85	1,44	0,114
	Pós-teste	144	4,99	1,34	0,112
Satisfação	Pré-teste	160	5,20	1,33	0,106
	Pós-teste	144	5,49	1,02	0,085

Com base nestes dados, pode-se afirmar que a entrada de novos profissionais e a modificação do nível de escolaridade e a função dos participantes no grupo experimental podem ter sido fatores que contribuíram para o aumento das médias de percepção de clima organizacional. Outro fator que favoreceu o aumento de satisfação dos participantes foi a mudança na jornada de trabalho dos profissionais que exerciam funções de nível médio e superior de 40 para 30 horas de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de não ter sido constatado neste estudo que o desenvolvimento em liderança tenha causado

impacto na satisfação dos funcionários e no clima organizacional, pesquisas têm demonstrado que a liderança é um importante fator determinante de clima organizacional.

As práticas gerenciais e de liderança são as mais importantes e determinantes do clima organizacional e se faz necessário estabelecer planos para melhorar o clima como: estabelecimento de metas, encontros em grupo, solução de problemas, *feedback*, gerenciamento de tarefas e interação informal.¹⁵ Estudo realizado em um hospital, buscando verificar a influência da liderança no clima organizacional, concluiu que o nível de eficácia em liderança da chefia influenciou na satisfação dos funcionários e no clima organizacional.¹⁶ O estilo de liderança pode não exercer uma influência separada e direta nos resultados da organização, mas parece ter uma contribuição forte no desenvolvimento do clima e este, indiretamente, nos resultados organizacionais.¹⁷

Acredita-se que o período de quatro meses, entre as mensurações do pré e pós-teste, tenha sido insuficiente para que o desenvolvimento em liderança causasse impacto. Os enfermeiros têm um potencial para o desenvolvimento em liderança, precisando de tempo para que este potencial se transforme em competências.

O aprendizado da liderança é contínuo e neste estudo houve apenas a pretensão de despertar nos enfermeiros a compreensão da necessidade deste desenvolvimento. Mudanças nas organizações não são fáceis de acontecer, sendo desencadeadas por diversos fatores, entre eles, a aplicação de uma liderança eficaz.

REFERÊNCIAS

- Kisil M Gestão da mudança organizacional. v. 4. colab. Tânia R.G. B. Pupo. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. (Série Saúde e Cidadania.)
- Trevizan MA. Enfermagem hospitalar: administração e burocracia. Brasília: Universidade de Brasília; 1988.
- Ferraz CA. A transfiguração da administração em enfermagem: da gerência científica a gerência sensível [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1995.
- Kouzes JM, Posner BZ. O desafio da liderança. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
- Hill A. Desenvolvendo as estrelas do desempenho. In: Hesselbein F, Cohen PM, editores. De líder para líder: artigos da revista Leader to Leader, da Drucker Foundation. São Paulo: Futura; 1999.
- Robbins SP. Comportamento organizacional. 9ª. ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.
- Bowditch JL, Buono AF. Elementos do comportamento organizacional. São Paulo: Pioneira; 1992.
- Stringer R. Leadership and Organizational Climate. New Jersey: Person Education; 2002.
- Shinyashiki, GT. Instrumento para mensuração de clima organizacional. Trabalho mimeografado, Ribeirão Preto, 2003.
- Maximiano ACA. Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2000.
- Moscovici F. Renascença organizacional: a revalorização do homem frente à tecnologia para o sucesso da nova empresa. 3ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1993.

12. Robbins SP. Administração: mudanças e perspectivas. São Paulo: Saraiva; 2002.
13. Hersheberger SL, Lichtentein P, Knox SS. Genetic and environmental influences on perceptions of organizational climate. *J Applied Psychology*. 1994; 1:24-33.
14. Bona AM. Diagnóstico da percepção do clima organizacional por ocupantes de função DAÍ, numa Autarquia Federal. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1981.
15. Becker CE. Deciding When It's Time for a Change in Organizational Climate, *Personnel*. 1975; 52(3):25-31.
16. Haetinger YF. Influência da eficácia de liderança no clima organizacional percebido e desejado em uma entidade hospitalar de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1979.
17. Ekvall G, Ryhammar L. Leadership Style, Social Climate and Organizational Outcomes: a study of a Swedish University College. *Creativity and Innovations Management*. 1998; 7(3):126-30.

SONO E REPOUSO: REALIDADE DE UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS HOSPITALIZADOS¹

SLEEP AND REPOSE: REALITY OF HOSPITALIZED ELDERLY PEOPLE

SUEÑO Y REPOSO: REALIDAD DE UNA POBLACIÓN DE ANCIANOS HOSPITALIZADOS

Flávia Alexandra Piovezan Leite*, Virtude Maria Soler**

Resumo

O sono é uma manifestação biológica que restaura um padrão ideal de funcionamento orgânico. Patologias, distúrbios, transtornos ambientais e consumo de substâncias psicoativas interferem no padrão de sono normal. Pesquisa descritiva, quantitativa que objetivou identificar as principais alterações de sono em indivíduos idosos hospitalizados, além de construir o perfil sociográfico desta população e relatar suas principais alterações de sono. Foram sujeitos 15 homens e 15 mulheres. Os resultados mostraram que a maioria possui nível socioeconômico e cultural baixo. Diminuíram as horas de sono no hospital em relação às horas em domicílio. Sono entrecortado, superficial, períodos curtos e leves e dificuldade para dormir foram relatados por 29 idosos (96,6%); 29 (96,6%) alegaram dores à noite, 5 (16,6%) acordavam com dores no corpo, 12 (40%) roncavam durante o sono. Luzes acesas, dificuldade para dormir fora de casa e acordar a noite para urinar foram relatados por todos. Outros fatores relatados que interferem no sono no ambiente hospitalar foram: 29 (96,6%) compartilhar o quarto e receber soro durante o período noturno, 25 (83,3%) roncos dos demais pacientes, 23 (76,6%) falta de acompanhante, 20 (66%) falta da família, 10 (33,3%) agitação na enfermagem, 9 (30%) extremos de temperatura no quarto (frio ou calor), 8 (26,6%) falta de cobertores, 7 (23,3%) efeito de medicamentos. Desconfortos emocionais: 18 pessoas (59,6%) alegaram ansiedade, 17 (56,3%) medo e raiva, 16 (53%) preocupação, 4 (13,3%) nervoso, 3 (10%) depressão. Benefícios do sono: melhora o humor e a fome, promove disposição, satisfação e saúde, mantém o corpo e a cabeça relaxados e saudáveis. Vários fatores interferem na quantidade e qualidade do sono do idoso. O enfermeiro deverá dominar conhecimentos e se aprimorar nessa área, visando melhorar a assistência de enfermagem a essa clientela durante a internação.

Palavras-chave: Sono. Repouso. Idoso.

Abstract

Sleep is a biological manifestation that restores an ideal pattern of organic function. Pathologies, disorders, environment disorders and psychoactive substances consumption interfere with the pattern of normal sleep. Descriptive, quantitative research, which had as objective to identify the main alterations of sleep in elderly individuals who were in hospital, besides establishing a social-graphical profile of this population, and describe their main sleep alterations, was accomplished. 15 men and 15 women were researched. The results demonstrated that most of them had low social-economic and cultural level. They decreased the number of hours of sleep when in hospital compared to when at their houses. Fragmented and superficial sleep, short and light periods of sleep and difficulties to fall asleep was informed by 29 elderly (96.6%); 29 (96.6%) related pain during the night; 5 (16.6%) woke up feeling pain; 12 (40%) snored when sleeping. Lights on, difficulties to sleep out of home, and waking up in the middle of the night to urinate were related by all of them. Other factors, which interfere with sleep in the hospital environment, were: 29 (96.6%) need to share their rooms and receive serum during the night; 25 (83.3%) other patients snoring; 23 (76.6%) miss companion; 20 (66%) miss their family; 10 (33.3%) complain about agitated environment at the nursery; 9 (30%) extreme environment conditions at the room (cold and heat); 8 (26.6%) miss blankets; 7 (23.3%) complain about being under effects of medicine. Emotional discomforts: 18 people (59.6%) related anxiety; 17 (56.3%) fear and anger; 16 (53%) preoccupation; 4 (13.3%) related feeling nervous; 3 (10%) depression. Benefits of sleep: makes humor and appetite better, promotes disposition, satisfaction and health, and maintains body and mind relaxed and healthy. Several factors interfere with the quantity and quality of sleep of elder people. The nurse must dominate the knowledge and hone himself to handle the issue, in order to make the nurse assistance better, and to help elderly when staying in hospital.

Keywords: Sleep. Rest. Elderly.

Resumen

El sueño es una manifestación biológica que restaura un patrón ideal de funcionamiento orgánico. Patologías, disturbios, trastornos ambientales y consumo de sustancias psicoactivas interfieren en el patrón de sueño normal. Investigación descriptiva, cuantitativa que ha tenido como objetivo identificar las principales alteraciones de sueño en individuos ancianos hospitalizados, además de construir el perfil sociográfico de esta población y relatar sus principales alteraciones de sueño. Han sido sujetos 15 hombres y 15

¹ Artigo originado de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) desenvolvido no Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

* Enfermeira graduada em Enfermagem pelas Faculdades Integradas Padre Albino, Catanduva-SP.

** Mestre e Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP. Docente da Disciplina de Clínica Médica do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: virsoler@netsite.com.br; virsoler@terra.com.br.

mujeres. Los resultados han mostrado que la mayoría posee nivel socioeconómico y cultural bajo. Han disminuido las horas de sueño en el hospital en relación a las horas en domicilio. Sueño entrecortado, superficial, períodos cortos y livianos y dificultad para dormir se han relatado por 29 ancianos (el 96,6%); 29 (el 96,6%) han dicho tener dolores por la noche, 5 (el 16,6%) se despertaban con dolores en el cuerpo, 12 (el 40%) roncaban durante el sueño. Luces encendidas, dificultad para dormir fuera de casa y despertar por la noche para orinar se han relatado por todos. Otros factores relatados que interfieren en el sueño en el ambiente hospitalar han sido: 29 (el 96,6%) compartir la habitación y recibir suero durante el período noturno, 25 (el 83,3%) ronquidos de los demás pacientes, 23 (el 76,6%) falta de acompañante, 20 (el 66%) falta de la familia, 10 (el 33,3%) agitación en la enfermería, 9 (el 30%) extremos de temperatura en la habitación (frío o calor), 8 (el 26,6%) falta de mantas, 7 (el 23,3%) efecto de medicinas. Incomodidades emocionales: 18 personas (el 59,6%) han dicho tener ansiedad, 17 (el 56,3%) miedo y enojo, 16 (el 53%) preocupación, 4 (el 13,3%) nerviosismo, 3 (el 10%) depresión. Beneficios del sueño: mejora del humor y el hambre, promueve disposición, satisfacción y salud, mantiene el cuerpo y la cabeza relajados y saludables. Muchos factores interfieren en la cantidad y calidad del sueño del anciano. El enfermero deberá dominar conocimientos y perfeccionarse en el área visando mejorar la asistencia de enfermería a esos clientes durante su hospitalización.

Palabras clave: Sueño. Descanso. Anciano.

INTRODUÇÃO

O sono é uma manifestação biológica e como tal tem necessariamente sua história evolucionária e, ao longo dos tempos, tem fascinado todos os povos do mundo desde a mais remota antiguidade. Mitos, lendas e muitos dados ilógicos predominaram ao longo da história. A abordagem do sono foi iniciada em remotas eras, mas apenas depois que a ciência organizada criou métodos adequados é que foi possível tratá-lo com objetividade.^{1,2}

A primeira abordagem sistemática e com finalidade científica foi feita na antiga Grécia. Sócrates e Platão ocuparam-se do sono, sobretudo dos sonhos, e Aristóteles escreveu o famoso livro "Sobre o Sono", conhecido como "De Somno". Aristóteles concluiu que os sonhos não eram místicos e nem míticos, mas fenômenos naturais, em estreita relação com os acontecimentos diários.^{1,2}

Considera-se que a pesquisa experimental sobre o sono foi iniciada em meados do século XIX, quando o fisiologista alemão Ernest Kohlschütter verificou que o limiar do sono era muito alto durante a primeira hora de sono e depois decrescia regularmente até a hora de despertar. Foi, no entanto, a invenção da eletroencefalografia nos anos de 1920 e 1930 que mudou radicalmente a abordagem experimental das manifestações e dos mecanismos do sono.¹

O sono, atualmente, pode ser estudado até por meio de ressonância funcional, a qual revela alterações de fluxo sanguíneo em várias regiões ativadas enquanto o indivíduo dorme, e também por meio de tomografia por emissão de pósitrons (PET), que igualmente mostra

as regiões em que o consumo de glicose é aumentado, revelando as estruturas implicadas no sono.¹ A técnica eletrofisiológica, quando corretamente aplicada, é por enquanto método insubstituível, quer por ser de baixo custo, quer por ser ampla e, sobretudo, por sua altíssima resolução temporal.^{1,2}

O estudo do sono humano desenvolveu-se muito, principalmente nas últimas décadas no que se refere à patologia, que acomete fração apreciável da população mundial. Nas últimas décadas vem assumindo grande importância o estudo dos mecanismos do sono e dos sonhos.^{1,3} Embora o sono seja um estado comportamental fundamental na manutenção fisiológica do organismo, a restrição crônica de sono é cada vez mais comum nas sociedades industrializadas, afetando aproximadamente 45% da população. As causas para essa privação de sono são geralmente atribuídas à exposição excessiva à luz artificial, às novidades da sociedade moderna, às privações socioeconômicas e aos distúrbios do sono.⁴

A evolução ainda recente de uma verdadeira medicina do sono traz respostas cada vez mais prévias para as queixas de pessoas com transtornos do sono. O sono é um problema grave de saúde pública na maioria dos países industrializados, incluindo o Brasil, e principalmente na França. Calcula-se que entre 20% a 30% da população mundial sofra de insônia e 10% de algum tipo de insônia grave. A evolução recente dos conhecimentos a respeito do sono e a criação de uma verdadeira medicina do sono tornaram possíveis, para

cada indivíduo, soluções cada vez mais precisas para suas dificuldades específicas.⁵

A cronobiologia é a ciência que investiga as características temporais dos organismos vivos e inclui o estudo dos ritmos biológicos pela recorrência, a intervalos regulares, de eventos bioquímicos, fisiológicos e comportamentais. As variações regulares de estados nos organismos vivos correspondem a respostas adaptativas à alternância dos dias e das noites, estações do ano, fases da lua e outros ciclos ambientais ao longo da evolução.^{6,7}

O termo circadiano, introduzido por Halberg em 1959, significa cerca de um dia, e caracteriza os ritmos com períodos endógenos em torno de 24 horas, ou seja, entre 20 e 28 horas, arrastados a ciclos ambientais de 24 horas. O ciclo circadiano é o ritmo de distribuição de atividades biológicas cíclicas de aproximadamente 24 horas, tal como ocorre com o ciclo sono-vigília. Este ritmo é controlado pelo sistema nervoso central e sofre influência de fatores ambientais (luz e temperatura) e sociais (higiene do sono).^{8,9,10}

Sono é uma função fisiológica complexa, natural, necessária ao organismo e ao cérebro, cuja finalidade é restaurar um padrão ideal de funcionamento do corpo. Durante o sono, o corpo se regenera, ocorrendo a síntese de proteínas, o cansaço acumulado durante o dia desaparece e o rosto e o corpo recuperam o frescor. A teoria atualmente mais difundida é a de que o sono serve para restaurar as energias gastas durante a vigília.^{5,11} Embora seja uma característica individual, a média de sono diária da população adulta é de 7 a 8 horas, com exceção para as crianças, cuja necessidade é maior, variando de 9 a 11 horas de sono ao dia.⁵

Eventos comportamentais e fisiológicos ocorrem nos seres humanos durante a vigília e o sono. Durante a vigília a pessoa responde a estímulos sensoriais provenientes do ambiente e apresenta comportamento ativo com base em intensa atividade motora e locomotora. A postura, muito dinâmica, muda constantemente, apoiada no tônus muscular. Quando o indivíduo adormece, entretanto, tudo se modifica; ele diminui sua reatividade aos estímulos externos, apresenta redução da atividade motora e assume uma postura

estereotipada, ou seja, geralmente deitado com os olhos fechados. Muitos fenômenos autônômicos ocorrem, normalmente caracterizados por uma redução geral das funções vegetativas: a frequência cardíaca e respiratória diminui e, com isso, também a pressão arterial e a motilidade gastrointestinal; a temperatura corporal sofre a diminuição de um ou dois graus, acompanhada de redução da atividade metabólica dos órgãos e tecidos.¹¹

O sono é um estado fisiológico que interrompe a vigília e permite restaurar as condições do início de vigília precedente, não representando uma função, mas um estado funcional. É composto pela fase NREM (*Non-Rapid Eye Movements*), subdividida em 4 estágios que variam entre o sono superficial ou estágio I, até o mais profundo, denominado IV, complementado pela fase REM (*Rapid Eye Movements*), fases estas que se alternam.¹

Para um estado ótimo de vigília, um indivíduo adulto requer, em média, de 7 a 8 horas de sono em um período de 24 horas, com despertares noturnos que representam até 5% do tempo total na cama.¹² Os ciclos de sono nessa faixa etária caracterizam-se por apresentar um padrão no qual o indivíduo passa 30% sonhando, 20% em sono profundo e 50% em sono leve. Esses ciclos de sono são demonstrados em traçados eletroencefalográficos, por meio de características elétricas, comportamentais, funcionais e permitem classificar o sono em duas fases:

1) Fase NREM: caracterizada por sono de ondas lentas ou sincronizada. É a fase que inicia o sono e o aprofunda gradativamente, à medida que as ondas cerebrais se tornam progressivamente mais lentas. O sono, no adulto, inicia-se no estágio I (5% do tempo total do sono), seguido do estágio II (45%), III e IV (25%).¹² Os estágios III e IV são também denominados como sono de ondas lentas contínuas. À medida que os estágios se sucedem, o indivíduo torna-se cada vez menos reativo aos estímulos sensoriais. O sono NREM é considerado restaurador das funções orgânicas por estar associado à restituição da estrutura protéica neuronal e ao aumento da secreção do hormônio de crescimento.¹²

2) Fase REM, ou sono ativo: ocorre a intervalos regulares de aproximadamente 90 minutos, após ciclo completo de sono NREM; está associado à ocorrência de

sonhos.^{12,13} Esta fase ocupa de uma a duas horas do total do sono no adulto, correspondendo a 20 a 25% do tempo total de sono.¹² A arquitetura de uma noite de sono é constituída por ciclos com duração média de 70 a 100 minutos, que se repetem de 4 a 5 vezes. Um ciclo típico é constituído pelos estágios I, II, III e IV do sono NREM seguido por um período de sono REM.^{8,12,13}

O sono é um regulador essencial das condições de saúde, grande responsável pelo desempenho físico e mental de uma pessoa, capaz de influir na coordenação motora, na capacidade de raciocínio e de memória, na ansiedade, na disposição emocional e no desempenho cognitivo, além da regularização hormonal, da recuperação física e do crescimento e da temperatura corporais.¹⁴ A eficiência do sono é a proporção de tempo que uma pessoa consegue realmente dormir em relação ao tempo despendido no leito com o objetivo de dormir, parâmetro fundamental na avaliação da qualidade do sono.¹⁵

A ciclagem do sono é um processo ativo, portanto, pode ser alvo ou agente de doenças. A arquitetura intrínseca do sono à proporção que ocupa os vários estágios que o constituem, também sofre modificações com o envelhecimento. As perturbações do sono representam fatores de risco ligados à institucionalização e à mortalidade, além de ocasionarem prejuízo à qualidade de vida, especialmente para indivíduos idosos.¹⁵

As condições de saúde, principalmente as doenças crônicas, podem interferir no sono, provocando sintomas como noctúria, incontinência, dor, ortopnéia, apnéia, câibras musculares e tremores. A depressão e outros transtornos emocionais também podem alterar o sono. Da mesma forma, os medicamentos usados para tratar essas condições podem modificá-lo, dentre eles: os anticolinérgicos, os antidepressivos, os anti-hipertensivos (que agem centralmente), as benzodiazepinas, os beta-bloqueadores, os diuréticos, a levodopa, os esteróides, a teofilina e as formulações para a tireóide. Os hipnóticos interferem no sono REM ou sono ativo e nos estágios profundos do sono, podendo causar sonolência diurna e dificuldades para a pessoa adormecer.^{8, 15}

O sono sofre mudanças qualitativas e quantitativas. Estas podem ser percebidas pelo idoso como perturbações e apresentadas como queixas, ou não. O sistema fisiológico responsável pela medida da passagem do tempo e sincronização dos eventos internos do organismo compõe o que atualmente se define como ordem temporal interna. Com o envelhecimento, ocorrem modificações nos parâmetros que caracterizam os ritmos biológicos. Há mudanças no mesor, na amplitude, na acrofase ou na batifase de ritmos hormonais, de proteínas plasmáticas e de enzimas diversas.¹⁶

Os fatores ambientais têm um papel significativo nos distúrbios do sono. A partir da meia-idade, as pessoas tornam-se sensíveis aos ruídos enquanto dormem, podendo acordar com eles. Os idosos têm mais probabilidade de acordar se, por exemplo, as luzes forem acesas, ou se houver mudança na temperatura do quarto.^{16,17} Estudos populacionais realizados em diversos países (inclusive no Brasil, na cidade de São Paulo) têm demonstrado que pessoas cuja faixa etária encontra-se acima de 60 anos apresentam o maior número de queixas sobre o sono, e que certos distúrbios deste tendem a aparecer com maior freqüência em idosos do que em pessoas de faixas etárias menores.¹⁵ Modificações no padrão de sono e repouso alteram o balanço homeostático com repercussões sobre a função psicológica, o sistema imunológico, a performance, a resposta comportamental, o humor e a habilidade de adaptação.⁸

Os fatores que contribuem para os problemas de sono na velhice podem ser agrupados nas seguintes categorias: 1) dor ou desconforto físico; 2) fatores ambientais; 3) desconfortos emocionais e 4) alterações no padrão de sono. A estes se incluem queixas referentes ao tempo despendido na cama sem dormir, dificuldade para reiniciar o sono, menor duração do sono noturno, maior latência de sono e despertar pela manhã mais cedo do que o desejado. São também prevalentes a sonolência e a fadiga diurna, com o aumento de cochilos, comprometimento cognitivo e de desempenho diurno, além de vários outros problemas que, embora não sejam específicos do envelhecimento, têm um grande impacto sobre os idosos em decorrência de seus efeitos sobre o

sono, quer pela falta de adaptação às perturbações emocionais, hábitos inadequados de sono, transtornos orgânicos e afetivos, ingestão de drogas (psicotrópicas ou outras), ou agitação noturna e quedas.^{8,10,13}

Há quatro formas básicas de classificação dos transtornos do sono: 1) Primária, por não derivarem de nenhuma causa externa, originando-se no próprio indivíduo: divididas em dissonias (insônia e hipersonia) e as parassonias representadas pelo sonambulismo, terror noturno e pesadelos; 2) Decorrentes de transtornos psiquiátricos como ansiedade, depressão, psicoses e mania, dentre outros; 3) Decorrentes de transtornos físicos em geral como qualquer condição física que prejudique o sono: falta de ar, dores, desconfortos; 4) Devido a uso de medicações ou outras substâncias que possam prejudicar o sono.¹⁸

Pesquisas feitas nos EUA mostraram que aproximadamente 1/3 da população tem algum problema com o sono. Essa prevalência tão alta mostra como a fisiologia do sono é sensível, alterando-se mesmo com preocupações ou tensão do dia-a-dia.¹⁸ O ambiente de um hospital ou instituição de assistência a longo prazo, além das atividades das equipes de saúde, também pode criar dificuldades ao sono do paciente por meio de fatores relativos à estrutura física, à localização, à falta de roupas e de fraldas higiênicas.¹⁵

É necessário relatar a importância do sono e suas possíveis alterações durante o processo de envelhecimento em indivíduos idosos internados em unidades de clínica médica e contribuir com o desenvolvimento das pesquisas científicas nesta área, visando melhorar a assistência de enfermagem a estes indivíduos. O número de pesquisas sobre o sono nessa faixa etária vem aumentando nas últimas décadas, provavelmente devido ao crescente interesse em compreender o fenômeno do envelhecimento e em melhorar a qualidade de vida das pessoas nesta faixa etária.

A pretensão neste estudo foi investigar dados sobre as alterações e os fatores que interferem no sono de indivíduos idosos hospitalizados. Neste contexto, foi verificada a importância do sono em relação ao envelhecimento, considerando de forma generalizada a

patologia e as informações sobre as alterações orgânicas, fisiológicas, psicológicas e ambientais de 30 idosos internados em unidades de clínica médica.

OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo foi identificar as principais alterações de sono em indivíduos idosos hospitalizados em uma unidade de clínica médica. Os objetivos específicos foram construir o perfil sociográfico da população de idosos estudada e relatar as principais alterações de sono nestes indivíduos.

METODOLOGIA

Na avaliação do padrão e da qualidade do sono, o uso de questionários e de escalas, além de ser de fácil aplicação, fornece informações sobre a percepção da pessoa a respeito de seu sono.¹⁹ Neste estudo descritivo e quantitativo foi utilizada a técnica de entrevista por meio de um questionário com perguntas estruturadas.

O estudo foi desenvolvido em um hospital escola do interior paulista nos setores de clínica médica - C2 Par e C3 Ímpar, unidades destinadas ao atendimento de pessoas adultas e idosas com doenças agudas e crônicas. A coleta de dados ocorreu de 26 de junho a 14 de agosto de 2008, após avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição. Foram sujeitos indivíduos idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, conscientes, de ambos os sexos e que após orientações e esclarecimentos sobre a pesquisa, concordaram em participar do estudo, conforme Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram critérios de inclusão: idosos internados no hospital em estudo; indivíduos conscientes e orientados e com condições de se comunicar verbalmente; de ambos os sexos. A amostra foi composta por 30 sujeitos, sendo 15 do sexo feminino e 15 do sexo masculino.

RESULTADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados permitiu a construção do perfil sociográfico dos sujeitos, identificar as características de sono e repouso, os aspectos que dificultavam a qualidade do sono no ambiente hospitalar e a importância atribuída ao sono.

Para a construção do perfil sociográfico foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado civil, número de filhos, procedência, aposentadoria, renda e/ou complemento salarial, residência e convívio familiar. A identificação por números de 1 a 15 correspondeu aos sujeitos do sexo feminino e de 16 a 30 aos do sexo masculino.

A idade média para as mulheres foi de 75,2 e para os homens 72,9. Houve predomínio de pessoas de nível socioeconômico e cultural baixo, dos quais, 14 sujeitos (46,6%) eram analfabetos e os demais (53,3%) possuíam primeiro grau incompleto. Quanto ao estado civil, 9 mulheres (30%) eram viúvas, 4 (13,3%) casadas, 1 (3,3%) divorciada e 1 (3,3%) amasiada. Dentre os homens, 10 (33,3%) se encontravam casados, 3 (10%) viúvos e 2 (6,6%) divorciados. Residiam em Catanduva 14 sujeitos (46,6%), enquanto os demais em cidades da região. Entre as mulheres, 11 (36,6%) eram aposentadas e 4 (13,3%) não, 14 homens (46,6%) sim, enquanto apenas 1 (3,3%) não. A renda mensal declarada por 23 sujeitos (76,6%) foi de um salário mínimo, 5 (16,6%) não tinham renda mensal fixa e 2 (6,6%) recebiam dois salários mínimos. Apenas 2 (6,6%) dos sujeitos não possuíam casa própria. A maioria dos sujeitos referiu residir com os familiares, enquanto 2 mulheres (6,6%) e 3 (10%) homens, sozinhos.

Quanto às atividades de lazer desenvolvidas pelos idosos foram citadas pelas mulheres: assistir televisão 7 (23,3%), ir à igreja (missa) 4 (13,3%), ouvir rádio (principalmente músicas) 2 (6,6%), fazer crochê 1 (3,3%), bordado 1 (3,3%), freqüentar os programas da terceira idade 1 (3,3%), não tinha atividade de lazer 1 (3,3%). As atividades citadas pelos idosos foram: assistir televisão 12 (40%), pescaria 4 (13,3%), freqüentar bar 2 (6,6%), enquanto 1 (3,3%) afirmou não ter atividade de lazer.

Muitos idosos concentram suas atividades na parte inicial do dia, para que possam ter a noite livre. Geralmente essas horas são utilizadas para a limpeza da casa, jardinagem, reuniões, compras, lavagem de roupa e serviços na cozinha. As horas da tarde podem, então, ser destinadas a assistir televisão, ler ou costurar. Pessoas idosas necessitam vislumbrar as vantagens da distribuição

das atividades ao longo de todo o dia, propiciando amplos períodos de repouso e soneca entre eles.

Atividades que promovem satisfação regular levam ao repouso e ao relaxamento. Maior quantidade de repouso é exigida pelo idoso, e ele deve ser intercalado com períodos de atividade durante o dia. Ao acordar, o idoso deve passar vários minutos descansando na cama e alongando os músculos, seguido de mais alguns minutos sentado na cama, antes de passar para a posição vertical. Isso reduzirá a rigidez matutina da musculatura e prevenirá a tontura e as quedas resultantes da hipotensão postural.¹⁷

O enfermeiro deverá observar as atividades diárias da pessoa idosa internada, visando desenvolver padrões que distribuam, igualmente, as atividades e o repouso durante todo o dia.¹⁵ Os fatores comportamentais com maior interferência sobre distúrbios de sono na velhice envolvem a redução da atividade física e a exposição à luz solar. A atividade física regular parece resultar em aumento da profundidade e duração do sono.⁸

Uma série de problemas clínicos causam distúrbios do sono no idoso e inúmeras são as doenças e disfunções orgânicas que podem causar perturbações no sono do idoso, entre elas: dores de diversas origens, como as causadas por doenças articulares (artrite), mialgias, *angina pectoris*, neuropatias, vasculopatias periféricas, úlceras pépticas, entre outras; refluxo gastroesofágico de várias etiologias; dispnéia, muitas vezes exacerbada durante a noite, cujas causas podem ser a disfunção pulmonar obstrutiva crônica e a insuficiência cardíaca congestiva; doenças degenerativas do sistema nervoso central (como a doença de Parkinson); *diabetes mellitus*, hipo e hipertireoidismo; incontinência urinária e prostatismo; noctúria - aumento da freqüência das micções durante a noite em consequência de modificações orgânicas e fisiológicas que acompanham o envelhecimento.^{15,20}

Indivíduos idosos cuja reserva fisiológica e capacidade de adaptação a meios não familiares são diminuídas, tornam-se vulneráveis a complicação e perda funcional progressiva, com maior risco de complicações médicas, iatrogênicas e hospitalização aumentada.

Os diagnósticos clínicos dos sujeitos do estudo foram identificados nos prontuários dos pacientes por ocasião da entrevista, sumarizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Diagnósticos clínicos apresentados pelos idosos internados nos setores C2 Par e C3 Ímpar de um hospital de ensino do interior paulista

Número	Sexo	Diagnóstico Clínico
01	Feminino	Broncopneumonia – Derrame Pleural
02	Feminino	Câncer de Pulmão – Infecção do Trato Urinário - Diarréia
03	Feminino	Derrame Pleural – Pneumonia
04	Feminino	Colelitíase – Infecção do Trato Urinário
05	Feminino	Insuficiência Coronariana
06	Feminino	Pneumonia – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Insuficiência Cardíaca – Hipertensão - Arterial sistêmica
07	Feminino	Insuficiência Cardíaca – Angina Pectoris
08	Feminino	Pneumonia - Broncopneumonia
09	Feminino	Infecção do Trato Urinário
10	Feminino	Cefaléia a esclarecer
11	Feminino	Insuficiência Arterial Crônica
12	Feminino	Pé Diabético - Insuficiência Arterial Periférica
13	Feminino	Acidente Vascular cerebral
14	Feminino	Infarto Agudo do Miocárdio
15	Feminino	Insuficiência Renal Crônica
16	Masculino	Câncer de Boca (Palato)
17	Masculino	Infarto Agudo do Miocárdio
18	Masculino	Dermatite Alérgica
19	Masculino	Pneumonia
20	Masculino	Mielopatia Compressiva - Dor Abdominal
21	Masculino	Tromboflebite (MIE)
22	Masculino	Angina Pectoris
23	Masculino	Infarto Agudo do Miocárdio
24	Masculino	Insuficiência Cardíaca Congestiva
25	Masculino	Angina - Hipertensão Arterial Sistêmica - Diabetes Mellitus
26	Masculino	Erisipela
27	Masculino	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - Infecção Pulmonar
28	Masculino	Hipertensão Arterial Sistêmica - Diabetes Mellitus
29	Masculino	Insuficiência Cardíaca Congestiva (Severa)
30	Masculino	Hipertensão Arterial Sistêmica - Crise Convulsiva

Foram prevalentes as doenças agudas e principalmente crônicas: vasculares, respiratórias, renais, ósseas, problemas no tegumento, fígado e câncer.

Muitos problemas de saúde podem interferir no sono e torná-lo mais frágil (despertar noturno mais freqüente). Geralmente decorrem de dores devido a artrite, dores articulares ou ósseas, desconforto causado pela mobilidade reduzida, câibras ou pontadas nas pernas, problemas neurológicos, como o formigamento nos membros e sensações de ardor. As doenças cardiovasculares também podem contribuir para essa fragilização do sono. As dores da angina de

peito são mais freqüentes à noite e podem ocorrer durante o sono paradoxal. Transtornos respiratórios como apnéias durante o sono também estão em primeiro plano na deterioração do sono em idosos e suas ocorrências devem ser observadas constantemente.⁵

Sono e Repouso

Sono e repouso são considerados necessidades humanas básicas, pois contribuem para a recuperação de energias gastas durante o dia; indispensável para o bom funcionamento do sistema nervoso central.²¹ O sono faz parte de um ritmo. Assim como existem o dia e a noite, existem os horários de ficar acordado e de dormir. Esses horários devem ser respeitados o máximo possível, para que o sono seja bom. Preferencialmente, o horário de dormir deve ser sempre o mesmo (ou bem próximo), principalmente o horário em que a pessoa realmente sente sono. O fato de passar muito tempo na cama durante o dia, como às vezes acontece com os idosos que têm problemas de saúde (física ou mental), pode ser prejudicial ao bom sono, pois o idoso pode dormir de forma descontínua como os bebês. Se for possível, os idosos devem ser encorajados a saírem do leito e realizar atividades que sua saúde permita. Ler, assistir televisão, tricotar, entre outras tarefas que sejam agradáveis para a pessoa idosa, realizadas fora da cama e de preferência no mesmo horário, contribuem para formar um hábito e a regularizar o ritmo do sono.¹⁵

No decorrer da idade, os ritmos circadianos começam a mudar e o indivíduo adulto de idade média começa a ficar sonolento por volta das 22 horas até meia-noite, despertando dentro de seis a oito horas após. Com a idade, esse ritmo às vezes se adianta, e por isso as pessoas mais velhas tendem a ficar mais sonolentas mais cedo, ao anoitecer, ou seja, entre 20 e 21 horas, porém acordam cerca de oito horas após, às vezes entre cinco e seis horas da manhã.²²

As Tabelas 1 e 2 apresentam o número de horas de sono ao dia em domicílio, referidas pelos sujeitos do estudo.

Tabela 1 - Horas de sono em domicílio e no hospital referidas pelas idosas internadas nos setores C2 Par e C3 Ímpar de um hospital de ensino do interior paulista

Sujeito Média Total	Horas de sono em domicílio	Horas de sono no hospital
01	6 horas	6 horas
02	7 horas	6 horas
03	5 horas	3 horas
04	7 horas	7 horas
05	6 horas	5 horas
06	8 horas	8 horas
07	8 horas	8 horas
08	8 horas	6 horas
09	7 horas	6 horas
10	7 horas	7 horas
11	7 horas	5 horas
12	8 horas	7 horas
13	7 horas	6 horas
14	7 horas	5 horas
15	8 horas	7 horas
Média Total	7,6	6,1

Tabela 2 - Horas de sono em domicílio e no hospital referidas pelos idosos internados nos setores C2 Par e C3 Ímpar de um hospital de ensino do interior paulista

Sujeito Média Total	Horas de sono em domicílio	Horas de sono no hospital
16	03 horas	03 horas
17	06 horas	06 horas
18	07 horas	07 horas
19	06 horas	05 horas
20	08 horas	07 horas
21	08 horas	06 horas
22	06 horas	05 horas
23	07 horas	04 horas
24	05 horas	04 horas
25	06 horas	05 horas
26	08 horas	06 horas
27	08 horas	08 horas
28	06 horas	06 horas
29	07 horas	05 horas
30	07 horas	07 horas
Média Total	6,5	5,5

Em média, uma pessoa de 70 anos precisa no mínimo de seis horas de sono ao dia. A pessoa idosa nessa faixa etária geralmente cochila durante o dia uma a duas horas; apresenta um período maior de latência de sono e tem maior dificuldade em mantê-lo; gasta mais tempo em sono ligeiro (aumento de tempo das etapas I e II), tem mais despertares noturnos com fragmentação do sono ou sono não reparador; diminui o tempo de sono profundo e reparador (diminui o tempo das etapas III e IV e da fase REM); diminui a eficiência do sono (horas de sono gastas na cama desde que se deita até que se levanta de manhã dividido por horas de sono); há maior número de sestas diurnas; maior número de mudança de postura durante o sono; diminuição do limiar de despertar por estímulos auditivos; quando acorda a noite, tem maior dificuldade em voltar a adormecer; quanto aos hormônios, a melanina está diminuída e o cortisol e o ACTH estão elevados à noite.²³

Calcula-se que o tempo total de sono diminui 22 minutos por década, dos 40 aos 80 anos. O padrão de sono para o idoso é caracterizado por período de

latência do sono menor que 30 minutos; eficiência do sono entre 75 a 85%; tempo total de sono entre 5 e 10 horas (média de 6 horas).²³

Entre os fatores que influenciam a qualidade de vida do ser humano, um importante fator pode ser atribuído à qualidade do sono. Existe uma interação complexa entre os fatores orgânicos, fisiológicos e psicológicos inerentes ao próprio indivíduo, bem como fatores culturais, sociais e do ambiente físico, que devem ser tomados em consideração para uma compreensão integral não apenas do sono, mas da pessoa que dorme. Cada aspecto contribui com uma faceta para a caracterização do sono.¹⁶

O ambiente físico em que o idoso dorme também é importante: temperatura, iluminação, sons, presença de outrem, características do leito, segurança do local, são aspectos que podem interferir na quantidade e qualidade do sono. Quanto a estes aspectos, as características do sono referidas pelos sujeitos do estudo foram: acordavam várias vezes durante a noite 30 (100%), tinham dificuldade para dormir 29 (96,6%), períodos curtos de sono leve 29 (96,6%), acordavam sentindo sono 28 (93,3%); roncavam durante o sono 12 (40%), acordavam sentindo dores no corpo 6 (20%), sentiam dores no corpo durante o sono 5 (16,6%), sono profundo 2 (6,6%).

Houve predomínio dos seguintes relatos: acordar várias vezes durante a noite, sono entrecortado e superficial, períodos curtos de sono leve, acordar sentindo sono, dificuldade para dormir, semelhante a relatos de outras pesquisas científicas.⁸⁻¹⁶

Aspectos que dificultam e comprometem a qualidade do sono no hospital

Um grande número de idosos apresentou alterações na qualidade do sono, principalmente dificuldades em conciliar o sono (pegar no sono), sono entrecortado ou fragmentado, sono muito superficial.

Quanto aos aspectos que dificultavam o sono durante a hospitalização, todos os sujeitos referiram: luzes acesas e ruídos de campainha, dificuldade para dormir fora do ambiente doméstico, acordar a noite para urinar, enquanto 29 (96,6%) sujeitos referiram compartilhar o

quarto com outros pacientes e receber soro durante o período noturno, 25 (83,3%) roncos dos demais pacientes do quarto, 23 (76,6%) falta de um acompanhante, 20 (66%) sentir a falta da família, 12 (40%) roncos, 10 (33,3%) agitação na enfermaria, 9 (30%) extremos de temperatura do quarto (frio ou calor), 8 (26,6%) falta de cobertores, 7 (23,3%) efeito de medicamentos.

Três idosos (10%) referiram dor; destes, 2 (6,6%) dor no corpo e 1 (3,3%) dor nas costas. Quanto aos desconfortos durante o horário de sono, 7 sujeitos (23,3%) referiram desconfortos físicos, descritos como: 4 (13,3%) dores no peito e falta de ar, 1 (3,3%) "*quando o diabetes ataca*", 1 (3,3%) dor no corpo todo, 1 (3,3%) dores nas costas. Alegaram desconfortos emocionais 22 sujeitos (73,3%), sendo que 18 (59,6%) alegaram ansiedade, 17 (56,3%) medo e raiva, 16 (53,1%) preocupação, 4 (13,3%) nervoso e 3 (10 %) referiram depressão. Negaram desconfortos 7 idosos (23,3 %).

A avaliação sistemática do paciente, considerando a patologia, o tratamento, as alterações e os prejuízos ao sono, devem constituir uma rotina nas instituições de tratamento à saúde.

Importância atribuída ao sono pelos sujeitos do estudo

O sono e o exercício físico são pilares do bem-estar e da boa saúde. Os idosos foram interrogados quanto à valorização, significado e necessidade de horas de sono/dia obtendo-se como médias 6,7 horas segundo as pessoas do sexo feminino e 7,2 horas para as do sexo masculino. Relataram ser importante para a saúde corporal 14 sujeitos (46%); faz bem ao corpo 10 (33,3%), enquanto faz bem a pessoa, desliga a mente, permite acordar animado, alimenta o corpo, a pessoa se sente melhor e mais satisfeita, descansa o corpo, é necessário, foram respostas emitidas por 1 sujeito representando (3,3%) para cada uma das respostas.

O hábito de autocontrolar as horas de sono diárias é importante. Os sujeitos do estudo foram interrogados quanto a este aspecto e, todos alegaram que não se preocupavam. Este aspecto pessoal, embora pouco utilizado, permite refletir e autoavaliar a quantidade

e qualidade do sono. Quanto aos benefícios do sono e como se sentiam após uma noite bem dormida, as respostas obtidas foram: disposto, muito bem, muito disposto, com mais fome, bem animado e feliz, descansado, sentindo bem-estar, com saúde, com o corpo bom, animado, com condições de passar bem o dia, forte, bem humorado, mais alerta. Embora sejam respostas de senso comum, traduzem os benefícios do sono, sua importância e a necessidade na vida diária do ser humano.

CONCLUSÃO

Foram analisadas as condições de 30 idosos internados nos setores de clínica médica - C2 Par e C3 Ímpar de um hospital escola do interior paulista, cuja média de idade foi de 75,2 anos para as pessoas do sexo feminino e 72,9 para as do sexo masculino. Prevaleram os diagnósticos de doenças crônicas como *diabetes mellitus* e hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e respiratórias, dentre outras, e poucas pessoas estavam fazendo uso de sedativos e/ou barbitúricos como complemento medicamentoso.

As horas de sono referidas pelas mulheres no ambiente doméstico atingiram a média de 7,6 horas, enquanto no hospital a média foi mais baixa, ou seja, 6,1 horas. Para os homens, a média foi de 6,5 horas em domicílio e 5,5 horas no hospital. Prevaleram os relatos de dificuldade para dormir devido às questões ambientais, queixa de dores físicas devido ao quadro patológico e/ou decorrentes de alterações emocionais, descritas como ansiedade, medo, raiva e insegurança e uso de medicamentos. Os aspectos que dificultavam o sono durante a internação foram incontinência urinária, barulho, ruído de campainha e luzes acesas, compartilhamento do quarto, falta de um acompanhante (familiar), roncos, falta de cobertores, dentre outros.

Quanto à importância do sono para o indivíduo, houve unanimidade em reconhecê-lo como essencial ao bem-estar físico, emocional, o bom humor e a saúde em geral. A avaliação do sono do indivíduo idoso deve ser incorporada à rotina de cuidados pela enfermagem, pois o sono é uma necessidade humana básica essencial. A revisão da saúde pessoal quanto a esse aspecto deve incluir não só as informações obtidas do idoso, mas de

seus potenciais observadores, de familiares, cuidadores e companheiros de quarto.

Ajudar um paciente a obter o repouso e o sono necessários requer boa compreensão e conhecimentos sobre a natureza do sono, os fatores que o influenciam e

os hábitos de sono da pessoa. As ações assistenciais de enfermagem deverão ser realizadas por meio de abordagem individualizada e intervenções mais efetivas, tendo em vista contemplar as necessidades e minimizar/solucionar os distúrbios do sono, tanto a curto quanto a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Timo-Iaria C. Evolução histórica do estudo do sono. In: Tufik S. Medicina do sono. Instituto do Sono. São Paulo: Manole; 2008. cap. 1. p. 1-23.
2. Hoshino K. Aspectos filogenéticos do sono. In: Tufik S. Medicina do sono. Instituto do Sono. São Paulo: Manole; 2008. cap. 2. p. 7-23.
3. Bezerra MLS, Vargas AC, Stuckus MZO, Nasser JA. Transtornos do sono: uma revisão de sua dimensão. *Prática Hospitalar [periódico na Internet]*. 2003; 5(29). [acesso em 2008 abr. 29]. Disponível em: www.praticahospitalar.com.br/pratica%2029/paginas/materia%2023-29.html.
4. Tufik S. Medicina e Biologia do sono. Instituto do Sono. São Paulo: Manole; 2008.
5. Lecendreux M. Sono: 100 perguntas e respostas. Tradução: Flávio Quintiliano. São Paulo: Larousse; 2003.
6. Benedito-Silva AA. Cronobiologia do ciclo vigília-sono. In: Tufik S. Medicina do sono. Instituto do Sono. São Paulo: Manole; 2008. cap. 3. p. 24-33.
7. Weinert D. Age-dependent change in the circadian system. *Chronobiology International* 2000; 17(3): 261-83.
8. Geib LTC, Cataldo Neto A, Wainberg R, Nunes ML. Sono e envelhecimento. [acesso em 2008 mar 07]. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos901/sono-alteracoes-envelhecimento/son-alteracoes-enve...>
9. Ebersole P. Geriatric nursing and healthy aging. St. Louis: Mosby; 2001.
10. Bliwise DL. Principles and practice of sleep medicine. 3ª ed. Philadelphia: Saunders; 2000.
11. Lent R. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência. São Paulo: Atheneu; 2004.
12. Rodrigues-Barrionuevo AC, Rodrigues-Vives MA, Bauzano-Poley E. Revisión de los trastornos del sueño en la infancia. *Neurol Clin* 2000; 1:150-71.
13. Smith IM. Sleep in the elderly. *Virtual Hospital. Iowa Health Book: Department of Internal Medicine*, 2001. Disponível em: [http://www.librain\[arroba\]vh.org](http://www.librain[arroba]vh.org). Acesso em: 20/03/2008.
14. Reimão R, Ribeiro do Valle LEL, Rossini S. Segredos do sono: sono e qualidade de vida. São Paulo: Tecmedd; 2008.
15. Duarte YAO, Diogo MJE. Atendimento domiciliary: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
16. Ceolim MF. O sono do idoso. In: Papaléo Neto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 190-205.
17. Eliopoulos C. Enfermagem gerontológica. São Paulo: Artmed; 2005.
18. Doi Y. Psychometric assessment of subjective sleep quality. *Res [periódico na Internet]*. 2000; 97:165-72. [acesso em 2008 set 23]. Disponível em: <http://www.psicosite.com.br/tr/out/sono.htm>
19. Oliveira JC, Rossini S, Reimão R. O sono no idoso: mudanças na arquitetura do sono e insônia. In: Reimão R; Ribeiro do Valle LEL; Rossini S. Segredos do sono. São Paulo: Tecmedd; 2008. p. 49-57.
20. Haponik EF, McCall WV. Sleep Problems. In: Hazzard WR. et al. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 1413-27.
21. Ceolim MF, Santos GER. O sono e o repouso do idoso. In: Rodrigues RAP, Diogo MJD. Como cuidar dos idosos. Campinas: Papyrus; 1996.
22. Ancoli-Israel S, Kripke DF. Sono nos idosos. In: Duthie Júnior EH, Katz PR. Geriatria prática. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 234.
23. Rodriguez CM. Sono e insônia no idoso. In: Saldanha A, Caldas CP. Saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 101-2.

AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE: PROPOSTA DE UM INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA EM ENFERMAGEM

BREASTFEEDING AND FEEDING OF INFANTS: A PROPOSAL OF AN INSTRUMENT OF DIAGNOSTIC IDENTIFICATION IN NURSING

LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE: PROPUESTA DE UN INSTRUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA EN ENFERMERÍA

Benedita de Fátima Oliveira Silva*, Bruna Maria Menegusso*, Kemely Zaniboni Felice*, Simone Roque Mazoni**

Resumo

A identificação do padrão de amamentação entre mãe e filho torna-se indispensável à manutenção e eficiência de sua prática. Para tanto, o presente estudo teve como proposição geral elaborar um instrumento de coleta de dados para identificação dos padrões de amamentação e alimentação do lactente; e de forma específica, identificar as características definidoras semelhantes entre os diagnósticos de enfermagem relacionados na NANDA-I (2007/2008); identificar na literatura indicadores e variáveis de investigação que definam as características definidoras pré-existentes e realizar validação aparente e de conteúdo do instrumento de identificação diagnóstica em enfermagem por enfermeiros especialistas em obstetrícia e neonatologia e em pediatria. Trata-se de uma proposta de estudo do tipo descritiva e prospectiva, em que técnicas de observação, descrição e exploração de aspectos da situação Aleitamento Materno foram utilizadas. Houve 100% de concordância dos especialistas quanto à pertinência dos dados e todos julgaram ser os mesmos essenciais para determinar as características definidoras apresentadas. Houve decisão consensual quanto à inserção da característica definidora "Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação" que foi inserida na categoria "Exame clínico da nutriz", sendo a característica definidora "Suprimento de leite inadequado real ou percebido" mantida na categoria "Comportamento do lactente".

Palavras-chave: Aleitamento materno. Diagnóstico de enfermagem. Padrões alimentares.

Abstract

The identification of standard for breastfeeding between mother and child becomes indispensable to maintenance and efficiency of its practice. Therefore, the present study had as general proposition to elaborate an instrument of collection of data to identify the standard for breastfeeding and feeding of infants, and specifically identify the similar defining characteristics among the nursing diagnosis described in NANDA-I in the period 2007/2008; identify in the bibliography indicators and variables of investigation which define the pre-existing defining characteristics and accomplish the apparent and content validation of the identification diagnostic instrument in nursing by specialist nurses in obstetrics and neonatology and in pediatric. It is concerning a proposal of descriptive and prospective study in which observation, description and exploration techniques of aspects of the Breastfeeding aspects have been used. All the specialists agreed to the pertinence of the data and all judged that these data are essential to determine the defining characteristics which were presented. There was a consensual decision about the insertion of the defining characteristic "Not enough emptiness of each breast in each breastfeed" which was inserted in the category "Clinical maternal examination", and the defining characteristic "Real and perceived inappropriate milk supply" was maintained in the category "Infant behavior".

Keywords: Breastfeeding. Nursing diagnosis. Feeding standard.

Resumen

La identificación del estándar de lactancia entre madre e hijo se torna indispensable al mantenimiento y eficiencia de su práctica. Para tanto, el presente estudio ha tenido como proposición general elaborar un instrumento de recolección de datos para identificación de los estándares de lactancia y alimentación del lactante; y de forma específica identificar las características definidoras semejantes entre los diagnósticos de enfermería relacionados en NANDA-I en el período 2007/2008; identificar en la literatura indicadores y variables de investigación que definan las características definidoras preexistentes y realizar validación aparente y de contenido del instrumento de identificación diagnóstica en enfermería por enfermeros especialistas en obstetrícia y neonatología y en pediatria. Se trata de una propuesta de estudio del tipo descriptiva y prospectiva en que técnicas de observación, descripción y exploración de aspectos de la situación Lactancia Materna se han utilizado. Todos los especialistas han estado de acuerdo en cuanto a la pertinencia de los datos y

* Enfermeiras graduadas pelo Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

** Enfermeira. Mestre e Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP da Universidade de São Paulo - USP, Brasil. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA). E-mail: simazoni@usp.br

todos han juzgado ser los mismos esenciales para determinar las características definidoras presentadas. Hubo decisión consensual en cuanto a la inserción de la característica definidora "Vaciamiento insuficiente de cada mama por lactancia" que ha sido insertada en la categoría "Examen clínico de la nutriz", siendo la característica definidora "Suministro de leche inadecuada real o percibida" mantenida en la categoría "Comportamiento del lactante".

Palabras clave: Lactancia materna. Diagnóstico de enfermería. Estándares alimentarios.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS

A amamentação é um ato biologicamente determinado, contudo, social e culturalmente condicionado, pois envolve a ambivalência da mulher entre querer e poder amamentar.¹ Portanto, a identificação do padrão de amamentação no binômio mãe-filho torna-se indispensável à manutenção e à eficiência dessa prática.

A amamentação, além de ser um ato de amor, é também o mais eficiente instrumento na direção da promoção da saúde física e mental, desde a primeira fase da vida humana.² Atualmente, estudos sobre a temática amamentação revelam que o desmame precoce deve-se a diversos fatores, destacando-se entre eles o desconhecimento da mãe, mudanças e alterações nas tradições, crenças e novos valores sociais sobre o que é amamentar. Ainda relacionam-se atitudes médicas e culturais desfavoráveis, influências comerciais negativas, falta de conhecimento do rol de papéis da mulher na sociedade, mudança desfavorável da carga de trabalho com horários que prejudicam a amamentação e perda das redes sociais de apoio ao aleitamento materno.³

A amamentação deve ser vista como uma prática indispensável para a melhoria da saúde e qualidade de vida de mães e crianças. Estratégias de promoção dessa prática vêm sendo utilizadas há, aproximadamente, duas décadas. Assim, o papel do enfermeiro como profissional da saúde em identificar os padrões de amamentação, torna-se importante para o incentivo, no sentido de promover, além da educação em saúde, a assistência sistematizada.⁴

Para tanto, torna-se necessária a implementação de medidas que viabilizem o diagnóstico de enfermagem: amamentação ineficaz ou dos riscos prejudiciais a essa prática. A elaboração de instrumentos compatíveis com a identificação de diagnósticos de enfermagem nesse sentido pode favorecer, consideravelmente, o incentivo e a demanda ao aleitamento, bem como a minimização de riscos que interferem no processo de amamentação.

Ao realizar o levantamento manual dos diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação na *North American Nursing Diagnoses Association (NANDA)*,⁵ identificaram-se os seguintes diagnósticos:

- Amamentação Eficaz;
- Amamentação Ineficaz;
- Amamentação Interrompida;
- Padrão Ineficaz de Alimentação do Lactente.

Segundo a NANDA,⁵ o diagnóstico de enfermagem é conceituado como sendo um julgamento clínico das respostas do indivíduo ou da família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais são passíveis de condutas de enfermagem.⁶ Assim, o conceito de diagnóstico de enfermagem transcende o de problema de enfermagem, não podendo ser usado como um sinônimo. No entanto, entende-se que problemas de enfermagem advêm do levantamento dos dados, utilizados posteriormente para agrupamentos e para identificação diagnóstica em enfermagem.

Para Gordon,⁷ "as características definidoras são válidas quando ocorrem e podem ser identificadas como um grupo em uma determinada situação clínica". E podem ser identificadas a partir dos problemas de enfermagem agrupados ou até se tratar de um deles. Assim, considerando a complexidade dos diagnósticos supracitados como interesse clínico, características definidoras referentes devem ser mais exploradas, entendidas e refinadas. Pesquisas e desafios nesse sentido serão capazes de oferecer intervenções assistenciais que atendam a multidimensionalidade dos problemas em suas diferentes formas.

Ao identificar os diagnósticos de enfermagem sobre amamentação e considerando a complexidade desse processo, depara-se com a necessidade de

incorporar à Sistematização da Assistência de Enfermagem a composição de instrumentos de coleta de dados compatíveis à identificação diagnóstica dos padrões de amamentação, com a finalidade de promover manejos necessários e que, também por essa via, impeçam a interrupção da prática inadequada.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Elaborar instrumento de coleta de dados para identificação diagnóstica em enfermagem dos padrões de amamentação e alimentação do lactente.

Objetivos Específicos

Identificar características definidoras semelhantes entre os diagnósticos de enfermagem relacionados, encontrados na NANDA-I.⁵

Levantar na literatura indicadores e variáveis de investigação que definam as características definidoras pré-existentes.

Realizar a validação aparente e de conteúdo do instrumento de identificação diagnóstica em enfermagem por enfermeiros especialistas em obstetrícia e neonatologia e em pediatria.

MÉTODOS

Tipo de Estudo

Trata-se de uma proposta de estudo do tipo descritiva e prospectiva, em que técnicas de observação, descrição e exploração de aspectos da situação Aleitamento Materno foram utilizadas.⁸ A pesquisa constou de três etapas, sendo elas:

- Primeira Etapa: Agrupamento de características definidoras por semelhança.
- Segunda Etapa: Construção do instrumento de coleta de dados.
- Terceira Etapa: Validação aparente e de conteúdo por enfermeiros especialistas.

Levantamento Bibliográfico

A revisão bibliográfica foi realizada a partir do levantamento bibliográfico manual e nas bases de dados informatizadas da Literatura Latino-americana e do Caribe

em Ciências da Saúde (Lilacs), Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (Medline) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) por meio dos descritores: Aleitamento Materno, Diagnóstico de Enfermagem, Padrões Alimentares, Características Definidoras.

Primeira Etapa

Inicialmente realizou-se levantamento de características definidoras dos diagnósticos de enfermagem relacionados aos padrões de amamentação e alimentação do lactente, presentes na NANDA-I.⁵ Sequencialmente, as características definidoras foram agrupadas por semelhança, considerando termos que caracterizaram perfil, ações e atores do processo de amamentação. O agrupamento possibilitou a construção de categorias conforme os resultados descritos a seguir. Os códigos apresentados após cada característica definidora são referentes ao código do diagnóstico de enfermagem, conforme a Taxonomia II da NANDA-I⁵ para facilitar a compreensão quanto à titulação diagnóstica a qual pertence a característica definidora.

Segunda Etapa

Constou da elaboração do instrumento de coleta de dados proposto no presente estudo, por meio da apresentação de indicadores subjetivos e objetivos de investigação, levantados na literatura e que possibilitaram identificar as características definidoras presentes no total das taxonomias, e que, portanto, permitiu a aproximação do instrumento de coleta de dados à identificação dos diagnósticos relacionados. Como estrutura de organização para coleta de dados e linguagem padronizada de registro clínico, decidiu-se por elaborar perguntas abertas e fechadas, dando preferência às fechadas, do tipo *check-list*, que serviram como guia para que dados considerados essenciais não fossem omitidos e prováveis erros de registro não fossem cometidos.

Ainda com a intenção de facilitar a análise, interpretação e agrupamento das informações coletadas, o instrumento foi elaborado com variáveis contemplando os domínios e classes pertencentes aos diagnósticos

relacionados, e estes em conformidade com a definição e as respectivas características definidoras.

O instrumento de coleta de dados seguiu sua construção considerando o referencial teórico de Sumita, Abrão e Marin,⁹ que o disponibilizam na forma de quadro com seus domínios e classes conforme a Taxonomia II da NANDA-I.⁵

A elaboração do conteúdo do presente instrumento considerou os dados essenciais de forma a identificar e padronizar um conjunto mínimo de dados que fornecesse informações suficientes e necessárias para a identificação das características definidoras presentes. Sobre o "*Conjunto Mínimo de Dados*", autores¹⁰ descrevem que este é objeto de estudo de vários profissionais, nas mais variadas áreas de atividade da enfermagem, isto é, os dados coletados no processo de enfermagem podem ser padronizados em um conjunto de itens essenciais para áreas da saúde, desde que descrevam a prática, facilitem as ações, a tomada de decisão e o desenvolvimento da pesquisa. Para tanto, o instrumento delineou-se conforme o modelo citado e apresentado no Quadro 2, na seção Resultados e Discussão.

Cabe ressaltar que a presente pesquisa engloba somente a identificação diagnóstica de enfermagem por meio das características definidoras e não contempla variáveis determinantes para os fatores relacionados.

Terceira Etapa

Define-se como validação aparente e de conteúdo a validação subjetiva feita por especialistas de áreas afins, convidados por dominarem os conteúdos envolvidos nesses fatores e por apresentarem experiência pessoal e profissional em questões referentes ao assunto investigado.¹¹

A validação aparente e de conteúdo foi realizada por quatro enfermeiras, sendo três especialistas em obstetrícia e neonatologia e uma especializada em pediatria, que apresentaram tempo de experiência mínimo de 1 ano e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme resolução da Comissão Nacional de Ética em

Pesquisa (CONEP) nº 196/96 em concordância à participação do estudo. O tamanho da amostra para este ensaio foi semelhante ao estudo de Valle,¹² embora para Fehring,¹³ a representatividade geográfica e nacional para o tipo de estudo seja a amostragem mínima de 50 peritos.

Instrumento de Coleta de Dados

Foi estruturado para a obtenção de dados que possibilitassem ao profissional especialista avaliar a clareza, objetividade e pertinência do instrumento proposto de forma aparente e em seu conteúdo, com possibilidade de sugestões que colaborassem para a aproximação do instrumento de coleta de dados à identificação dos diagnósticos de enfermagem relacionados.

Análise

Foi realizada considerando-se o julgamento dos especialistas quanto à concordância e discordância das categorias analisadas. Em face das discordâncias, o grupo de pesquisadores se reuniu e, em decisão consensual, definiu a proposta final da apresentação do instrumento. Foram acatadas as sugestões, consideradas pertinentes, tendo sido seus resultados descritos sob três aspectos: agrupamento de características definidoras; instrumento de coleta de dados; caracterização e julgamento dos especialistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Agrupamento de Características Definidoras

O agrupamento de características definidoras (Quadro 1, segunda coluna) abrangeu seis categorias, sendo elas: Sucção do lactente; Interação mãe-filho; Perfil da prática, manejos e conhecimentos maternos para o aleitamento; Comportamento do lactente; Exame Clínico da Nutriz; e Exame Clínico do Lactente; as quais pertencem a primeira coluna do Quadro 1. A terceira coluna apresenta as possibilidades diagnósticas dos padrões de amamentação relacionados no presente estudo.

Quadro 1 - Agrupamento de características definidoras presentes nos diagnósticos de enfermagem relacionados ao padrão de amamentação e alimentação do lactente (NANDA-I, 2007/2008)

CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS	AGRUPAMENTO DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Sucção do lactente	<ul style="list-style-type: none"> - Sucção/deglutição no peito regular e contínua (00106) - Descontinuidade da sucção na mamada (00104) - Incapacidade da criança de apreender a região areolar-mamilar corretamente (00104) - Incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração (00107) - Incapacidade de iniciar uma sucção eficaz (00107) - Incapacidade de sustentar uma sucção eficaz (00107) - Sinais observáveis de ingestão inadequada pela criança (00104) 	00104 - Amamentação ineficaz 00106 - Amamentação eficaz 00107 - Padrão ineficaz de alimentação do lactente
Interação mãe-filho	<ul style="list-style-type: none"> - Padrões eficazes da comunicação mãe-filho (00106) 	00106 - Amamentação eficaz
Perfil da prática, manejos e conhecimentos maternos para o aleitamento	<ul style="list-style-type: none"> - A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de preensão da região areolar-mamilar bem-sucedida (00106) - Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (00106) - Processo de amamentação insatisfatório (00104). - Oportunidade insuficiente de sugar o peito (00104). - Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação (00104) - Separação entre mãe e filho (00105) - A criança não é amamentada em algumas ou em todas as mamadas (00105) - Desejo da mãe de eventualmente oferecer seu leite para atender as necessidades nutricionais do bebê/criança (00105) - Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender às necessidades nutricionais do bebê/criança (00105) - Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho (00105) - Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno (00105) - Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno (00105) 	00104 - Amamentação ineficaz 00105 - Amamentação interrompida 00106 - Amamentação eficaz
Comportamento do lactente	<ul style="list-style-type: none"> - Resistência da criança em apreender a região areolar-mamilar com a boca (00104) - Ausência de resposta a outras medidas de conforto (00104) - A criança está satisfeita após a mamada (00106) - Criança se arqueia e chora no peito (00104) - Criança que exhibe agitação na primeira hora após a amamentação (00104) - Avidéz da criança para ser amamentada (00106) - Criança chora na primeira hora após a amamentação (00104) - Suprimento de leite inadequado real ou percebido (00104) 	00104 - Amamentação ineficaz 00106 - Amamentação eficaz
Exame clínico da nutriz	<ul style="list-style-type: none"> - Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação (00104) - Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina (00104) - Sinais e/ou sintomas de liberação de ocitocina (00106) 	00104 - Amamentação ineficaz 00106 - Amamentação eficaz
Exame físico do lactente	<ul style="list-style-type: none"> - Padrão de peso da criança apropriado para idade (00106) - Padrão de eliminação da criança adequado para a idade (00106) 	00106 - Amamentação eficaz

Instrumento de coleta de dados

O formulário de coleta de dados constituiu-se de dados de identificação, constando de três colunas, sendo a primeira linha composta dos dados de identificação do binômio mãe-filho, a primeira coluna composta dos domínios e classes conforme a NANDA-I⁵

e *check-lists* com indicadores e variáveis para a coleta de dados. Na seqüência, a segunda coluna compõe-se das características definidoras levantadas a partir dos diagnósticos de enfermagem relacionados e, finalmente, encerra-se com a terceira coluna composta pelos referentes diagnósticos de enfermagem (Quadro 2).

Quadro 2 - Padrão de amamentação e alimentação do lactente - formulário de identificação diagnóstica em enfermagem

A – Identificação		
Nome da nutriz: _____ Idade: _____ Unidade de atendimento: _____ Data: ____/____/____.		
Nome do lactente: _____ Idade: _____.		
B – Domínios: classes	C – Características definidoras	D – Diagnóstico de enfermagem (NANDA 2007-2008)
<p>Domínio 2 – Nutrição Definição: "As atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção dos tecidos, reparação de tecidos e produção de energia". (NANDA, 2007-2008)</p> <p>Classe 1 – Ingestão Definição: "Introdução de alimentos ou nutrientes no organismo". (NANDA, 2007-2008)</p> <p>Sucção do lactente 1. A língua envolve as laterais do mamilo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2. A língua comprime a aréola em direção à parte posterior da boca? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 3. Deglute após o movimento de compressão da aréola? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 4. Tem capacidade de iniciar sucção com pega de aréola adequada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 5. Tem capacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 6. Tem capacidade de sustentar a sucção adequadamente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Observações: _____</p> <p>Domínio 7 – Relacionamentos de papel Definição: "As conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupos de pessoas e os meios pelos quais essas conexões são demonstradas". (NANDA, 2007-2008)</p> <p>Classe 3 – Desempenho de papel Definição: "Qualidade de estar funcionando em padrões de comportamento socialmente esperados." (NANDA, 2007-2008)</p> <p>Interação mãe-filho 1. Houve contato de pele na primeira hora após o nascimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2. A amamentação ocorreu dentro das primeiras duas horas após o nascimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 3. Recém-nascido é mantido em Alojamento Conjunto ininterruptamente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não * * Motivo: _____ 4. Mãe mantém contato de pele: <input type="checkbox"/> com frequência mesmo que o lactente não chore <input type="checkbox"/> sempre que o lactente chora <input type="checkbox"/> não mantém em nenhum dos casos. 5. Mãe estimula reflexo de busca: <input type="checkbox"/> com frequência mesmo que o lactente não chore <input type="checkbox"/> sempre que o lactente chora <input type="checkbox"/> não estimula em nenhum dos casos. Observações: _____</p> <p>Perfil da prática, manejos e conhecimentos maternos para o aleitamento. 1. Oferece as mamas: <input type="checkbox"/> com frequência mesmo que o lactente não chore <input type="checkbox"/> sempre que o lactente chora <input type="checkbox"/> não oferece em nenhum dos casos. 2. Oferece: <input type="checkbox"/> leite materno <input type="checkbox"/> leite artificial <input type="checkbox"/> água <input type="checkbox"/> chá <input type="checkbox"/> outro: _____ 3. Na ausência da mãe o leite materno é oferecido à criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não * * Por quê? _____ 4. A administração de alimentos complementares ou do próprio leite materno é feita por meio de: <input type="checkbox"/> bicos artificiais <input type="checkbox"/> colher <input type="checkbox"/> copos <input type="checkbox"/> sondas 5. É capaz de posicionar lactente para promover apreensão da região mamilo-areolar adequada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 6. Massageia aréola e expressa-a para saída do leite antes de oferecer mama ao lactente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 7. Faz prega da aréola para oferecer ao lactente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 8. Mãe permite que lactente esvazie a mama até o fim, isto é, até que o mesmo cesse a mamada espontaneamente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 9. Mãe oferece a outra mama na mesma mamada após esvaziamento da mama de início? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 10. Mãe oferece a última mama oferecida na mamada anterior? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 11. Mãe oferece mamadas noturnas: <input type="checkbox"/> com frequência inferior à diurna <input type="checkbox"/> com frequência igual à diurna <input type="checkbox"/> com frequência maior que a diurna. 12. Frequência diária de mamadas: _____ vezes em 24 horas. 13. Mãe estimula eructação após a mamada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 14. Mãe coloca lactente em decúbito lateral direito após as mamadas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 15. Mãe verbaliza satisfação com o processo de amamentação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 16. Mãe verbaliza desejo de: <input type="checkbox"/> eventualmente oferecer seu leite para atender as necessidades nutricionais do lactente <input type="checkbox"/> manter o aleitamento materno para atender as necessidades nutricionais do lactente <input type="checkbox"/> oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho <input type="checkbox"/> não verbaliza Observações: _____</p> <p>Comportamento do lactente 1. Resiste em apreender região mamilo-areolar com a boca? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2. Ao ser colocado ao peito, apresenta avidez para ser amamentado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 3. Ao peito, se arqueia e chora? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 4. Exibe agitação na primeira hora após amamentação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 5. Chora na primeira hora após amamentação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 6. Apresenta ausência de resposta a outras medidas de conforto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 7. Dorme após a mamada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Observações: _____</p> <p>Exame clínico da nutriz 1. Verbaliza: <input type="checkbox"/> presença de cólica ao amamentar <input type="checkbox"/> sensação de mamilos doloridos <input type="checkbox"/> sensação de mamas quentes, cheias e pesadas <input type="checkbox"/> mamas "empedradas" <input type="checkbox"/> ejeção de leite próxima à hora das mamadas. 2. Pele e mucosas: <input type="checkbox"/> hipocorada <input type="checkbox"/> corada <input type="checkbox"/> hiperacorada <input type="checkbox"/> icterícia <input type="checkbox"/> hidratada <input type="checkbox"/> ressecada 3. Turgor cutâneo e elasticidade: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuído 4. Mamas: <input type="checkbox"/> simétricas <input type="checkbox"/> assimétricas <input type="checkbox"/> flácidas <input type="checkbox"/> túrgidas <input type="checkbox"/> ingurgitadas <input type="checkbox"/> ductos lactíferos bloqueados <input type="checkbox"/> mastite <input type="checkbox"/> doloridas à palpação 5. Aréolas: <input type="checkbox"/> claras ou escurecidas <input type="checkbox"/> hiperemiadas <input type="checkbox"/> doloridas à palpação 6. Mamilos: <input type="checkbox"/> íntegros <input type="checkbox"/> com fissuras <input type="checkbox"/> com hiperemias <input type="checkbox"/> doloridos à palpação 7. Há ejeção de leite próxima à hora das mamadas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 8. Útero contraído abaixo da cicatriz umbilical? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 9. Loquia fisiológica: <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> presente, características: _____. Observações: _____</p> <p>Exame clínico do lactente 1. Pele e mucosas: <input type="checkbox"/> hipocorada <input type="checkbox"/> corada <input type="checkbox"/> hiperacorada <input type="checkbox"/> icterícia <input type="checkbox"/> hidratada <input type="checkbox"/> ressecada 2. Turgor cutâneo e elasticidade: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuído 3. Estatura: _____ centímetros 4. Peso _____ Kg 5. Condição de crescimento: <input type="checkbox"/> sobrepeso <input type="checkbox"/> normalidade nutricional <input type="checkbox"/> risco nutricional <input type="checkbox"/> peso baixo <input type="checkbox"/> peso muito baixo. 6. Eliminações urinárias: <input type="checkbox"/> < 6 fraldas molhadas em 24 horas <input type="checkbox"/> entre 6 e 8 fraldas molhadas em 24 horas <input type="checkbox"/> > 8 fraldas molhadas em 24 horas. 7. Eliminações intestinais: _____ vezes ao dia, com características de fezes _____. Observações: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sucção/ deglutição no peito regular e contínua (00106)</p> <p><input type="checkbox"/> Descontinuidade da sucção na mamada (00104)</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacidade da criança de apreender a região areolar-mamilar corretamente (00104)</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração (00107)</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacidade de iniciar uma sucção eficaz (00107)</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacidade de sustentar uma sucção eficaz (00107)</p> <p><input type="checkbox"/> Sinais observáveis de ingestão inadequada pela criança (00104)</p> <p><input type="checkbox"/> Padrões eficazes da comunicação mãe-filho (00106)</p> <p><input type="checkbox"/> A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de preensão da região areolar-mamilar bem-sucedida (00106)</p> <p><input type="checkbox"/> Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (00106) % Processo de amamentação insatisfatório (00104)</p> <p><input type="checkbox"/> Oportunidade insuficiente de sugar o peito (00104)</p> <p><input type="checkbox"/> Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação (00104) *</p> <p><input type="checkbox"/> Separação entre mãe e filho (00105)</p> <p><input type="checkbox"/> A criança não é amamentada em algumas ou em todas as mamadas (00105)</p> <p><input type="checkbox"/> Desejo da mãe de eventualmente oferecer seu leite para atender as necessidades nutricionais do bebê/ criança (00105)</p> <p><input type="checkbox"/> Desejo da mãe de manter o aleitamento para atender às necessidades nutricionais do bebê/criança (00105)</p> <p><input type="checkbox"/> Desejo da mãe de oferecer seu leite para as necessidades nutricionais do filho (00105)</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de conhecimento com relação à expressão (ordenha) do leite materno (00105)</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de conhecimento em relação ao armazenamento do leite materno (00105)</p> <p><input type="checkbox"/> Resistência da criança em apreender a região areolar-mamilar com a boca (00104)</p> <p><input type="checkbox"/> Ausência de resposta a outras medidas de conforto (00104)</p> <p><input type="checkbox"/> A criança está satisfeita após a mamada (00106)</p> <p><input type="checkbox"/> Criança se arqueia e chora no peito (00104)</p> <p><input type="checkbox"/> Criança que exibe agitação na primeira hora após a amamentação (00104)</p> <p><input type="checkbox"/> Avidez da criança para ser amamentada (00106)</p> <p><input type="checkbox"/> Criança chora na primeira hora após a amamentação (00104)</p> <p><input type="checkbox"/> Suprimento de leite inadequado real ou percebido (00104) *</p> <p><input type="checkbox"/> Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação (00104)</p> <p><input type="checkbox"/> Ausência de sinais observáveis de liberação de ocitocina (00104)</p> <p><input type="checkbox"/> Sinais e/ou sintomas de liberação de ocitocina (00106)</p> <p><input type="checkbox"/> Padrão de peso da criança apropriado para idade (00106)</p> <p><input type="checkbox"/> Padrão de eliminação da criança adequados para a idade (00106)</p>	<p><input type="checkbox"/> 00104 - Amamentação ineficaz contínua (00106)</p> <p><input type="checkbox"/> 00105 - Amamentação interrompida</p> <p><input type="checkbox"/> 00106 - Amamentação eficaz</p> <p><input type="checkbox"/> 00107 - Padrão ineficaz de alimentação do lactente</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>

Caracterização e Julgamento dos Especialistas

Os juízes que compuseram a presente fase foram quatro enfermeiros especialistas, sendo três com especialidade em Obstetrícia e Neonatologia e um com especialidade em Pediatria, com tempo de experiência profissional na área de Enfermagem Obstétrica ou Pediátrica que variou entre dois e dez anos. Dois especialistas trabalham com diagnósticos de enfermagem da NANDA, um na assistência e um no ensino, com tempo de experiência entre um e três anos. Dois deles apresentam como titulação máxima o grau de Mestre, porém, não com dissertação que envolva a temática diagnóstico de enfermagem ou aleitamento materno. Um dos participantes realizou trabalho científico sobre o tema "Aleitamento Materno".

O grupo de juízes iniciou a análise aparente e de conteúdo pelo julgamento do Quadro 1, o qual continha o agrupamento das características definidoras e as categorias formadas a partir das características agrupadas; todos os especialistas consideraram as características agrupadas como semelhantes. Um especialista discordou de que para o agrupamento de características definidoras consideraram-se termos que caracterizavam o perfil, as ações e os atores referentes ao processo de amamentação quanto às categorias apresentadas, e como justificativas referiu que os termos não eram adequados para as titulações diagnósticas e não para o agrupamento das características definidoras, sendo, na realidade, este último, o objeto de julgamento.

Embora não se encontre pesquisas que comparem o perfil de julgamento de especialistas e o tempo de formação profissional, discute-se a questão do julgamento relacionado ao tempo de formação de especialistas e o conhecimento quanto ao processo de enfermagem. Será que especialistas com tempo de formação profissional maior tem menor familiaridade com classificações diagnósticas em enfermagem e, por outro lado, ofereceriam julgamentos mais precisos no que tange aos temas das especialidades?

Quem são os enfermeiros "expertos"? Para Galdeano e Rossi ¹⁴ essa é uma pergunta que intriga pesquisadores de diversos países e ressaltam que é importante distinguir o enfermeiro especialista do

enfermeiro "experto", visto que o primeiro diz respeito ao profissional com experiência clínica, relativa ao conhecimento e habilidade técnica, e o segundo diz respeito à especialização em relação ao conhecimento diagnóstico.

Ao agrupar as características definidoras às categorias, houve controvérsias se a característica definidora "Suprimento de leite inadequado real ou percebido" englobar-se-ia na categoria "Comportamento do lactente" ou na categoria "Exame clínico da nutriz", então, a mesma foi mantida na categoria "Comportamento do lactente" e julgada pelo grupo de juízes. Caso semelhante ocorreu com a característica definidora "Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação", se esta se inseriria à categoria "Perfil da prática, conhecimentos maternos para o aleitamento" ou à categoria "Exame clínico da nutriz". Para o primeiro caso, houve empate de julgamento, considerando que a característica definidora deveria permanecer na categoria "Comportamento do lactente" ou em ambas as categorias. Para o segundo caso, dois especialistas julgaram que a característica definidora "Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação" deveria inserir-se à categoria "Exame clínico da nutriz", um que a mesma englobar-se-ia em ambas as categorias e um especialista julgou que a característica definidora deveria ser mantida na categoria pré-estabelecida.

A segunda parte do julgamento constou da validação aparente e de conteúdo do instrumento de coleta de dados. Este foi julgado quanto à pertinência e se os dados eram essenciais em cada categoria. Houve 100% de concordância quanto à pertinência dos dados e todos julgaram ser os mesmos essenciais para determinar as características definidoras apresentadas.

Por fim, houve decisão consensual quanto à inserção das características definidoras pendentes, definindo-se a proposta final da apresentação do instrumento. A característica definidora "Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação" englobou-se na categoria "Exame clínico da nutriz" e a característica definidora "Suprimento de leite inadequado real ou percebido" foi mantida na categoria "Comportamento do lactente".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento de coleta de dados proposto foi construído para a identificação diagnóstica em Enfermagem no que se refere ao Padrão de Amamentação do Lactente, mostrando-se pertinente no julgamento dos especialistas. Entretanto, o ensaio demonstrou ser um trabalho árduo, longo e minucioso.

A validação é um processo contínuo de reavaliação e ajuste para facilitar o raciocínio do

processo diagnóstico e, portanto, a aproximação de seus indicadores eleva a confiança de pesquisadores e profissionais que utilizarão o instrumento para a identificação diagnóstica. Para tanto, pesquisas posteriores, que se pautem por variáveis de definições de fatores relacionados para este mesmo instrumento, tornam-se viáveis antes de sua validação por especialistas em amostras que sejam nacionalmente representativas.

REFERÊNCIAS

1. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza e cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
2. Oliveira MMT, Amorin VCSA. Aleitamento materno: promoção de saúde na infância. *Odontologia Clin. Científica*. 2005; 4(1): 49-56.
3. Fracolli LA, Maeda ST, Brites PR, Sepúlveda SCF, Campos CMS, Zoboli ELCPA. A visita domiciliar sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência. *Rev Eletr Enf*. 2003; 5(2):78-82.
4. Abrão ACFV, Gutiérrez MGR de, Marin HF. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação da NANDA, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. *Rev Latino Am Enfermagem*. 1999;5(2): 49-59.
5. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses Definitions & Classification. 2007-2008. NANDA Internacional, 2007.
6. Farias JN, Nobrega MML, Perez VLAB, Coler MS. Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta; 1990.
7. Gordon M. Nursing Diagnosis: processs and application. 3ª ed. St Louis: Mosby; 1994.
8. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Compreensão do delineamento da pesquisa quantitativa. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001; 8:163-198.
9. Sumita SLN, Abrão ACF, Marin HF. Elaboração de um instrumento de coleta de dados para identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturiente. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(4): 413-421.
10. Silveira DT, Marin HF. Conjunto de dados mínimos em enfermagem: identificação de categorias e itens para a prática de enfermagem saúde ocupacional ambulatorial. *Rev Paul Enferm*. 2006; 59(2).
11. Colares MFA, Troncon LEA, Figueiredo JFC, Cianflone ARL, Rodrigues MLV, Piccinato CE et al. Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. *Rev Bras Ed Médica*. 2002; 26(3).
12. Vale IN. Risco para amamentação ineficaz: proposta de diagnóstico de enfermagem. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
13. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart and Lung*, St. Louis.1987;16(6):625-29.
14. Galdeano LE, Rossi LA. Construção e validação de instrumentos de coleta de dados para o período perioperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2002; 10(6):800-4.

TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV EM UMA CIDADE DO INTERIOR PAULISTA E REGIÃO NO PERÍODO DE 2004 A 2008

HIV VERTICAL TRANSMISSION IN A CITY IN THE INTERIOR OF THE STATE OF SÃO PAULO AND REGION IN THE PERIOD FROM 2004 TO 2008

TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VÍRUS VIH EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR PAULISTA Y REGIÓN EN EL PERÍODO DE 2004 A 2008

Juliana Brocco Paião,* Dayane Telini,* Fabricia de Cássia Presente,* Maria Claudia Parro,** Dulce Maria Silva Vendruscolo***

Resumo

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, 15% a 30% das crianças nascidas de mães portadoras do vírus HIV são contaminadas na gestação, no trabalho de parto ou parto, ou através da amamentação, processo denominado transmissão vertical do HIV. Preventivamente, esta transmissão pode reduzir-se para menos de 1%. O objetivo do estudo foi descrever a transmissão vertical do vírus HIV na micro-região de um município do interior paulista, no período de janeiro de 2004 a junho de 2008. O estudo constou de dados obtidos do SINANNET, através da Ficha de Notificação de Agravos e do Serviço Ambulatorial de Especialidades em Moléstias Infeciosas do hospital escola do município, relativos a gestantes portadoras do vírus HIV e seus filhos, incluindo 33 gestantes portadoras do vírus e 33 crianças atendidas pelo ambulatório no período de 2004 a 2008. Entre os principais resultados, 15 (46%) das crianças submetidas à terapia anti-retroviral e acompanhadas durante pelo menos 2 anos, apresentaram sorologia negativa para o HIV; 15 (46%), nascidas em 2007 e 2008, não encerraram o acompanhamento preconizado mantendo sorologia negativa; 1 (3%) sorologia positiva no período estudado; 2 crianças (6%) não foram acompanhadas pelo serviço, sendo um bebê natimorto e outro com sorologia positiva para ao HIV por abandono do tratamento. Concluiu-se que a terapia anti-retroviral durante a gestação e o seguimento em longo prazo do recém-nascido de mães portadoras do vírus HIV constituem estratégias eficazes para a prevenção vertical do HIV na infância. O enfermeiro, nestes centros especializados, desempenha importante papel nas medidas de controle destas crianças ao risco de infecção pelo HIV.

Palavras-chave: HIV. Gestantes. Recém-nascido. Transmissão vertical de doença.

Abstract

According to Brazilian Health Ministry, 15% to 30% of children born from HIV-positive mothers are contaminated in the pregnancy period, during labor, or delivering the baby, or through breastfeeding – this contamination process is called HIV vertical transmission. Previously, the transmission can be reduced to less than 1%. The objective of this study was to describe the HIV vertical transmission in the micro-region of a city in the interior of the state of Sao Paulo, in the period from January 2004 to June 2008. The study was based on data obtained from SINANNET, through the Notification Form, and Ambulatory Service of Specialties on Infectious Diseases of the school hospital of the city, related to the pregnant women carrying the HIV-virus, and their children, including 33 pregnant women carrying the HIV-virus, and 33 children, who received ambulatory care in the period between 2004 and 2008. Among the main results, 15 (46%) of the children who underwent anti-retroviral therapy, and followed during at least 2 years, presented HIV negative serology; 15 (46%) of the children born in 2007 and 2008, didn't conclude the indicated follow-up program, maintaining the negative serology; 1 (3%) positive serology in the studied period; 2 children (6%) – one dead baby, and one HIV-positive serology because it quit treatment - didn't receive follow-up assistance from the service. It was concluded that the anti-retroviral therapy during the pregnancy and following long-term treatment of babies born from HIV carrying mothers are efficient strategies for vertical prevention of HIV in childhood. The nurse, in these specialized centers, performs important rule with control measures to prevent from the risk of infection by HIV.

Keywords: HIV. Pregnant women. Infant newborn. Disease transmission vertical.

Resumen

Según el Ministerio de la Salud de Brasil, el 15% al 30% de los niños nacidos de madres portadoras del virus VIH son contaminadas en la gestación, en el trabajo de parto o parto, o a través de la lactancia materna, proceso denominado transmisión vertical del VIH.

* Enfermeiras graduadas pelo Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

** Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: mcparro@gmail.com

*** Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: vendruscolodulce@ig.com.br

Preventivamente, esta transmissão puede reducirse para menos del 1%. El objetivo del estudio ha sido describir la transmisión vertical del virus VIH en la microregión de un municipio del interior paulista, en el período de enero de 2004 a junio de 2008. El estudio ha constado de datos obtenidos del SINANNET, a través de la Ficha de Notificación de Agravios y del Servicio Ambulatorial de Especialidades en Molestias Infecciosas del hospital escuela del municipio, relativos a embarazadas portadoras del virus HIV y sus hijos, incluyendo 33 embarazadas portadoras del virus y 33 niños atendidos por el ambulatorio en el período de 2004 a 2008. Entre los principales resultados, 15 (el 46%) de los niños sometidos a la terapia antiretroviral y acompañados durante por lo menos 2 años, han presentado serología negativa para el VIH; 15 (el 46%), nacidos en 2007 y 2008, no terminaron el acompañamiento preconizado manteniendo serología negativa; 1 (el 3%) serología positiva en el período estudiado; 2 niños (el 6%) no han sido acompañados por el servicio, siendo un bebé natimuerto y otro con serología positiva para el VIH por abandono del tratamiento. Se ha concluido que la terapia antiretroviral durante el embarazo y el seguimiento en largo plazo del RN de madres portadoras del virus VIH constituyen estrategias eficaces para la prevención vertical del VIH en la niñez. El enfermero, en estos centros especializados, desempeña importante papel en las medidas de control de estos niños al riesgo de infección por el VIH.

Palabras clave: VIH. Mujeres embarazadas. Recién nacido. Transmisión vertical de enfermedad.

INTRODUÇÃO

A AIDS é uma doença emergente que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em virtude de seu caráter pandêmico e de sua gravidade. É a manifestação clínica da infecção pelo vírus HIV que leva, em média, oito anos para o aparecimento da doença. Os indivíduos infectados pelo HIV evoluem para grave disfunção do sistema imunológico, havendo um tropismo pelos linfócitos TCD4+ e monócitos, uma das principais células-alvo do vírus.

A epidemia da AIDS, embora sendo uma doença ainda relativamente nova, representa um dos maiores desafios na história da humanidade.¹ Apesar do avanço do conhecimento sobre a infecção pelo HIV na última década, a epidemia continua sem controle, uma vez que o acesso das pessoas a diferentes estados e nações propiciou, e ainda propicia, a rápida disseminação internacional, regional e local dessa doença. Na era da globalização, o controle da AIDS depende do conhecimento científico sobre a infecção pelo HIV e de estratégias educacionais e sociais.¹

Segundo dados atuais do Ministério da Saúde, no Brasil, desde a notificação do primeiro caso de AIDS em 1980, até junho de 2007, foram identificados 474 mil casos da doença. Estima-se que, atualmente, cerca de 590 mil pessoas vivam com HIV ou AIDS no Brasil. Nas últimas duas décadas do século passado, a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV, apresentando tendência de crescimento em anos recentes, acompanhada da expressiva participação das mulheres na dinâmica da epidemia no país.^{2,3}

Desde 1986, de acordo com o Ministério da Saúde, a notificação da AIDS/SIDA e do HIV em gestantes ou em crianças expostas ao risco de transmissão vertical é obrigatória, tendo o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS (PN-DST/AIDS) estabelecido como meta o controle da transmissão vertical do HIV, com a divulgação das ações para a sua prevenção.^{2,4}

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINANET) é a fonte de dados disponível para se conhecer aspectos importantes da transmissão materno-infantil, de interesse para a vigilância epidemiológica quanto ao agravo da doença no país. Por meio desse sistema, foram notificados no Programa Nacional DST/AIDS do Ministério da Saúde, desde o primeiro caso, em 1983, até agosto de 1999, 5.778 casos de AIDS em crianças menores de treze anos, segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde. As categorias de transmissão analisadas evidenciam que a quase totalidade dos casos (80%) ocorre pela via vertical, sendo que 11% são atribuídos à categoria de transmissão ignorada.⁵ O tratamento objetiva prolongar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida da mãe e filho infectados, pela redução da carga viral e reconstituição do sistema imunológico, e é garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de ampla rede de serviços.⁵

No ano de 2004, estimou-se que cerca de 12.000 parturientes estavam infectadas pelo HIV no Brasil. Foram notificados ao Ministério da Saúde, de janeiro de 1983 a junho de 2006, 13.171 casos de

AIDS em menores de 13 anos de idade devido à transmissão vertical. Porém, este número vem sendo reduzido ano a ano com a adoção de medidas de prevenção. A taxa de transmissão vertical do HIV pode chegar a 20%, ou seja, a cada 100 crianças nascidas de mães infectadas, 20 podem tornar-se HIV positivas. Com ações preventivas, no entanto, a transmissão pode reduzir-se para menos de 1%.⁵

O acompanhamento de gestantes HIV infectadas no Rio de Janeiro, de 1996 a 2004, aponta que o número de gestantes HIV positivo triplicou neste período, refletindo o aumento da prevalência da doença e a melhor identificação das gestantes. O índice de cesariana eletiva realizadas aumentou de 35% para 48% e a taxa de transmissão perinatal global foi de 2,4%, declinando de 3,5% para 1,6%.⁶

A maioria dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre mais tardiamente na gestação, durante o trabalho de parto e no parto, em cerca de 65% dos casos, e 35% intra-útero e nas últimas semanas da gestação, sendo que o aleitamento materno representa risco adicional de 7 a 22%.⁷

Atualmente, indica-se a Terapia Anti-Retroviral (TARV) potente, com a associação de três ou mais drogas por tempo indeterminado, e monitoramento periódico da eficácia clínico-laboratorial e de sinais de toxicidade aos medicamentos. Embora o uso de drogas anti-retrovirais durante a gravidez esteja se tornando cada vez mais freqüente, poucos dados estão disponíveis acerca das conseqüências da exposição fetal a estas drogas. A terapia ARV combinada está indicada para as mulheres que preencham os critérios para início de tratamento, visando o controle de sua infecção e a redução à transmissão vertical do HIV.⁷

A Zidovudina (AZT), sempre que possível, deverá fazer parte de qualquer esquema terapêutico que venha a ser adotado para a gestante portadora do HIV. O uso de profilaxia com AZT oral deve ser iniciado a partir da 14ª. semana de gestação e continuar durante o trabalho de parto e o parto, por via endovenosa até o clampeamento do cordão umbilical. Antes de se iniciar o uso do AZT, recomenda-se coletar sangue da gestante para a realização da

contagem de linfócitos T-CD4+ e medir a carga viral, a fim de possibilitar a avaliação do esquema terapêutico e a necessidade da administração de quimioprofilaxia para infecções oportunistas.^{7,8}

Existem evidências de que a prematuridade e o tempo de rotura de membranas prolongado estão associados à maior risco de transmissão vertical do HIV. A amamentação, em qualquer período, é considerada como uma nova exposição e, se ocorrer, a criança deve ser submetida à nova rotina de diagnóstico da infecção pelo HIV.³

Segundo estudos do PN-DST/AIDS, a estabilização das taxas de prevalência do HIV está associada às mudanças de comportamento e às práticas e atitudes da população brasileira frente às questões relacionadas à transmissão do vírus HIV. Dados da pesquisa sobre conhecimento da doença, atitudes e práticas na população brasileira (PCAP-BR) demonstram que, dentre os fatores de vulnerabilidade ao HIV, encontra-se a falta de conhecimento sobre as formas de transmissão e proteção, a falta ou o uso inconsistente de preservativos e a multiplicidade de parceiros sexuais.³

As gestantes infectadas pelo HIV devem receber assistência pré-natal abrangente. A participação do enfermeiro no programa de controle da transmissão vertical do vírus é essencial, atuando no acompanhamento da criança, no tratamento e nas medidas de avaliação de risco. É responsabilidade do enfermeiro orientar as gestantes sobre a importância dos exames, as medidas de prevenção da infecção pelo HIV, bem como as mudanças no estilo de vida, documentando essas orientações no prontuário da gestante.⁹

A presente pesquisa teve como propósito o estudo da transmissão vertical do HIV, por meio de um levantamento de gestantes portadoras do vírus HIV na micro-região de um município do interior paulista.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Abordar a transmissão vertical do vírus HIV numa micro-região do interior paulista, com base em um

levantamento de dados coletados em centros especializados sobre gestantes portadoras do vírus e recém-nascidos (RNs) expostos ao risco de contaminação no período de 2004 a 2008.

Objetivos específicos

Caracterizar as gestantes portadoras do vírus HIV quanto à idade, procedência, ano de notificação, realização de pré-natal e TARV e verificar a incidência de transmissão vertical em uma micro-região do interior paulista, no período de 2004 a 2008.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, desenvolvida por meio de um levantamento epidemiológico, baseada, portanto, em dados primários, coletados através de informações oficiais do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde e SINANNET, Programa Municipal de DST/AIDS da Prefeitura Municipal de Saúde da micro-região em estudo, e informações do Serviço Ambulatorial Especializado em Moléstias Infecciosas (SAE-MI) do Hospital Escola Emílio Carlos (HEEC).¹⁰

Para o desenvolvimento da coleta de dados formulou-se um *check list* com base nos dados da ficha de notificação de agravos do Ministério da Saúde e das rotinas de atendimento do SAE-MI do HEEC, buscando informações sobre gestantes e crianças contaminadas pelo vírus HIV e em acompanhamento por este serviço.

A coleta de dados foi realizada em 2008, compreendeu dados de janeiro de 2004 a junho de 2008 e a amostra encontrada foi de 33 gestantes e 33 crianças. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa para apreciação, segundo as normas da Resolução 196/96 do CNS.

Foram analisados os dados epidemiológicos do Ministério da Saúde e de informações obtidas nos serviços de saúde a pacientes com HIV e AIDS no período de 2004 a 2008, relacionados à transmissão vertical do HIV, nesta micro-região.¹¹

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente estudo foi desenvolvido na micro-região de saúde de Catanduva, que compreende dezesseis municípios circunvizinhos: Novo Horizonte, Itajobi, Irapuã, Urupês, Elisiário, Tabapuã, Catiguá, Novais, Marapuama, Cajobi, Pirangi, Palmares, Pindorama, Ariranha, Santa Adélia e Fernando Prestes.

O levantamento realizado com base nos dados do SINANNET possibilitou a identificação de 33 gestantes infectadas pelo HIV nesta micro-região, em acompanhamento no SAE-MI do HEEC.

A caracterização das 33 gestantes e de seus filhos acompanhados no SAE-MI, no período de 2004 a 2008, está representada nas tabelas a seguir.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual das gestantes portadoras do vírus HIV, segundo a idade, procedência, ano de notificação da doença e o acompanhamento pré-natal

Variáveis	N=33	%
Faixa etária (anos)		
19 a 29 anos	15	24
30 a 39 anos	17	51
acima de 40 anos	1	3
Procedência		
Catanduva	20	61
outros municípios da região	13	39
Ano de notificação		
2004	6	18
2005	9	28
2006	9	28
2007	9	28
Realização do pré-natal		
sim	27	82
não	6	18
Ano de nascimento do filho		
2005	14	42
2006	5	15
2007	10	30
2008	4	13

Fonte: Serviço Ambulatorial de Especialidades em Moléstias Infecciosas (SAE-MI) do HEEC.

A idade média destas mulheres infectadas pelo vírus HIV notificadas no período gestacional foi de 30 anos, variando de 19 a 43 anos. Duas delas, com 36 e 22 anos, respectivamente, tiveram gestações anteriores acompanhadas por este serviço, com os filhos apresentando sorologia negativa para o HIV.

Quanto à procedência destas gestantes, 20 (60%) são do município de Catanduva e 13 (40%) das demais cidades desta micro-região.

Outros dados de identificação das gestantes como idade, escolaridade, gestações anteriores, categoria de exposição ao vírus e tratamento anti-HIV, não foram obtidos através da ficha de notificação pela ausência de registros dos mesmos, sendo computadas as informações registradas pelo SAE-MI no prontuário destas pacientes.

De acordo com notificações realizadas no município de Catanduva e em sua micro-região de abrangência, no ano de 2004 foram registrados 6 casos, sendo 4 do próprio município e 2 da micro-região; seguidos por 9 notificações no ano de 2005, com 7 casos pertencentes ao município e 2 à sua micro-região. Respectivamente, nos anos de 2006 e 2007, notificaram-se 9 casos/ano de gestantes HIV positivas: no primeiro ano, 5 casos pertenciam a Catanduva e 4 casos à micro-região de abrangência e, no segundo, 4 dos casos notificados pertenciam ao mesmo município, enquanto 5 à micro-região.

A prevalência da infecção pelo HIV em gestantes é elevada e os casos são comumente atendidos em centros de referência para DST/AIDS, fato este que demonstra a importância do SAE-MI como serviço especializado na região para o controle e tratamento da AIDS e da transmissão vertical do vírus HIV.¹²

Conforme a Tabela 1, das 33 gestantes que foram atendidas pelo SAE-MI,⁶ 6 delas não realizaram o pré-natal, como o tratamento anti-retroviral, sendo a contaminação pelo HIV detectada mais tardiamente na gestação ou no trabalho de parto.

O pré-natal é fundamental, não apenas com atuação na prevenção da transmissão vertical do HIV, mas também para a caracterização sorológica do HIV e confirmação diagnóstica, uma vez que na ausência do acompanhamento clínico rigoroso durante o pré-natal, o diagnóstico seria conhecido tardiamente, com influência na condição de saúde do bebê.¹³ A utilização da TARV associada ao acompanhamento pré-natal e durante a gestação contribui para a redução expressiva da transmissão vertical do HIV.¹⁴

A Tabela 2 apresenta dados referentes às 33 crianças atendidas pela SAE-MI no período de 2004 a 2008.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual de crianças expostas ao vírus HIV na gestação, segundo idade atual, ano de tratamento, terapia ARV e sorologia anti HIV (Catanduva, 2008)

Variáveis	N=33	%
Idade (2008)		
natimorto	1	3
menor que 1 ano	5	15
1 a 2 anos	15	46
3 a 4 anos	12	37
Terapia ARV		
sim	31	94
não	2	6
Ano de tratamento		
2004-2005	1	3
2005	2	6
2005-2006	5	15
2005-2007	3	9
2006-2007	5	15
2007-2008	13	40
2008 (junho de 2008)	4	13
Exame Anti - HIV		
caso encerrado - negativo	15	46
caso não encerrado (negativo)	15	46
não acompanhados	2	6
positivo	1	3

Fonte: SAE-MI do HEEC.

Dentre as 33 crianças nascidas de mães portadoras do vírus HIV, 31 tiveram acompanhamento pós-natal e 2 delas não foram acompanhadas - uma criança natimorta e outra que não recebeu nenhum esquema terapêutico anti-retroviral, por não adesão da mãe ao tratamento.

Das crianças acompanhadas, 15 apresentaram sorologia negativa para o HIV após completarem o período de dois anos de acompanhamento, e 15 delas ainda continuavam no período de controle retroviral em 2008. Das crianças não acompanhadas, uma apresentou sorologia positiva para o HIV. Por meio de dados da ficha de notificação, identificou-se que esta criança nasceu de mãe portadora do HIV, cujo pré-natal foi iniciado tardiamente (34 semanas), além de fazer uso de bebida alcoólica concomitante com a TARV durante a gestação.

As informações levantadas neste estudo coincidem com dados encontrados na literatura. Estudo realizado com um grupo de 26 gestantes portadoras do vírus HIV, demonstrou que 3 gestantes encerraram o acompanhamento com seu filho infectado e que as causas da transmissão vertical do HIV foram a não realização do pré-natal devido ao diagnóstico tardio da doença, durante o trabalho de parto, e a não utilização da TARV na gestação. A pesquisa reforça a prática do parto normal e

da amamentação do recém-nascido como outras fontes de contaminação do RN.¹²

Com o tratamento combinado potente, a taxa de transmissão perinatal global caiu de 3,5% para 1,6%, sendo que a adoção da TARV é a medida terapêutica eficaz para prevenção da transmissão vertical do HIV.¹³ A profilaxia com AZT em todos os períodos recomendados e o seguimento em longo prazo dos recém-nascidos de mães HIV positivo constitui uma das melhores estratégias para a prevenção da AIDS na infância.^{6,13} Em um estudo realizado em um município do Rio de Janeiro,¹⁴ das 44 crianças expostas à transmissão vertical, 6,8% foram infectadas pelo vírus, confirmadas por exame e acompanhadas no ambulatório de pediatria do programa, ou porque não tiveram a oportunidade da profilaxia da transmissão vertical do HIV, ou por falha no diagnóstico da infecção materna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos neste estudo foram relevantes para confirmar a importância das medidas de acompanhamento das gestantes portadoras do vírus HIV e de seus respectivos filhos expostos a esta contaminação. Neste estudo, no período de 2004 a 2008, 31 crianças foram submetidas à TARV e 15 (46%) apresentaram sorologia negativa para o HIV em um período de aproximadamente dois anos de acompanhamento; outras 15 (46%) também apresentaram sorologia negativa, embora não tenham completado o período de dois anos de controle.

Os estudos sobre a transmissão vertical do HIV preconizam o acompanhamento das gestantes e de seus filhos através de medidas de conscientização quanto à importância do pré-natal, a administração da TARV durante a gestação, parto e pós-parto, para que as taxas de cargas virais diminuam e as chances de transmissão vertical do vírus sejam mínimas.

No grupo de gestantes estudadas, a idade média foi de 30 anos, dado este que atenta para a importância

das ações que contemplem a educação, principalmente dos jovens em relação à contaminação pelo HIV, e do aumento da infecção na população feminina em idade fértil. Faz-se necessário que as recomendações adotadas para redução das taxas de transmissão materno-infantil do HIV sejam garantidas a toda população, por meio do acesso às unidades de referência para atendimento das gestantes soropositivas, bem como a adoção de medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV.

O município de Catanduva atende a estas recomendações ao oferecer a sua população e aos dezesseis municípios da sua micro-região, o SAE-MI, referência para o acompanhamento de gestantes portadoras do vírus HIV e de crianças expostas a este tipo de contaminação.

O estudo destas 33 gestantes e de seus filhos aponta a realidade da transmissão vertical do vírus HIV na região, tendo como parâmetros os dados epidemiológicos da infecção pelo HIV, ressaltando a eficácia do serviço de acompanhamento e do trabalho multiprofissional no diagnóstico precoce do HIV nas gestantes, no acompanhamento pré-natal rigoroso, na utilização efetiva de protocolos de TARV nos períodos pré e pós-natais, além do seguimento, em longo prazo, dos recém-nascidos de mães portadoras de HIV.

Embora estas estratégias não eliminem a infecção pelo HIV da população infantil, todavia têm poder de transformar o panorama atual da Saúde Pública, tornando-a uma questão de menor magnitude e com potencial controle. O programa de acompanhamento da prevenção da transmissão vertical do HIV preconiza o tratamento medicamentoso aliado à atuação profissional baseada nos conhecimentos específicos, na empatia, compreensão e na atuação efetiva da enfermagem em programas de prevenção como medidas fundamentais para auxiliar a gestante, o bebê e sua família, favorecendo a motivação e a adesão à TARV e ao acompanhamento da criança no controle do risco de exposição ao vírus HIV.

REFERÊNCIAS

1. Steger KA. Epidemiologia, história natural: classificação quanto ao estágio da doença. In: Libman H, Witzburg RA, organizadores. Infecção pelo HIV: um manual clínico. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1995. p. 3-23.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico. [citado em 2008 mar 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9A49113DPTBRIE.htm>.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 6ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
4. Cavalcante MS, Ramos Junior AN, Silva TMJ, Pontes LRSK. Human immunodeficiency virus transmission from mother to infant in Fortaleza: revealing the epidemiological situation in a capital of the Brazilian Northeast. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004 Mar. 26(2):131-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Gestante HIV+ e crianças expostas. [citado em 2008 mar 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISC830994DPTBRIE.htm>
6. Calvet GA, João EC, Nielsen-Saines K, Cunha CB, Menezes JA, D'Ippolito MM, et al. Trends in a cohort of HIV-infected pregnant women in Rio de Janeiro, 1996-2004. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 26(2):323-5.
7. Ruocco RMSA. Infecção pelo HIV. In: Zugaib M, Bittar RE. *Protocolos assistenciais.* 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 347-61.
8. Medgrupo Ciclo 2. M.E.D. Clínica Médica- AIDS. *Med Writers.* Rio de Janeiro, 2008; 23:19-27. (Apostila).
9. Ricci SS. *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 504-7
10. Prefeitura Municipal de Catanduva. Secretaria de Saúde. Programa Municipal de DST/AIDS. Catanduva, SP, 2005.
11. Prefeitura Municipal de Catanduva. Secretaria de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. DEVISA. Catanduva, SP, 2008.
12. David PRS, Salomão ML. Mother-to-Child transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in São José do Rio Preto. *Arq Ciênc Saúde.* 2006 Abr. 13(2):59-63.
13. Yoshimoto CE, Diniz EMA, Vaz FAC. Clinical and laboratory evolution of children born to HIV positive mothers. *Rev Assoc Med Bras.* 2005; 51(2):100-5.
14. Fernandes RCSC, Araújo LC, Medina-Acosta E. O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no município de Campos dos Goytacases, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(4):1153-9.

O CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE UMA ESCOLA DA REDE ESTADUAL DO NOROESTE PAULISTA SOBRE A HEPATITE B¹

THE KNOWLEDGE OF STUDENTS OF A PUBLIC STATE SCHOOL IN THE NORTHWEST OF THE STATE OF SAO PAULO ABOUT HEPATITIS B

EL CONOCIMIENTO DE ESTUDIANTES DE UNA ESCUELA DE LA RED ESTADUAL DEL NOROESTE PAULISTA SOBRE LA HEPATITIS B

Claudia de Fátima Gonçalves*, Renata Prado Bereta*, Vanessa Cristina Romano*, Antônia de Fátima Zanchetta Serradilha**, Nilza Gomes de Souza***

Resumo

A Hepatite B é um problema de saúde pública que pode acometer o ser humano causando diversas complicações, modificando a vida da pessoa em várias dimensões. Sua prevenção ocorre por meio da vacinação, educação em saúde e métodos de barreira. Nesse sentido, esta pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de verificar o grau de conhecimento prévio dos estudantes do Ensino Médio de uma escola da rede estadual a respeito da Hepatite B e elaborar um instrumento educativo para esclarecer as dúvidas dos estudantes. Trata-se de estudo exploratório, descritivo e de natureza quantitativa, realizado por meio de um questionário do tipo *check-list* aplicado aos alunos que aceitaram participar da pesquisa. Investigar o conhecimento desta população foi importante, tendo em vista que este é o primeiro passo para a educação em saúde. Concluiu-se que os jovens participantes do estudo possuíam pouco conhecimento sobre a patologia e, em contrapartida, verificou-se muito interesse por parte desta população sobre a temática.

Palavras-chave: Conhecimento. Estudantes. Hepatite B.

Abstract

Hepatitis B is a public health problem that can assail the human being causing several complications and modifying their lives in different ways. Its prevention is obtained by immunization, health education, and barrier methods. Thus, the main objective of this work, which was accomplished by obtaining primary data (questionnaires) and secondary (bibliographic research and internet sites) was: to verify the knowledge of high school students of a public state school of the Northwest of the state of Sao Paulo about Hepatitis B related to the pathology, transmission, prevention, signs, and symptoms, in order to establish an educative instrument to clarify the main doubts about the disease. This study is exploratory, descriptive, quantitative, accomplished by a check-list questionnaire, applied to the students who accepted to take part of the research. Investigating the knowledge of this population was important, observing that this is the first step to promote health education. It was concluded that the young students who participated of the study had little knowledge about the pathology and, on the other hand, it was verified that they had a lot of interest in the issue.

Keywords: Knowledge. Students. Hepatitis B.

Resumen

La Hepatitis B es un problema de salud pública que puede acometer al ser humano causando diversas complicaciones y cambiando su vida en varias dimensiones. Su prevención ocurre por medio de la vacunación, educación en salud y métodos de barrera. En ese sentido, el objetivo principal de este trabajo, elaborado a partir de la recolección de datos primarios (cuestionario) y secundarios (investigación bibliográfica y sitios de internet) ha sido: averiguar el conocimiento de estudiantes de la enseñanza secundaria de una escuela de la red estadual del Noroeste Paulista sobre Hepatitis B en cuanto a la patología, transmisión, prevención, señales y síntomas, teniendo por objeto la confección de un instrumento educativo para aclarar sus principales dudas. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, cuantitativo, realizado por medio de un cuestionario del tipo *check-list*, aplicado a los alumnos que han aceptado participar de la investigación. Investigar el conocimiento de esta población ha sido importante, teniendo en cuenta que este es el primer paso para la educación en salud. Se ha concluido que los jóvenes participantes del estudio poseían poco conocimiento sobre la patología y, por otro lado, se ha verificado mucho interés por parte de esta población sobre la temática.

Palabras clave: Conocimiento. Estudiantes. Hepatitis B.

¹ Artigo originado de Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido no Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) – Catanduva-SP.

* Enfermeiras graduadas pelas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) – Catanduva-SP.

** Enfermeira Especialista. Mestranda em Enfermagem na UNIFESP. Docente auxiliar do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) – Catanduva-SP.

*** Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA) – Catanduva-SP.

INTRODUÇÃO

A Hepatite B é um problema de saúde pública mundial, uma doença conhecida há séculos e que ainda hoje causa um grande impacto econômico para o sistema de saúde. Classificada como infecto-contagiosa, é uma infecção viral hepática causada pelo HBV. Este vírus é encontrado nos indivíduos contaminados, no próprio sangue, soro, exsudato de ferimentos e em suas secreções glandulares.^{1,2}

A patologia pode variar na forma aguda, crônica ou fulminante. Seu processo evolutivo depende da resposta imunológica do hospedeiro. A transmissão se dá por uma gama de fatores, dentre eles, contato com fluidos corpóreos, sangue ou derivados, contato sexual, por via parenteral ou perinatal, transplantes, compartilhamento de seringas e agulhas, lesões de pele e acidentes com material perfuro-cortante, uso de *piercing* e tatuagem. Nos Estados Unidos a principal forma de transmissão acontece através do contato sexual e compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas entre usuários de drogas.³ Sua sintomatologia é variável e depende da fase em que a infecção se encontra. Sua manifestação pode ser assintomática ou sintomática. Os principais sintomas da doença são: náuseas, vômitos, intolerância alimentar, dores abdominais, mal estar, anorexia, fraqueza, mialgia, artralgia, icterícia, colúria, hipocolia fecal e hepatomegalia. O diagnóstico clínico é subsidiado pelo diagnóstico laboratorial que é realizado a partir da identificação de antígenos pelo método imunoenzimático. O tratamento consiste na redução dos sintomas, diminuição da inflamação crônica e prevenção de complicações.^{4,5}

A infecção hepática causada pelo HBV, em sua fase crônica, consiste na maior causa de morbimortalidade mundial, pois nesta fase a Hepatite B pode evoluir para cirrose hepática, carcinoma hepatocelular ou fibrose severa.⁶

A prevenção da Hepatite B é feita através da vacinação, uso de gamaglobulina hiperimune, preservativos nas relações sexuais, utilização de seringas e agulhas descartáveis, triagem obrigatória de doadores de sangue e tecidos e a educação em saúde.

A vacinação contra a Hepatite B é obrigatória no Brasil, presente no calendário vacinal básico. A vacina é oferecida gratuitamente pela rede para indivíduos até 19 anos e grupos de risco, aplicada em três doses pela via intramuscular profunda. É eficaz quando iniciada logo no início da vida, porém alguns fatores podem intervir na eficácia da vacina.⁷

A Hepatite B é pouco conhecida pela população em geral, acarretando em maiores comportamentos de risco seguidos da não adesão à prevenção e, conseqüentemente, aumento do número de indivíduos contaminados pelo vírus HBV.⁸

A educação em saúde é uma estratégia de prevenção e controle para diferentes patologias. Para que a educação em saúde ocorra, há a necessidade de sensibilização da população para a importância do tema. A verificação se há algum conhecimento demonstrado pelos indivíduos sobre o tema, se as informações selecionadas são realmente uma necessidade para determinada população e se é um problema coletivo são questões importantes a serem investigadas. O fornecedor do conhecimento deve dominar o assunto e entender a importância da educação em saúde como estratégia de prevenção.

A educação sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e drogas em escolas obedece à normativa legal em algumas regiões.⁹

Os adolescentes são considerados um grupo de risco para a exposição ao vírus da Hepatite B e alguns estudos apontam a crescente positividade da infecção pelo HBV nesta fase, principalmente em grupos de baixo nível sócio econômico.⁸ Característica resultante da tendência à relações sexuais precoces desprotegidas e com múltiplos parceiros sexuais. Também sentir-se invulnerável, realizar experiências com drogas ilícitas e álcool e apresentar dificuldade para associar comportamentos de risco atual e estimar conseqüências futuras.⁸

A Hepatite B é um problema de saúde pública que pode ser prevenido, porém ainda acomete a população jovem diante de seus comportamentos de risco. Portanto, acredita-se que a verificação deste

conhecimento em populações jovens e a aplicação de um programa educativo poderá contribuir para comportamentos de menor risco, auxiliando na prevenção mais eficaz contra a patologia.

OBJETIVOS

O objetivo principal deste trabalho, elaborado a partir do levantamento de dados primários (questionário) e secundários (pesquisa bibliográfica e sítios da internet), foi: verificar o conhecimento de estudantes do ensino médio de uma escola da rede estadual do Noroeste Paulista sobre Hepatite B quanto à patologia, transmissão, prevenção, sinais e sintomas, e elabora um instrumento educativo para esclarecimento de dúvidas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e de natureza quantitativa. A pesquisa foi realizada em uma instituição de ensino da rede estadual de um município do noroeste paulista, com estudantes do ensino médio que apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos pais e/ou responsáveis, conforme resolução do CONEP nº 196/96. A amostra constou de 100 estudantes, sendo a coleta de dados efetuada no período de maio de 2008.

A pesquisa de campo foi realizada mediante aplicação de um questionário do tipo *check list*, com perguntas abertas e fechadas. O instrumento de coleta de dados foi dividido em três partes: I- Perfil sociográfico; II- Questões norteadoras sobre Hepatite B e III- Avaliação do questionário.

Após a coleta, os dados foram agrupados, analisados, interpretados e expressos por meio de gráficos e tabelas representativas, a fim de contemplarem os objetivos propostos pelo estudo. A pesquisa visou a confecção de um instrumento educativo para o esclarecimento das principais dúvidas relacionadas ao tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados encontrados na pesquisa, de acordo com as respostas dos estudantes foram apresentados no texto sequencialmente em gráficos e tabelas.

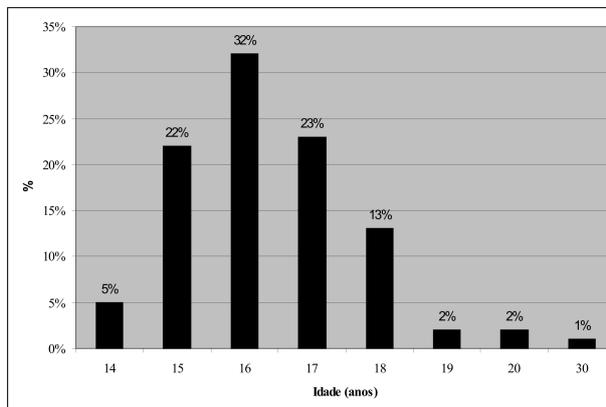


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos estudantes do ensino médio de uma escola da rede estadual de um município noroeste paulista, segundo a faixa etária - 2008

Observa-se no Gráfico 1 que 82% (n=82) dos estudantes encontravam-se na faixa etária de 14 a 17 anos, com predominância da idade de 16 anos (32%), seguida de 17% (n=17) na faixa etária de 18 a 20 anos e apenas 1% (n=1) com 30 anos de idade. A média de idade dos participantes foi de 16,45 anos. A média de idade obtida em um estudo realizado com adolescentes no Rio de Janeiro foi semelhante às do trabalho em questão.¹⁰ Compreende-se que este dado reflita a média de idade entre os adolescentes que cursam o ensino médio, uma vez que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é o período entre 10 e 19 anos.¹¹

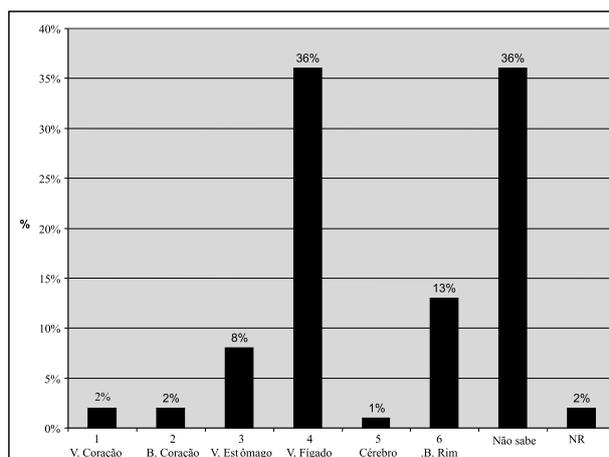


Gráfico 2 - Distribuição percentual dos estudantes do ensino médio de uma escola da rede estadual de um município do noroeste paulista quanto ao conhecimento sobre a patologia Hepatite B (2008)

¹Infeção viral que causa inflamação no coração, ²Infeção bacteriana que causa inflamação no coração, ³Infeção viral que causa inflamação no estômago, ^tInfeção viral que causa inflamação no fígado, ^uProcesso inflamatório que causa inflamação no cérebro, ^v Infeção bacteriana que causa inflamação no rim.

O Gráfico 2 mostra que 36% (n=36) dos sujeitos não tinham conhecimento sobre a Hepatite B, em contrapartida, outros 36% (n=36) responderam assertivamente que Hepatite B é uma infecção viral que causa inflamação no fígado, enquanto os demais

estudantes relacionaram a doença a outros órgãos, agentes e/ou processos patológicos. Estes dados demonstram que 62% dos estudantes não tinham conhecimento sobre a patologia.

Tabela 1 - Formas de transmissão da Hepatite B segundo os estudantes do ensino médio de uma escola da rede estadual de um município do noroeste paulista – 2008

Transmissão	N	%
Seringas e agulhas contaminadas	50	25,4
Relações sexuais desprotegidas	37	18,8
Transfusões sanguíneas e transplante de órgãos	36	18,3
Água e alimentos contaminados	29	14,7
Ar	16	8,1
Parto (mãe - bebê)	15	7,7
Mosquito	5	2,5
Fezes de animais	5	2,5
Não responderam	4	2,0
Total	197	100,0

De acordo com a Tabela 1, nota-se 50 respostas (25,4%) representando o meio de transmissão da Hepatite B, cuja ocorrência dá-se pelo compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas, enquanto para 18,8% (n=37) por relações sexuais sem proteção adequada, 18,6% (n=36) devido a transfusões sanguíneas e doação de órgãos, enquanto 14,7% (n=29) citaram tratar-se de infecção decorrente do uso de água e alimentos contaminados.

Tabela 2 - Sinais e sintomas da Hepatite B mais conhecidos pelos estudantes do ensino médio de uma escola da rede estadual de um município do noroeste paulista – 2008

Sinais e sintomas	N	%
Cansaço	42	13,4
Inapetência	37	11,8
Icterícia de pele e mucosas	36	11,5
Palidez	31	9,9
Náusea	30	9,6
Dor abdominal	21	6,7
Colúria	19	6
Hipocolia fecal	18	5,7
Hipertermia	16	5,1
Dispneia	13	4,1
Dor e inchaço de articulações	12	3,8
Hemorragia	12	3,8
Pele e olhos avermelhados	9	2,9
Coceira na pele	5	1,6
Confusão mental	4	1,3
Não há sintomas	2	0,6
Polifagia	1	0,3
Não responderam	6	1,9
Total	314	100

Quanto ao conhecimento dos sintomas da Hepatite B, na Tabela 2 verifica-se que para 13,4% (n=42) o cansaço foi citado como o sintoma mais conhecido pelos estudantes, 11,8% (n=37) a inapetência, 11,5% (n=36) a icterícia de pele e mucosas, 9,9% (n=31) a palidez e

9,6% (n=30) a náusea. Estes dados representam a falta de conhecimentos acerca dos sinais e sintomas da doença.

Tabela 3 - Formas de prevenção da Hepatite B mais segundo os estudantes do ensino médio de uma escola da rede estadual de um município noroeste paulista – 2008

Prevenção	N	%
Vacina	79	29,4
Acesso à informação	55	20,4
Evitar compartilhamento de seringas e agulhas	49	18,2
Uso de preservativo nas relações sexuais	35	13,1
Lavagem das mãos	20	7,4
Não comer alimentos crus ou mal cozidos	13	4,8
Uso de telas e mosquiteiros	4	1,5
Não deixar água acumulada em recipientes	1	0,4
Não souberam especificar	13	4,8
Total	269	100

Na Tabela 2, observa-se que para 29,4% (n=79) a vacina foi o meio de prevenção mais citado, 20,4% (n=55) referiram ser a informação, 18,2% (n=49) o não compartilhamento de seringas e agulhas, enquanto para 13,1 (n=35) o uso de preservativos durante as relações sexuais. Do montante de estudantes avaliados, 13 (4,8%) não souberam relatar.

Conforme proposto pelo estudo, após a coleta e análise dos dados, foi elaborado um instrumento educativo denominado "Show do Barão - Aprendendo sobre Hepatite B", aplicado por meio da técnica de dinâmica de grupo, com auxílio de equipamento multimídia visando identificar o interesse pelo tema e servir de instrumento esclarecedor. Os alunos foram selecionados aleatoriamente para responder perguntas pertinentes aos objetivos traçados para o estudo, sendo efetuadas perguntas de múltipla escolha, visualizadas por meio de projeção, com sinal sonoro indicando os erros e acertos. Os alunos participantes foram premiados quanto ao desempenho. Participaram desta dinâmica 300 alunos e destes, 60 foram selecionados aleatoriamente para compor a amostra e responder aos questionamentos efetuados.

Neste etapa do estudo se observou o interesse dos alunos quanto à temática do trabalho, por meio de perguntas referentes ao que eles gostariam de saber sobre a patologia e que ainda representavam um universo desconhecido. A maioria dos participantes respondeu que necessitava saber tudo que estivesse relacionado à patologia. Esse fato pôde ser presenciado no período da coleta de dados, pois os alunos estavam

ansiosos para saber se responderiam assertivamente e solicitaram verbalmente uma ação educativa quanto ao tema.

Reitera-se que este estudo investigou e empregou um processo de amostragem de estudantes que cursavam o ensino médio de uma escola da rede estadual do noroeste paulista no ano de 2008. Portanto, os dados referem-se a um grupo específico de alunos e não podem ser generalizados para toda a população de estudantes do ensino médio da rede estadual. No entanto, os resultados auxiliam no entendimento da problemática sobre a falta de informações quanto às patologias importantes como a Hepatite B para grupos de jovens. Dessa forma, é importante a elaboração de instrumentos educativos para o esclarecimento de dúvidas dos estudantes à respeito da Hepatite B.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hepatite B é uma patologia grave, infecto-contagiosa, capaz de causar grande impacto sócio-

econômico, gerando morbimortalidade significativa entre seus portadores, além do tratamento ser de alto custo e onerar financeiramente o sistema de saúde brasileiro.

Partindo do pressuposto de que a Hepatite B pode ser prevenida através da educação em saúde, entre outros métodos, este trabalho verificou o conhecimento dos estudantes do ensino médio de uma escola da rede estadual sobre esta patologia e propõe ações educativas, uma vez percebido entre os estudantes, além da carência de informações, grande interesse pelo tema.

A educação em saúde é essencial à população e, se aplicada entre jovens, poderá proporcionar informações relevantes sobre esta patologia e seus meios de prevenção, reduzindo assim, a incidência da Hepatite B para indivíduos nesta faixa etária. É de fundamental importância o incentivo para os profissionais das instituições de saúde quanto à realização de práticas educativas com esta população.

REFERÊNCIAS

1. Cheinquer H. Hepatites virais agudas e crônicas. In: Lopes AC, editor. Tratado de clínica médica. São Paulo: Roca; 2006. p. 1290-6.
2. Oliveira LHS, Silva IR, Xavier BLS, Cavalcanti SMB. Hepatitis B infection among patients attending a sexually transmitted diseases clinic in Rio de Janeiro, Brazil. Mem. Inst. Oswaldo Cruz [periódico na Internet]. 2001 Jul [citado 2008 Nov 25]; 96(5): 635-640. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762001000500007&lng=pt
3. O'Rourke KM, Redlinger TE, STeege AM. Improving hepatitis B immunization among high-risk adolescents: a low-cost intervention on the Mexico-United States border. Rev Panam Salud Publica. 2001; 9(4): 228-33.
4. Kudo AY, Abreu E, Alfredo ML. Hepatite. In: Souza M, editor. Assistência de enfermagem em infectologia. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 181-4.
5. RácZ ML, Candeias JAN. Hepatites virais. In: Trubalsi LR, Alterthum MF, editor. Microbiologia. 4ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 609-13.
6. Ferreira CT, Silveira TR. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. Rev Bras Epidemiol. [periódico na Internet]. 2004 Dec [acesso em 2008 Nov 25]; 7(4): 473-487. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000400010&lng=en
7. Vacina contra hepatite B. Rev Assoc Med Bras [periódico na Internet]. 2006 Out [citado 2008 Nov 25]; 52(5):288-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000500009&lng=pt
8. Oliveira MDS, Paggoto V, Matos MA, Kozłowski AG, Silva NR, Junqueira Neto AL et al. Análise de fatores associados à não aceitação da vacina contra hepatite B em adolescentes escolares de baixa renda. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the Internet]. 2007 Oct [cited 2008 Nov 25]; 12(5): 1247-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500022&lng=en
9. Silva MV. Legislação sobre DST e AIDS no Brasil. Brasília: Coordenação Geral do Programa Nacional de DST; 1995.
10. Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2004 Feb [acesso em 2008 Nov 25]; 20(1): 282-90. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100046&lng=en
11. Martins LBM, Costa-Paiva LHS, Osís MJD, Sousa MH, Pinto-Neto AM, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2006 Fev [citado 2008 Nov 25]; 22(2): 315-23. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200009&lng=pt

ALEITAMENTO MATERNO EM UM AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA NO NOROESTE PAULISTA

BREASTFEEDING IN A GYNECOLOGICAL AMBULATORY AND OBSTETRICS IN NORTHWEST OF THE STATE OF SÃO PAULO

LACTANCIA EN UN AMBULATORIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN EL NOROESTE PAULISTA

Franciele Catarucci*, Fernanda Mayra Leoncini*, Monise Boseli*, Denise Gonzalez Stellutti Faria**

Resumo

Atualmente, recomenda-se o aleitamento materno exclusivo por seis meses de vida e sua manutenção complementada por outros alimentos até os dois anos de idade ou mais. Apesar das evidências científicas a respeito da superioridade do leite materno, ainda é baixo o número de mulheres que amamentam seus filhos de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde. Os profissionais de saúde podem melhorar a prática do aleitamento materno, ajudando as mulheres que amamentam a superar vários obstáculos à amamentação bem sucedida. O objetivo geral deste estudo foi conhecer o índice de amamentação exclusiva das puérperas atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia de um hospital escola no noroeste paulista. Os objetivos específicos foram: verificar se o grupo de puérperas recebeu orientações sobre o aleitamento materno no pré-natal e no hospital onde o bebê nasceu e identificar os fatores de risco que poderiam levar ao desmame precoce dos recém-nascidos. As 135 puérperas foram entrevistadas em um ambulatório de ginecologia e obstetrícia do noroeste paulista no retorno puerperal precoce. Mediante a análise dos dados conclui-se que, para o grupo estudado, a prática da amamentação alcança índices satisfatórios, podendo ser melhorada através de aconselhamento em amamentação no pré-natal e nas consultas individuais realizadas no retorno puerperal pelos profissionais de saúde, através de uma prática clínica adequada.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Desmame precoce. Puérpera. Recém-nascido.

Abstract

Nowadays, it's recommended the exclusive breastfeeding for six months of the baby's life, and its maintenance along with other types of food until the baby is two years old or more. Although the scientific evidences show the superiority of the breast milk, the number of women who feed their babies this way is still low, according to the World Health Organization. The health professionals can improve the practice of breastfeeding, helping the women who breast feed overcome several obstacles in order to achieve a successful breastfeeding. The general objective of the present study was to know the exclusive breastfeeding rate of mothers attended at the obstetrics and gynecological ambulatory of a school hospital in the northwest of the state of Sao Paulo. The specific objectives were: verify if the group of mothers received orientations about breastfeeding during prenatal, and at the hospital where the baby was born, and indentify the risk factors which could lead to precocious weaning of new born. The 135 mothers were interviewed in an obstetrics and gynecological ambulatory of northwest of the state of Sao Paulo in the precocious puerperal return. Through analysis of data, it was concluded that, for the researched group, the practice of breastfeeding reaches satisfactory rates, and it might be improved by advice about breastfeeding during the prenatal, and during the individual examinations made by health professionals in the puerperal return, through a proper clinical practice.

Keywords: Breastfeeding. Precocious weaning. Mother. Newborn.

Resumen

Actualmente, se recomienda la lactancia exclusiva por seis meses de vida y su mantenimiento complementado por otros alimentos hasta los dos años de edad o más. A pesar de las evidencias científicas a respecto de la superioridad de la leche materna, todavía es bajo el número de mujeres que amamantan a sus hijos de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Los profesionales de salud pueden mejorar la práctica de la lactancia, ayudando a las mujeres que amamantan a superar varios obstáculos a la lactancia bien sucedida. El objetivo general de este estudio ha sido conocer el índice de lactancia exclusiva de las puérperas atendidas en el ambulatorio de ginecología y obstetrícia de un hospital escuela en el Noroeste Paulista. Los objetivos específicos han sido: averiguar si el grupo de puérperas ha recibido

* Enfermeiras graduadas pelas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

** Enfermeira obstétrica. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: denisefaria14@hotmail.com

orientaciones sobre la lactancia en el prenatal y en el hospital donde el bebé nació e identificar los factores de riesgo que podrían llevar al destete precoz de los recién nacidos. Se han entrevistado a las 135 puérperas en un ambulatorio de ginecología y obstetricia del Noroeste Paulista en el retorno puerperal precoz. Por medio del análisis de los datos se ha concluido que, para el grupo estudiado, la práctica de la lactancia alcanza índices satisfactorios, pudiendo ser mejorada a través de aconsejamiento en lactancia en el prenatal y en las consultas individuales realizadas en el retorno puerperal por los profesionales de salud, a través de una práctica clínica adecuada.

Palabras clave: Lactancia. Destete precoz. Puérpera. Recién nacido.

INTRODUÇÃO

Estudos científicos têm demonstrado a importância do aleitamento materno para a saúde materno-infantil. A amamentação oferece inúmeros benefícios para a saúde da criança, sendo a melhor maneira de promover seu desenvolvimento integral, pois o leite materno fornece nutrientes necessários para a criança iniciar sua vida de forma saudável. O leite materno é o alimento ideal não somente para os recém-nascidos a termo, como também é indicado para recém-nascidos prematuros.¹

Dentre os benefícios trazidos pela prática da amamentação, podem ser citados: prevenção contra doenças infecciosas e diarreicas e contra alergias; favorecimento no crescimento e desenvolvimento intelectual, entre outros, além de intensificar as relações da mãe com o recém-nascido. Nota-se também os benefícios econômicos que impedem a interrupção da alimentação da criança por dificuldades financeiras e as vantagens para a mãe, como maior rapidez na involução uterina, atraso da menstruação e conseqüente prevenção à anemia, proteção contra a gravidez nos primeiros meses após o parto e menores possibilidades de desenvolver câncer de ovário e de mama.^{2,3}

O ato da amamentação não é somente uma questão biológica, mas histórica, social e psicologicamente delineada. A cultura, a crença e os tabus têm influenciado de forma crucial a sua prática.^{4,5}

A partir da década de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) direcionaram esforços para a instituição de uma política de incentivo à amamentação. Nesse contexto, insere-se a publicação do texto "Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel dos serviços de saúde", que apresenta os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" e, posteriormente, o lançamento da Iniciativa Hospital Amigo

da Criança (IHAC) enquanto são rotinas hospitalares facilitadoras do aleitamento materno.⁶

Na década de 1990, várias normatizações e ações foram desencadeadas em nível nacional e internacional, com a finalidade de ampliar a divulgação dos benefícios e a prática do aleitamento materno. Destacam-se a Declaração de Innocenti, a instituição da Semana Mundial de Amamentação, o estabelecimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças da Primeira Infância (NBCAL), IHAC e a revigoração dos Programas de Puericultura em unidades básicas de saúde. Porém, apesar do aumento na prevalência da prática da amamentação no país, está longe o cumprimento da recomendação da OMS de amamentação exclusiva até os seis meses e manutenção do aleitamento materno acrescido de alimentos complementares até os dois anos ou mais de idade.^{7,8}

No Brasil, a última pesquisa sobre a situação do aleitamento materno em nível nacional encontrou uma mediana de duração da amamentação de sete meses e de amamentação exclusiva de apenas um mês. Apesar de a maioria das mulheres (96%) iniciarem a amamentação, apenas 41% mantêm a lactação até o final do primeiro ano de vida e 14% até os dois anos.⁹

Por outro lado, o desmame precoce está associado a diversos fatores socioculturais como as mudanças estruturais da sociedade que aconteceram em virtude da industrialização; a inserção da mulher no mercado de trabalho; o surgimento e a propagação de leites industrializados; a adoção nas maternidades de rotinas pouco facilitadoras do aleitamento materno e a adesão dos profissionais de saúde à prescrição da alimentação artificial.¹⁰

Os primeiros quatorze dias após o parto são cruciais para a amamentação bem sucedida, pois é nesse período que a lactação se estabelece, além de ser um

período de intenso aprendizado para a mãe e o bebê. Nesse sentido, os profissionais de saúde, através de uma prática adequada, desempenham um papel fundamental na assistência à mulher lactante.

Estudos científicos revelam que as mães precisam de apoio contínuo para amamentar de forma exclusiva durante os seis primeiros meses. A família, os trabalhadores de saúde e os agentes comunitários são colaboradores importantes para uma rede de apoio às mães. Todos precisam estar capacitados para avaliar a amamentação, identificar os problemas, assim como para ajudar as mães na solução das dificuldades. O acompanhamento de um trabalhador de saúde capacitado, nas 48-72 horas após o nascimento, oferece uma oportunidade para intervir logo que surgirem problemas ou para tranquilizar a mãe se a amamentação estiver ocorrendo normalmente.¹¹

Os profissionais de saúde por meio de uma prática adequada desempenham um papel fundamental na assistência à mulher lactante.¹ Aconselhamento no pré-natal, orientação e ajuda no período do estabelecimento da lactação, avaliação criteriosa da técnica de amamentação e intervenção adequada quando surgem os problemas relacionados com a lactação, auxiliam a diminuir o desmame precoce, colaborando para alcançar a meta idealizada pela OMS (amamentação exclusiva até os seis meses de idade).

Diante do exposto, e tendo em vista os conhecidos benefícios da amamentação, justifica-se a necessidade de analisar a situação do aleitamento materno em um grupo de puérperas e identificar os fatores de risco que podem favorecer ao desmame precoce de recém-nascidos, com vistas ao planejamento ou redirecionamento de ações que possam melhorar os índices do aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida.

OBJETIVOS

O objetivo geral do trabalho foi conhecer o índice de amamentação exclusiva das puérperas atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia de um hospital escola no noroeste paulista. Os objetivos específicos foram: verificar se as mães receberam orientações sobre

o aleitamento materno no pré-natal e no hospital; e identificar quais são os fatores de risco que podem favorecer ao desmame precoce.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo de metodologia quantitativa, realizado com puérperas, no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital escola no noroeste paulista. Participaram do estudo 135 puérperas, atendidas no período de 05/05/2008 a 05/08/2008. Foram incluídas no estudo todas as puérperas com retorno puerperal precoce, isto é, até quinze dias após o parto, no ambulatório de estudo.

Para a coleta dos dados foi elaborado um questionário para entrevista, com questões semi-abertas e fechadas, contendo 26 perguntas divididas em três áreas temáticas: Identificação da Puérpera, Dados Obstétricos e Dados do Recém-nascido. O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Emílio Carlos de Catanduva (HEEC).

Após cada entrevista era realizado o aconselhamento, com orientações sobre os benefícios do aleitamento materno para mãe e criança. Além disso, foi realizada uma avaliação criteriosa da técnica de amamentação, possibilitando a intervenção quando surgiam problemas relacionados com a lactação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pode-se constatar que 76% (103) das puérperas encontravam-se na faixa etária de 20 anos ou mais e 86% (116) referiram relacionamento fixo com companheiro do sexo oposto. Quanto à escolaridade, apenas uma puérpera era analfabeta e a maioria, 45% (61), tinha até onze anos de escolaridade. Em relação à situação ocupacional, 78% (105) das puérperas não exerciam trabalho remunerado e 18% (24) tinham trabalho formal.

Das puérperas entrevistadas, todas haviam realizado o pré-natal, com apenas uma exceção e dentre elas todas haviam feito, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal e 35% (47) eram primíparas. Quanto à resolução da gravidez, 60% (81) das puérperas se submeteram a parto cesárea.

Observou-se neste estudo que em relação à orientação sobre o aleitamento materno, 57% (77) das puérperas não haviam recebido orientação no pré-natal e 73% (98) foram orientadas no hospital onde o bebê nasceu. Em relação ao aleitamento materno exclusivo, 70% (94) das puérperas receberam orientação, porém 64% (86) declararam não haver recebido orientação sobre aleitamento materno, conforme se observa na Tabela 1.

Tabela 1 - Orientações recebidas sobre o aleitamento materno pelas puérperas atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia de um hospital escola no Noroeste Paulista (2008)

Variáveis	N=135	%
Orientação sobre aleitamento materno		
Pré-natal		
Sim	58	43
Não	77	57
Hospital onde bebê nasceu		
Sim	98	73
Não	36	27
Orientação aleitamento materno exclusivo		
Sim	94	70
Não	37	27
Orientação aleitamento materno cruzado		
Sim	47	35
Não	86	64

O sucesso da amamentação depende da associação de vários fatores, como o vínculo mãe-filho, o preparo adequado da mulher, o apoio do pai e de familiares, bem como a atenção dos profissionais de saúde. O pré-natal é o momento que melhor se apresenta para a abordagem ao aleitamento materno. É o período de maior contato entre a população de gestantes, os profissionais de saúde e da instituição. Como as consultas são periódicas permitem a absorção das orientações, esclarecimentos e reflexão sobre o assunto.¹²

A educação e o preparo das mulheres para a lactação durante o pré-natal contribuem para o sucesso do aleitamento materno, em especial entre as primíparas. Neste período, as gestantes devem ser orientadas quanto aos benefícios da amamentação, ou melhor, das desvantagens no uso de leites industrializados, e devem ser orientadas quanto às técnicas da amamentação, visando aumentar a habilidade e a confiança no período da amamentação.¹³

Quanto ao aleitamento materno exclusivo, 27% (37) não receberam orientação. Sabe-se que a amamentação exclusiva é um caminho seguro, saudável e sustentável para alimentar as crianças durante os seis

primeiros meses de vida. Porém, é importante a continuidade da amamentação após esse período, acompanhada de alimentos complementares apropriados, mantida até os dois anos de idade ou mais.

Em relação ao tipo de alimentação que o bebê estava recebendo, 73% (99) das puérperas responderam aleitamento materno exclusivo, 12% (16) leite materno e chá, 8% (11) leite materno e leite artificial, 5% (6) leite materno e água e apenas um pequeno percentual, 2% (3), respondeu leite artificial, conforme pode ser verificado na Tabela 2.

Tabela 2 - Tipo de alimentação dos recém-nascidos das puérperas atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia de um hospital escola no noroeste paulista (2008)

Variáveis	N=135	%
Alimentação do recém-nascido		
Leite materno	99	73
Leite materno e chá	16	12
Leite materno e leite artificial	11	8
Leite materno e água	6	5
Leite artificial	3	2

A amamentação é reconhecida como um ato fundamental para promover a saúde dos bebês e das crianças pequenas. Pesquisas indicam que o leite materno possibilita o melhor desenvolvimento do cérebro do bebê, melhora suas condições fisiológicas e é um fator vital na prevenção de doenças, especialmente diarreia e infecções do trato respiratório (incluindo pneumonia e otite) e urinário.¹⁴ O ato de amamentar libera o hormônio de crescimento, promove a saúde bucal e estabelece mais facilmente a relação afetiva entre a mãe e o bebê. A amamentação exclusiva até o sexto mês de vida do bebê reduz os riscos de desnutrição, alergias e a sensibilidade a alguns alimentos.¹⁴

No presente estudo, 73% (99) dos bebês estavam em amamentação exclusiva. Fundamental para elevar a prevalência da amamentação o envolvimento multiprofissional na promoção e o apoio ao aleitamento materno.

Dentre os recém-nascidos das 135 puérperas, 47% (63) faziam uso de chupeta, 27% (37) usavam chuquinha e 10% (14) usavam mamadeira. Estes dados estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Uso de chupeta, chuquinha e mamadeira pelos recém-nascidos das puérperas atendidas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia de um hospital escola no noroeste paulista (2008)

Variáveis	N=135	%
Uso de chupeta pelo RN		
Sim	63	47
Não	72	53
Uso de chuquinha pelo RN		
Sim	37	27
Não	98	73
Uso de mamadeira pelo RN		
Sim	14	10
Não	121	90

A amamentação é apontada como um fator determinante para o desenvolvimento crânio-facial adequado, por promover intenso exercício da musculatura orofacial, estimulando favoravelmente as funções da respiração, deglutição, mastigação e fonação.¹⁴ Segundo a OMS,⁶ apesar das medidas de incentivo ao aleitamento materno, adotadas pelos hospitais contemplados com o título de Amigo da Criança e da contra indicação ao uso de mamadeira pela NBCAL, existem dois momentos críticos em que são apresentadas as chupetas, chuquinhas e mamadeiras para a criança: logo após o parto e por ocasião do quarto mês de vida. A introdução da mamadeira no quarto mês de vida está provavelmente relacionada ao término da licença-maternidade e retorno da mãe ao trabalho.

As condições econômicas, a idade e a ocupação materna, assim com as rotinas hospitalares, fazem parte dos fatores de risco mais citados na literatura especializada.^{15,16} Estudos têm revelado que o trabalho fora do lar é um fator de risco para o desmame precoce.¹⁷

O uso de chuquinha e mamadeira logo após o parto ocorre em função de problemas relacionados à prática da amamentação tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Como eles dificultam o ganho de peso pelo recém-nascido, é comum, neste caso, a prescrição, por parte dos profissionais de saúde, de fórmulas infantis, geralmente oferecidas na mamadeira, para complementar/substituir o leite materno. O correto seria investigar as dificuldades apresentadas pela nutriz e oferecer-lhe orientação sobre o manejo da amamentação.¹⁸

O desmame precoce traz conseqüências no desenvolvimento oro-motor, na oclusão, na respiração e nos aspectos motores-orais da criança, ressaltando a importância do aleitamento materno. O incentivo a essa prática e o adequado padrão de sucção são a base para a prevenção de alterações fonoaudiológicas.¹⁹

De acordo com a Tabela 4, pode-se observar que 80% (107) das puérperas tiveram ingurgitamento mamário, 52% (69) fissura dos mamilos e 52% (69) relataram dificuldade na amamentação.

Tabela 4 - Ocorrência de problemas em relação às mamas das puérperas atendidas em ambulatório de ginecologia e obstetrícia de um hospital escola no noroeste paulista (2008)

Variáveis	N= 135	%
Ingurgitamento mamário		
Sim	107	80
Não	28	20
Fissura dos mamilos		
Sim	69	52
Não	64	48
Dificuldade para amamentar		
Sim	69	52
Não	65	47
Não amamentou	1	1

A prevalência do aleitamento materno está muito abaixo do recomendado, sendo o trauma mamilar um importante fator relacionado ao desmame precoce. A literatura²⁰ cita a importância do correto posicionamento durante a amamentação, sendo a prática inadequada relacionada ao aparecimento de traumas mamilares. Dentre as 135 puérperas, 52% (69) referiram trauma mamilar por ocasião do retorno à consulta puerperal precoce. O exame dos mamilos no pré-natal e na primeira consulta é fundamental para o aconselhamento da mulher e preparo para a amamentação. O tamanho e o formato do mamilo podem ser fonte de preocupação para as gestantes e nutrizas, especialmente para aquelas que não têm experiência prévia com amamentação e não receberam orientação adequada no pré-natal.²⁰

Foi observado também que 80% (107) das puérperas apresentaram ingurgitamento mamário. O intumescimento mamário também denominado ingurgitamento é um sinal de que a mulher encontrou problemas para estabelecer a auto-regulação da fisiologia da lactação. Em decorrência desta dificuldade, o volume de leite produzido seria maior do que a demanda da criança, ocorrendo o que popularmente é conhecido como mama "empedrada".²⁰ O tratamento do ingurgitamento mamário deverá ser feito conforme o quadro clínico e a ansiedade e a insegurança da mãe.

As evidências científicas mostram a importância do aleitamento materno para a saúde materno-infantil. Apesar do aumento da prática da amamentação no Brasil, ainda não se cumpre a recomendação da OMS de amamentação

exclusiva até os seis meses e a manutenção do aleitamento materno acrescido de alimentos complementares até os dois anos ou mais de idade. O desmame precoce e o uso de mamadeiras desde o nascimento ainda são práticas comuns.

Considerando-se que na maior parte das maternidades a alta hospitalar é precoce, antes da alta hospitalar da mãe e do recém-nascido, a equipe de saúde deverá observar a mamada e estimular a autoconfiança da mãe quanto a sua capacidade para amamentar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste trabalho realizado com puérperas sugerem os seguintes dados relacionados à prática do aleitamento materno:

- a maioria das puérperas não recebeu orientações sobre o aleitamento materno exclusivo no pré-natal e também desconheciam o aleitamento materno cruzado;
- a maior parte das mães teve orientações sobre o aleitamento materno exclusivo no hospital onde o bebê nasceu;
- a maioria dos recém-nascidos estava recebendo somente leite materno e menos da metade dos recém-nascidos faziam uso de chupeta;

• a maioria das puérperas teve ingurgitamento mamário, destas, metade teve fissura nos mamilos e relatou dificuldade para amamentar.

Neste estudo, conforme os dados coletados e analisados, pode-se afirmar que a orientação recebida pelas puérperas é insuficiente e algumas vezes inexistente. É fundamental uma orientação adequada, feita por profissionais da área da saúde, logo no início da gestação e reforçada nos primeiros dias após o parto, objetivando que o aleitamento materno não seja abandonado. Considerando-se que na maior parte das maternidades a alta hospitalar é precoce, a equipe de saúde deverá observar as mamadas, fazer as intervenções, quando necessárias, estimulando a autoconfiança da mãe e a sua capacidade de amamentar antes de sua liberação e do recém-nascido, do ambiente hospitalar, visando a amamentação bem sucedida.

Outros estudos neste contexto também devem permitir a proposição e implantação de programas de orientação e aconselhamento a gestantes e puérperas quanto ao aleitamento materno exclusivo.

REFERÊNCIAS

1. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *J Ped.* 2000; 76(S 3):238-52.
2. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame precoce: estudo qualitativo. *J Ped.* 2003; 79(5):385-90.
3. Resende J, Montenegro CAB. Mamas. Lactação. In: Resende J, organizador. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 400-3.
4. Almeida JAG. Amamentação. Um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
5. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2001; 9(5):70-6.
6. Organização Mundial da Saúde. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: OMS; 1989.
7. Fundo das Nações Unidas para a Infância. UNICEF. Declaração de Innocenti sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno. 1990. New York: UNICEF/SSB.
8. World Organization of Health (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation. Geneva. Switzerland 28-30 March 2001. Switzerland: WHO; 2002
9. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996. Amamentação e Situação Nutricional das Mães e Crianças. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997. p.125-38.
10. Venâncio IS. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. *J Ped.* 2003; 79(1):1-2.
11. World Alliance For Breastfeeding Action (WABA). Semana Mundial do Aleitamento Materno, 2007. folheto.
12. Ventura WP. Promovendo o Aleitamento Materno no pré-natal, pré-parto e nascimento. In: Rego JD. *Aleitamento materno*. São Paulo: Atheneu; 2006. p 121-36.
13. World Health Organization (WHO). Indicators for Assessing Breastfeeding Practices. Geneva. 1997. WHO.
14. Siqueira SR, Toma TS. Semana Mundial de Aleitamento Materno. In: Rego JD. *Aleitamento materno*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 445-70.
15. Perez-Escamilla R. Patrones de la lactancia natural em América Latina y el Caribe. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1993; 115:185-93.
16. Van Esterik P. The cultural context of breastfeeding and breastfeeding policy. *Food and Nutrition Bulletin*. 1996; 17:422-30.
17. Al-Ayed ID, Qureshi I. Breastfeeding practices in urban Riyadh. *J Tropical Pediatrics*. 1998; 44:113-7.
18. Carrascoza KC, Possobon RF, Tomita LM, Moraes ABA. Conseqüências do uso da mamadeira para o desenvolvimento oro facial em crianças inicialmente amamentadas ao peito. *J Ped.* 2006; 82(5):395-7.
19. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JLA, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *J Ped.* 2003; 79(1):7-12.
20. Moraes AEP, Thomson Z. Problemas precoces e tardios das mamas In: Rego JD. *Aleitamento materno*. São Paulo: Atheneu; 2006. p 207-24.



Fonte: http://www.psiquiatriageral.com.br/enfermagem/Palestra_Enf_arquivos/slide0129_image017.jpg

Artigo de Atualização ou Divulgação

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM – ESTRUTURA TAXONÔMICA II DA NANDA E VALIDAÇÃO DIAGNÓSTICA

NURSING DIAGNOSIS – NANDA TAXONOMY STRUCTURE II AND DIAGNOSTIC VALIDATION

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA – ESTRUCTURA TAXONÓMICA II DE NANDA Y VALIDACIÓN DIAGNÓSTICA

Janaína Ornelas Thomazini*, Maria Cristina de Moura-Ferreira**, Sabrina Ornelas***

Resumo

É função do enfermeiro oferecer ao paciente uma assistência baseada e fundamentada cientificamente, desenvolvida por meio do processo de enfermagem, instrumento ou modelo metodológico utilizado tanto para favorecer o cuidado, quanto para organizar as condições necessárias para que este seja realizado. Como a linguagem deve ser padronizada para que não ocorram ambigüidades, a preocupação com a padronização do diagnóstico de enfermagem iniciou-se com a criação da Classificação de Diagnóstico de Enfermagem, pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). O objetivo da NANDA é identificar e nomear problemas que os enfermeiros diagnosticam e tratam, desenvolver sistema conceitual e possibilitar a classificação científica dos diagnósticos em uma taxonomia. Estudo de atualização científica sobre os diagnósticos de enfermagem e a validação diagnóstica, objetivou apresentar os conceitos e o conhecimento desenvolvido na área, contribuir para reflexões na prática clínica e no ensino, além de oferecer subsídios à formação dos graduandos de enfermagem. Foi utilizado como referência principal o livro traduzido para língua portuguesa "Diagnóstico de Enfermagem da NANDA definições e classificações 2007-2008", além de artigos relacionados ao tema. Atualmente a NANDA 2007-2008 classifica os diagnósticos na estrutura taxonômica II, tomando por base a publicação ocorrida em 2001, com o propósito de promover revisões e alterações segundo a proposta original de Gordon quanto aos "Padrões Funcionais de Saúde", constituído por três níveis interligados: domínio, classe e diagnóstico de enfermagem. No Brasil o processo de implementação da padronização desta linguagem é recente, havendo ainda dificuldades para o desenvolvimento e implantação dos diagnósticos na prática clínica e assistencial de enfermagem, bem como para validar diagnósticos e publicar estudos científicos sobre o sistema conceitual da NANDA.

Palavras-chave: Classificação. Diagnóstico de enfermagem. Validação de diagnóstico de enfermagem. Processo de enfermagem.

Abstract

The purpose of a nurse is to deliver care to patients, based and scientifically founded development, through the nursing process. It regards an instrument or methodology model used by the nurse both to favor care and to organize the necessary conditions in order to perform it. Since the language use must be standardized to avoid ambiguities, the concern on standardizing nursing diagnosis started with the creation of Nursing Diagnosis Classification by the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). The aim of NANDA is to identify and nominate issues diagnosed and treated by nurses, develop conceptual system and enable the scientific classification of diagnosis in taxonomy. A scientific updating study on nursing diagnosis and nursing diagnostic validation with a view to display concepts and the developed knowledge in the area, also contributing to reflections on clinical practice and education, in addition to offering resources to the education of nursing graduates. For this development, as main reference, the Portuguese translation of the book 'NANDA - Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2007-2008' was used in addition to other related articles. Currently, NANDA 2007-2008 classifies diagnoses in taxonomy structure II, based on the 2001 publication, with the purpose of promoting reviews and alterations according to Gordon's original purpose for 'Health Function Standards', composed by three interconnected levels: domain, class and nursing diagnosis. In Brazil, the implementation process of this language use standardization is recent, holding difficulties for the development and implementation of diagnoses in clinical practice and nursing care, as well as for validate diagnostic and publishing scientific studies about the conceptual system of NANDA.

Keywords: Classification. Nursing diagnosis. Nursing diagnostic validation. Nursing process.

Resumen

El enfermero tiene como función ofrecer al paciente una asistencia basada y fundamentada científicamente desarrollado, mediante el proceso de enfermería. Se trata de un instrumento o modelo metodológico usado por el enfermero tanto para favorecer el cuidado,

* Especialista em Enfermagem. Docente Auxiliar das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

** Mestre e Doutora em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade de Uberlândia - FAMED - FMU - MG.

*** Graduada em Enfermagem pela Universidade Paulista (UNIP) – SP.

cuanto para organizar las condiciones necesarias para que este sea hecho. Como el lenguaje debe ser estandarizado para que no sucedan ambigüedades, la preocupación con la estandarización del diagnóstico de enfermería comenzó con la creación de la Clasificación de Diagnóstico de Enfermería, por la North American Nursing Diagnosis Association (por su acrónimo en inglés NANDA). El objetivo de la NANDA es identificar y dar nombres a problemas que los enfermeros diagnostican y tratan, desarrollar sistema conceptual y posibilitar la clasificación científica de los diagnósticos en una taxonomía. Estudio de actualización científica y validación acerca de los diagnósticos de enfermería con el objetivo de presentar los conceptos y el conocimiento desarrollado en el área, así como, contribuir para reflexiones en la práctica clínica y en la enseñanza, además de ofrecer subsidios para la formación de los graduandos de enfermería. Para su desarrollo fue utilizado como referencia principal el libro traducido para lengua portuguesa "Diagnóstico de Enfermagem da NANDA definições e classificações 2007-2008" [Diagnóstico de Enfermería de NANDA definiciones y clasificaciones 2007-2008"], además de artículos relativos al asunto. Actualmente la NANDA 2007-2008 clasifica los diagnósticos en la estructura taxonómica II, considerando básicamente la publicación hecha en 2001, con el propósito de promover revisiones y alteraciones según la propuesta original de Gordon cuanto a los "Estándares Funcionales de Salud", constituido por tres niveles interrelacionados: dominio, clase y diagnóstico de enfermería. En Brasil el proceso de implementación de la estandarización de este lenguaje es reciente, existiendo todavía dificultades para el desarrollo e implementación de los diagnósticos en la práctica clínica y asistencial de enfermería, así como, para la validación de los diagnósticos y publicación de estudios científicos sobre el sistema conceptual de la NANDA.

Palabras clave: Clasificación. Diagnóstico de enfermería. Validación de diagnóstico de enfermería. Proceso de enfermería.

INTRODUÇÃO

A enfermagem é exercida numa ampla variedade de ambientes, porém independente do ambiente em que o cuidado é realizado, os fenômenos de interesse particular para os profissionais da enfermagem são as respostas dos indivíduos, famílias e coletividades humanas, a problemas de saúde reais ou potenciais.¹

A função do enfermeiro frente à organização do cuidado às pessoas é oferecer uma assistência baseada e fundamentada cientificamente, desenvolvida pelo processo de enfermagem, um instrumento ou modelo metodológico que o enfermeiro utiliza, tanto para favorecer o cuidado, quanto para organizar as condições necessárias para que o cuidado seja realizado.

Aplicado de forma sistematizada, o processo de enfermagem representa uma conquista inquestionável, pois por meio de uma seqüência dinâmica de operações, organiza o cuidar e provê que a assistência seja direcionada pela coleta de dados, fornecendo subsidios para identificar os diagnósticos de enfermagem. Também possibilita o direcionamento de metas que possam selecionar ações/intervenções de enfermagem, a partir de fenômenos humanos específicos e apropriados ao cliente, assim como determina a qualidade das respostas do cuidado profissional, para alcançar os resultados pelos quais os profissionais de enfermagem são responsáveis.^{2,3}

Todo ser humano necessita e tem direito a uma assistência de enfermagem livre de danos. O enfermeiro em seu código de ética possui como atividade privativa sistematizar a assistência por meio de planejamento e

organização, coordenação, implementação e avaliação dos cuidados ao ser humano. Portanto, o enfermeiro deve se embasar no processo de enfermagem enquanto um instrumento capaz de organizar conteúdos que representem o cuidado, tornando a assistência qualificada para as diferentes necessidades do ser humano.^{4,5}

A responsabilidade do cuidado de enfermagem atribuída ao enfermeiro e sua competência podem ser demonstradas no uso do processo, pois através de raciocínio clínico serão identificadas, na segunda fase do processo (diagnóstico), as respostas humanas do indivíduo, família ou comunidade em situações relacionadas à saúde. O enfermeiro cuida do indivíduo na abrangência de vida nos processos vitais, considerando as respostas humanas aos problemas de saúde em condições fisiológica, psicológica, social e espiritual.⁶

O raciocínio clínico permite identificar os diagnósticos de enfermagem e compreende a análise e síntese durante a avaliação da coleta de dados. Além disso, requer conhecimentos empíricos, científicos, culturais e capacidade de julgamento crítico do enfermeiro em sua tomada de decisão. Entretanto, o autoconhecimento e a intuição do enfermeiro podem influenciar na precisão do diagnóstico tanto positiva quanto negativamente.⁶

Enquanto um método de trabalho, o processo de enfermagem viabiliza ao enfermeiro identificar os diagnósticos de enfermagem, os quais se referem à julgamentos clínicos realizados pelo enfermeiro e,

portanto, devem expressar precisão e relevância quanto à especificação e elucidação, ao promover a saúde e prevenir problemas do cliente juntamente com suas causas, podendo tornar o cuidado ao indivíduo eficiente, inclusive reduzindo custos.⁷

A universalização da linguagem em enfermagem, usando terminologia apropriada por meio de comunicação precisa e sem ambigüidades entre a equipe de saúde é fundamental.⁸ A padronização do diagnóstico de enfermagem, portanto, iniciou-se em 1970, com a criação da Classificação de Diagnóstico de Enfermagem, pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), mais especificamente em 1973 quando a *American Nurses Association* (ANA), sob a influência crescente do movimento de identificação e classificação dos diagnósticos de enfermagem, adotou e legitimou o conceito ao publicar os Padrões da Prática de Enfermagem, estabelecendo nesse documento o processo de enfermagem composto por cinco fases – coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, enquanto um padrão de cuidado.^{2,3,9}

O movimento de classificação dos diagnósticos provocou novas reflexões sobre o cuidar e, por conseqüência, mudanças cuja ênfase é a identificação e a solução de problemas. No entanto, esse interesse somente se intensificou em 1990 com a validação dos diagnósticos. No Brasil, apenas em 2002 foi exigido legalmente pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) o uso dos diagnósticos de enfermagem na prática clínica assistencial.^{3,9}

A NANDA, em sua classificação, colabora com o propósito de identificar e nomear problemas que os enfermeiros diagnosticam e tratam, desenvolvendo um sistema conceitual, ao possibilitar a classificação científica dos diagnósticos em uma taxonomia.¹⁰

Classificar significa agrupar em níveis hierárquicos, com subdivisões relativas a critérios estabelecidos por sistemas de categorias. O sistema de classificação, Taxonomia da NANDA, iniciada em 1973, é constituído por uma estrutura teórica – os Padrões de Respostas Humanas – que orienta a classificação e a categorização dos diagnósticos de enfermagem ou as condições que

necessitam de cuidados de enfermagem. O uso dessa Taxonomia define o foco do cuidado de enfermagem e oferece aos enfermeiros novos conhecimentos sobre definições, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco para cada diagnóstico, proporcionando o uso de uma linguagem universal a ser compartilhada por toda a comunidade de enfermagem.

A taxonomia dos diagnósticos na área de enfermagem institui uma comunicação segura entre os grupos profissionais ao estabelecer também um estudo dessa classificação. Considera-se a taxonomia da NANDA do tipo multiaxial de terceira geração; ela é subdividida em vários princípios com classificações combinatórias e algumas regras implícitas.⁸

Entretanto, para que um diagnóstico de enfermagem seja inserido ou aceito na NANDA é indispensável validá-lo com rigor metodológico, argumentação teórica consistente e precisão para adequado exercício profissional do enfermeiro, evidenciando confiabilidade na utilização tanto para a pesquisa como no ensino e na prática clínica.

A estrutura taxonômica II da NANDA tem como propósito incrementar o foco internacional da classificação de diagnósticos de enfermagem e como perspectiva estabelecer a linguagem NNN, por meio da ligação padronizada da linguagem *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Intervention Classification* (NIC) e *Nursing Outcomes Classification* (NOC).¹¹

O processo de enfermagem se alicerça em modelos, sistemas conceituais e teorias de enfermagem. No entanto, a etapa referente ao diagnóstico de enfermagem é distinta, fundamental na assistência ao ser humano.³

Este estudo consiste numa atualização científica sobre os diagnósticos de enfermagem e tem por objetivo apresentar os conceitos e o conhecimento desenvolvido nessa área, bem como contribuir para reflexões na prática clínica e no ensino, além de oferecer subsídios à formação dos graduandos de enfermagem.

É necessário conhecer a estrutura taxonômica II da NANDA e incentivar futuras pesquisas de validação dos diagnósticos de enfermagem, pois a metodologia é

viável no contexto brasileiro, levando em consideração a necessidade de adaptação transcultural, os avanços tecnológicos e científicos e a realidade do país. Para o desenvolvimento deste estudo foi utilizado como referência principal o livro traduzido para língua portuguesa “Diagnóstico de Enfermagem da NANDA definições e classificações 2007-2008”, além de artigos relacionados ao tema.

ESTRUTURA DA TAXONOMIA II

As classificações auxiliam a padronizar a linguagem, pois expressam julgamentos em decisões clínicas. Quando se inicia o desenvolvimento e a implantação de classificações em um serviço de enfermagem esta se torna uma atividade complexa, gerando desafios para os enfermeiros, mais especificamente em seu processo de implantação.²

O sistema de classificação começou a ser empregado pela enfermagem no Brasil ao final de 1980 e início de 1990. A publicação do primeiro livro da NANDA, traduzido para o português, em 1990, por Farias e colaboradores, foi um grande avanço e contribuiu para disseminar o conhecimento acerca da classificação dos diagnósticos de enfermagem.²

A NANDA em suas conferências bienais vem trabalhando para desenvolver uma classificação objetiva e ampla de termos padronizados, visando direcionar o enfermeiro no julgamento clínico das respostas humanas do cliente, em seus problemas biopsicossocial e espiritual e, dessa forma, contemplar o ser humano em todas as suas dimensões. Desde 2000 o tema central das conferências internacionais quanto à sistematização da assistência de enfermagem é a aliança entre NANDA, NIC e NOC. Atualmente, existem enfermeiros brasileiros no comitê da NANDA, colaborando com trabalhos científicos na área de classificação, assim contribuindo na construção e nos aspectos transculturais referentes à padronização dos termos.²

Evidenciando a uma maior elucidação, atualmente a NANDA 2007-2008 classifica os diagnósticos na estrutura taxonômica II, tomando por base a publicação ocorrida em 2001. Visa, portanto, promover revisões e alterações segundo a proposta original de

Gordon quanto aos “Padrões Funcionais de Saúde”, constituído por três níveis interligados: domínio, classe e diagnóstico de enfermagem.¹²

Quanto à sua composição, a taxonomia da NANDA 2007-2008 é composta por 13 domínios subdivididos em conjuntos denominados classes, totalizando 47 classes. Cada uma delas composta por conceitos diagnósticos, em que estão classificados 187 diagnósticos de enfermagem. Esta estrutura também compreende definições para cada domínio, classe e diagnóstico.¹⁰ As definições são ferramentas fundamentadas em revisões, com vistas a que ocorram modificações seguras quanto à localização dos diagnósticos em suas respectivas classes e domínios, objetivando reduzir erros na classificação.

O Quadro 1 mostra os domínios e classes da Taxonomia II 2007-2008.¹⁰ Nesta classificação estão apresentados os termos traduzidos em português, observando-se os domínios com suas respectivas classes. Cada classe pode reunir um ou mais conceitos diagnósticos e sob estes, a NANDA apresenta diagnósticos validados, revisados e, também, os diagnósticos aceitos para testes clínicos.

Quadro 1 - Domínios e Classes da Taxonomia II - NANDA 2007-2008

DOMÍNIOS	CLASSES
1. Promoção da Saúde	1. Consciência da Saúde 2. Controle da Saúde
2. Nutrição	1. Ingestão 2. Digestão 3. Absorção 4. Metabolismo 5. Hidratação
3. Eliminação/Troca	1. Sistema Urinário 2. Sistema Gastrointestinal 3. Sistema Tegumentar 4. Sistema Respiratório
4. Atividade/Repouso	1. Sono/Repouso 2. Atividade/Exercício 3. Equilíbrio de Energia 4. Respostas Cardiovasculares/Pulmonares 5. Autocuidado
5. Percepção/Cognição	1. Atenção 2. Orientação 3. Sensação/Percepção 4. Cognição 5. Comunicação
6. Auto-percepção	1. Autoconceito 2. Auto-estima 3. Imagem Corporal
7. Relacionamentos de Papel	1. Papéis de Cuidador 2. Relações Familiares 3. Desempenho de Papel
8. Sexualidade	1. Identidade Sexual 2. Função Sexual 3. Reprodução

DOMÍNIOS	CLASSES
9. Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse	1. Respostas Pós-trauma 2. Respostas de Enfrentamento 3. Estresse Neurocomportamental
10. Princípios de Vida	1. Valores 2. Crenças 3. Coerência entre Valor/Crença/Ação
11. Segurança/Proteção	1. Infecção 2. Lesão Física 3. Violência 4. Riscos Ambientais 5. Processos Defensivos 6. Termorregulação
12. Conforto	1. Conforto Físico 2. Conforto Ambiental 3. Conforto Social
13. Crescimento/Desenvolvimento	1. Crescimento 2. Desenvolvimento

A enfermagem, face às transformações científicas e sócio-culturais, adotou um sistema de classificação estruturado e apropriado ao exercício profissional, visando facilitar a comunicação profissional, estimular a pesquisa e acompanhar os avanços tecnológicos, especificamente de informática.

Atualmente a taxonomia da NANDA é registrada no nível de saúde sete (*Health Level Seven – HL7*), padrão de informática em saúde, uma terminologia usada para identificar o diagnóstico em mensagens eletrônicas, cujo padrão de codificação é capaz de informatizar a terminologia e facilitar a inclusão de novos diagnósticos. A taxonomia utiliza uma estrutura de códigos terminológicos da área de saúde, reconhecidos pela *National Library of Medicine (NLM)*, representada por cinco dígitos, para auxiliar no desenvolvimento da classificação, não havendo a necessidade de alterar os códigos em revisões, no aperfeiçoamento e inclusão de novos diagnósticos.¹⁰

A estrutura taxonômica II também proporciona a individualização e facilita a inclusão de novos diagnósticos por ser multiaxial. A classificação consiste em sete eixos definidos como dimensões das respostas humanas, consideradas no processo diagnóstico. Os eixos vêm sendo gradativamente modificados em sua ordem a partir da edição NANDA 2005-2006, visando a uma melhor adequação ao modelo de referências dos padrões internacionais.¹⁰

Quanto aos eixos, o de número 1 é definido como conceito diagnóstico, considerado fundamental na raiz do enunciado; descreve a “resposta humana” e

consiste em substantivos (Ex: Padrões de sexualidade). O eixo 2 refere-se ao sujeito do diagnóstico, foi modificado do eixo 3 para o 2, representa a(s) pessoa(s) por meio do qual se determina o diagnóstico e seus valores. Estes consistem em: indivíduo, família, grupo ou comunidade. Este eixo também pode estar nomeado de forma implícita. O julgamento representa o eixo 3, alterado em sua ordem do eixo 6 para o 3, com sua razão modificada de descritor para julgamento; limita ou especifica o significado do diagnóstico (Ex: antecipado, deficiente, ineficaz). Tal eixo, junto ao conceito, compõe o diagnóstico de enfermagem. Para que o enfermeiro possa nomear adequadamente e codificar o diagnóstico, é necessário, portanto, utilizar o eixo 1 (conceito diagnóstico), o eixo 2 (sujeito do diagnóstico) e o eixo 3 (julgamento).^{9,10}

O eixo 4 descreve partes e regiões do corpo. Seus valores são: mucosas, cardiopulmonar e vesical. O ordenamento deste eixo era classificado como 7 e denominava-se topologia, sendo modificado para o eixo 4, cuja denominação é a localização. No eixo 5 menciona-se a idade do sujeito, tal como se observa sua especificação no diagnóstico - adolescente, adulto, criança de 1 a 3 anos - anteriormente ordenado como eixo 4, sua definição também foi alterada. Questões relativas ao tempo fazem parte do eixo 6 e indicam a duração do conceito diagnóstico na NANDA 2005-2006, anteriormente descrito no eixo 2, com sua definição também alterada. Os valores traduzem as condições agudo, crônico e intermitente. Finalizando, o eixo 7, considerado anteriormente como eixo 5, teve sua denominação adequada de estado de saúde para situação do diagnóstico e designa a realidade ou potencialidade do problema, além de categorizar o diagnóstico como real, de bem-estar, promoção da saúde e de risco, cuja definição também foi modificada.^{9,10}

Os eixos se tornam úteis na prática clínica, principalmente quando há a necessidade de combinação e expressão de valores. Observando-se a construção do diagnóstico de enfermagem “Padrões de Sexualidade ineficaz” se identifica sua classificação no domínio 8, classe 2, cujos eixos prevalentes são: 1, 2, 3 e 7, estando o eixo 2 implícito no título (indivíduo). Nem sempre é oportuna a utilização dos 7 eixos no estabelecimento

diagnóstico. Alguns eixos são empregados e necessários para adicionar detalhes, visando melhorar a clareza do diagnóstico. Entretanto, estes permitem a construção de inúmeros diagnósticos, havendo necessidade de conhecimento específico, noção, senso, base, identificação de atributos por parte do enfermeiro na construção adequada dos diagnósticos.¹⁰

No estabelecimento diagnóstico, os diagnósticos declarados pela NANDA são formados por elementos estruturais como:¹⁰

- título: estabelece expressão de uma revelação do problema inferido;
- definição: esclarece o significado do diagnóstico;
- características definidoras: são as manifestações coletadas e agrupadas na primeira fase do processo;
- fatores relacionados: causa do problema julgado pelo enfermeiro através do raciocínio crítico e clínico, mostra a relação padronizada com o diagnóstico real;
- fatores de risco: descrevem a vulnerabilidade dos acontecimentos relativos ao indivíduo, família ou comunidade; apenas o diagnóstico de risco exibe este componente.

Embora seja evidente a importância dos componentes necessários à nomeação de um diagnóstico de enfermagem, tanto na pesquisa quanto na prática clínica, a definição e as características definidoras influenciarão a destinação da localização do diagnóstico na taxonomia.

Atualmente, o foco centra-se no desenvolvimento da linguagem padronizada NNN cuja relação abrange a conjugação dos diagnósticos, intervenções e os resultados em enfermagem. Esta linguagem contribui para uma melhor documentação da prática de enfermagem, permite também uma melhor avaliação da efetividade dos cuidados realizados, além de melhorar não somente a comunicação, mas a interdisciplinaridade.¹³

A linguagem padronizada NNN representa uma estrutura apropriada à prática clínica. No entanto, o desafio consiste em padronizar esta linguagem em estudos baseados em evidências na prática clínica do

enfermeiro, especificamente por estudos de metanálise. É necessário ampliar o conhecimento científico e metodológico e a prática clínica pelos enfermeiros brasileiros, de forma a melhor contemplar a essência da profissão.¹³

VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Ao se utilizar metodologias científicas é possível se obter resultados mais confiáveis nas pesquisas sobre diagnósticos, além de permitir a inclusão de novos diagnósticos na classificação da NANDA à medida que novos aprimoramentos são efetuados. Contudo, no campo da validação diagnóstica a realidade brasileira identifica alguns estudos com fragilidade e deficiências, principalmente quanto ao desenvolvimento metodológico.¹⁴

Dessa forma, conclui-se que na prática clínica brasileira são necessárias mais pesquisas referentes à validação dos diagnósticos de enfermagem, pois compete aos enfermeiros considerados “expertos” a função de julgar o quanto cada característica definidora irá representar a categoria diagnóstica em questão e, conseqüentemente, o que deverá ser investigado na validação clínica.

Existem diferentes formas utilizadas para a validação diagnóstica. Considerando este aspecto, o pesquisador deverá se ater especificamente ao objetivo da pesquisa tendo em vista que as informações coletadas sejam precisas e a mensuração dos dados exata.¹⁵ Validar um diagnóstico de enfermagem no âmbito da prática clínica requer autenticidade e legitimidade do diagnóstico junto ao grupo de clientes pesquisados e adequação ao contexto profissional dos enfermeiros brasileiros.¹⁶

O Brasil iniciou a divulgação das pesquisas nesta área, mais precisamente no Simpósio de Diagnósticos de Enfermagem em 1992. A partir desta data, pesquisas de diversos enfermeiros vêm ampliando o conhecimento sobre o assunto, buscando melhorar progressivamente a incorporação desta metodologia; embora incipientes, visam, melhorar o conhecimento e validar diagnósticos mais precisos. Entretanto, apesar dos modelos de estudos sobre validação diagnóstica serem diversos, no Brasil os procedimentos metodológicos apenas são utilizados em

parte do processo, predominando estudos sobre validação de características definidoras.¹⁷

Quanto aos modelos teóricos sobre validação de diagnósticos de enfermagem publicados, destacam-se entre eles, os desenvolvidos por Fehring (1987) e Hoskins (1989), mais amplamente utilizados em estudos de validações diagnósticas efetuados por enfermeiros brasileiros. Porém, identificam-se características próprias quanto aos critérios utilizados por estes autores, havendo diferenças nas etapas dos modelos e na validação propriamente dita, principalmente no uso do termo validação de conteúdo e emprego da mesma denominação para diferentes etapas (análise conceitual e avaliação por especialista). No Brasil, observa-se um número menor de pesquisas desenvolvidas segundo o modelo de Hoskins,^{17,18} sendo o mais utilizado o de Fehring, modelo que obedece parcialmente o número e os critérios para seleção de peritos.

O modelo de Hoskins na validação diagnóstica de enfermagem é descrito em três fases. A primeira descreve a análise de conceito e identifica suas características; a segunda fase compreende a validação por especialistas, na qual peritos ou expertos no assunto revisam e avaliam as características definidoras listadas na análise do conceito e, por meio de valores, mensuram cada característica de acordo com sua importância para o diagnóstico em estudo. Na terceira fase, denominada validação clínica, são testadas as características definidoras por, no mínimo, dois enfermeiros com prática e capacidade para diagnosticar. A incidência das evidências clínicas ocorre ao se averiguar a presença ou ausência destas características na população em estudo.^{14,19}

Nos estudos de validação de conteúdo de diagnósticos de enfermagem, Hoskins¹⁹ pontua que os expertos, além do profundo conhecimento da temática em estudo, devem conhecer e compreender amplamente o diagnóstico de enfermagem a ser validado. Quando enfermeiros expertos de outros países são convidados a colaborar no desenvolvimento de validações diagnósticas é preciso levar em consideração as barreiras relacionadas à linguagem e à cultura.

O modelo de validação de conteúdo de Fehring requer uma revisão da literatura *a priori*; na seqüência

são analisadas as características definidoras, como contributivo para a validação do diagnóstico. Etapa realizada especificamente por enfermeiros especialistas (expertos). Tais especialistas pontuam, por meio de escores, a relevância das evidências de cada característica definidora segundo a especialidade estudada pelo pesquisador.

Métodos estatísticos são utilizados na validação diagnóstica; quanto à técnica Delphi utilizada no método de Fehring, esta é considerada opcional. A próxima etapa a ser considerada é a validação do diagnóstico na prática clínica, cuja abordagem é realizada por dois enfermeiros clínicos expertos ou especialistas, previamente selecionados para realizar tais observações. O pesquisador geralmente observa diretamente o cliente quanto ao diagnóstico estudado.²⁰

O reconhecimento de um padrão refere-se à capacidade de fazer associação instantânea do quadro que um paciente apresenta com um padrão conhecido aceito, como, por exemplo, um diagnóstico de enfermagem. A escolha dos peritos é um trabalho importante para os pesquisadores de qualquer estudo em qualquer país, pois é de sua competência o julgamento de cada característica definidora correspondente na validação do conteúdo do diagnóstico.²¹ Como atributos do enfermeiro perito ou experto são necessários um corpo especializado de conhecimento ou habilidades, experiência extensa em campo específico da prática clínica, alto nível de desenvolvimento para reconhecimento de padrões e ter a sua qualidade de experto reconhecida por outros.²¹

É fundamental também considerar que um enfermeiro experto não pode ser selecionado apenas por um critério. São características relevantes: ser capaz de categorizar problemas com um alto nível de teorização e aplicar melhor seus conhecimentos na prática, ter consciência do que sabe e do que não sabe, ser flexível, ter especificidade, capacidade para contextualização e fazer generalizações.²¹

No Brasil, a dificuldade consiste em localizar enfermeiros peritos ou expertos aptos a adotar métodos de validação em pesquisas científicas. Torna-se árdua, muitas vezes a fase que envolve a validação diagnóstica

nos trabalhos de pesquisa científica dessa natureza. Estudos de validação sobre a estrutura taxonômica e os componentes do diagnóstico, como título, definição, fatores relacionados e fatores de risco, ainda são escassos no Brasil.¹⁷

Entretanto, desde 2005 vem se ampliando as oportunidades para os enfermeiros brasileiros quanto à realização de pesquisas científicas, identificadas por novos projetos e o início de pesquisas clínicas em hospitais de ensino, favorecidas por uma melhor atenção política e de recursos humanos e financeiros crescentes, embora ainda existam muitas dificuldades nesse campo de atuação. Dessa forma, o enfermeiro tem a possibilidade de melhorar também o método científico nos estudos de validação.¹⁸

Independentemente do critério adotado, é fundamental que o pesquisador descreva esse critério de forma detalhada em seu estudo, garantindo a possibilidade de utilização do método por outros pesquisadores. Ao iniciar estudos que contemplem procedimentos de validação, seja de instrumentos de medida, ou de conteúdo diagnóstico, é importante que a etapa de seleção de expertos seja delineada com rigor e responsabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo de atualização teve como pretensão transmitir conhecimentos aos enfermeiros sobre a estrutura taxonômica II da NANDA 2007-2008 e a validação de diagnósticos de enfermagem, contribuindo para a familiarização, padronização e os estudos sobre a

classificação dos diagnósticos de enfermagem. Estudos empregando a estrutura taxonômica II contribuirão para melhorar a assistência de enfermagem e, baseados em uma melhor utilização do processo de enfermagem, poderão tornar o cuidado sistematizado, individualizado e melhor qualificado no âmbito da saúde profissional.

No Brasil o processo de implementação da padronização desta linguagem é recente, havendo ainda dificuldades para o desenvolvimento e implantação dos diagnósticos na prática clínica assistencial de enfermagem, bem como para a formação e identificação de enfermeiros peritos ou expertos para que se consolidem mais diagnósticos e publicações de estudos científicos sobre o sistema conceitual da NANDA.

A utilização de uma linguagem padronizada permitirá, no contexto das ações dos enfermeiros brasileiros, uma reflexão mais ampla e a utilização mais clara das respostas humanas aos processos de saúde e doença. Permitirá também que os cuidados de enfermagem sejam mais adequados e humanizados à clientela por eles assistida, além de contribuir para uma melhor valorização do enfermeiro junto as demais equipes de saúde.

É fundamental, portanto, esforços conjugados e contínuos por parte dos enfermeiros neste campo de ação, visando possibilitar benefícios tanto aos enfermeiros e à profissão, quanto aos clientes, para que novos incrementos e estímulos aperfeiçoem a prática assistencial de enfermagem no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. International Council of Nurses (ICN). *International Classification for Nursing Practice – Beta*. Geneva, Switzerland: ICN; 1999.
2. Gaidzinski RR, Soares AVN, Lima AFC, Gutierrez BAO, Cruz DALM, Rogenski NMB, et al. *Diagnóstico de enfermagem na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Garcia, TR; Nóbrega, MML; Carvalho, EC. *Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem*. Anais do II Fórum Mineiro de Enfermagem – “Sistematizar o cuidar”, p.29-40, Uberlândia MG, 2002.
4. Brasil. Resolução COFEN-311/2007. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 08 fev 2007.
5. Brasil. Lei nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 09 jun 1987. Seção 1 p.1.
6. Helland WY. Nursing diagnosis. In: Cristensen PJ, Griffith-Kenney JW. *Nursing Process: Application of conceptual Models*. St. Louis: Mosby; 1995.p.120-38.
7. Alfaro LeFevre R. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
8. Carvalho EC, Rossi LA. *Classificação internacional da prática de enfermagem – CIPE*. In: Anais do 9º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem – SIBRACEN; 2004 maio; Ribeirão Preto, Brasil. p.2-27.
9. *Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
10. *Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

11. Hardiker NR, Casey A, Coenen A, Konicek D. Mutual enhancement of diverse terminologies. American Medical Informaties Association [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2008 Jun 25]; 319-23. Disponível em: <http://www.amia.org/meetings/f06/docs/advanceprogram.pdf>.
12. Braga CG, Cruz DALM. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Rev Latino-am Enfermagem. 2003 mar/abr;11(2):240-4.
13. Kautz DD, Horn ERV. An exemplar of the use of NNN language in developing evidence-based practice guidelines. International Journal Nursing Terminologies and Classifications. 2008 Jan/mar;19(1):14-9.
14. Garcia TR. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. Acta Paul Enf. 1998 set/dez;11(3):24-31.
15. LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
16. Melo AS. Validação dos diagnósticos de enfermagem Disfunção Sexual e Padrões de Sexualidade Ineficaz. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, 2004.
17. Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi LA. Validação de diagnóstico de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. Rev Eletrônica Enfermagem [periódico na Internet]. 2008; [acesso em 2008 Jun 25];10(2):513-20. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/>.
18. Carvalho EC, Mello AC, Napoleão AA, Bachion MM, Dalri MCB, Canini SRMS. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. Rev Eletrônica Enfermagem [periódico em Internet]. 2008; [acesso em 2008 Jun 25];10(1):235-40. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/>.
19. Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carrol Johnson RM, et al., editores. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott; 1989. 126-31.
20. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. Heart & Lung. 1987 nov;16(6):625-29.
21. Galdeano LE, Rossi LA. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. Cienc Cuidado Saúde. 2006 Jan;5(1):60-6.

Fonte: <http://maternajapao.blogspot.com/2008/11/depressao-pos-parto-ou-baby-blues.html?showComment=1227834780000>



Artigos de Revisão

CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISE DOS CONCEITOS À LUZ DA TEORIA DE WALKER E AVANT

PALLIATIVE CARE: ANALYSE IN ACCORDANCE WITH THE METHODOLOGY OF WALKER AND AVANT

CUIDADOS PALIATIVOS: ANÁLISIS DE CONCEPTO DE ACUERDO CON LA METODOLOGÍA DE WALKER Y DE AVANT

Ana Carla Gonçalves*, Andréa Silva*, Cláudia Chalin*, Hernâni Cabral**, Luís Filipe Ricarte***, Tânia Machado***

Resumo

A análise de conceitos sustenta o desenvolvimento teórico em enfermagem, através da clarificação dos seus fenômenos, permitindo novas formas de conceitualização e descrição de uma realidade. O presente artigo resulta de um estudo que teve como objetivo compreender o conceito de cuidados paliativos, expresso na literatura de enfermagem, à luz da metodologia tradicional de Walker e Avant. Neste sentido, procedeu-se à pesquisa de publicações recorrendo às bases de dados da Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil e à base de dados da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, resultando em 51 artigos alusivos ao conceito de cuidados paliativos, desde o ano de 1995 (ano da criação da Associação Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP, em Portugal) a Dezembro 2007. Foram privilegiados artigos que permitissem identificar os elementos do conceito, a sua evolução e análise do mesmo. Na análise do conceito de cuidados paliativos confluíram variáveis intrínsecas ao próprio doente, à sua situação particular de saúde e às características pessoais e profissionais do enfermeiro. Desta forma, destacaram-se os atributos essenciais, os eventos antecedentes e consequentes do conceito representados num mapa conceitual. A exposição dos elementos na utilização do conceito possibilitou, ainda, a elaboração de um conceito com cariz operacional, passível de ser utilizado em enfermagem. Deste modo, conclui-se que o conceito de cuidados paliativos é uma construção complexa de elementos que privilegiam uma abordagem integral ao doente em fase terminal, cujo paradigma são os cuidados ativos que promovem a dignidade e autonomia do doente e sua família, através da contribuição de uma equipe multidisciplinar munidas de conhecimentos técnicos e relacionais adequados.

Palavras-chave: Formação de conceitos. Metodologia. Cuidados paliativos. Enfermagem.

Abstract

The analysis of concepts maintains the theoretical development in nursing, through the clarification of its own phenomenon, allowing news forms of conceptualization and description of a reality. The present article, results of a study that the objective was to understand the concept of palliative care found in the nursing literature, according to the traditional methodology of Walker and Avant. We proceeded and based the research according to publications and facts from the Nursing Francisco Gentil College and Nursing College of Ponta Delgada, resulting in 51 articles about concepts of palliative care, since the year of 1995 (year of the creation of the National Association of Palliative Care (ANCP), in Portugal) to December 2007. We emphasized articles that permitted to identify the elements of the concept, its evolution and analysis. In the analysis of the concept of palliative care, inherent variables merged to the patient and his personal health; and to the nurse's personal and professional characteristics. This way, relevance was giving to the essential attributes, the preceding and consequent events of the concept represented in a map conceptual. The exposition of the elements in the utilization of the concept, allows us still, to elaborate a concept with operational quality, subjected to be used in nursing. In this way, we conclude that the concept of palliative care is a complex construction of elements that privilege an integral approach to the patient in a terminal phase, whose paradigms are active care to promote the dignity and autonomy of the patient and his family, through the contribution of a multidisciplinary team that has adequate relational and technical knowledge.

Keywords: Concepts formation. Methodology. Hospice care. Nursing.

Resumen

El análisis de conceptos apoya el desarrollo teórico en enfermería, a través de la clarificación de sus fenómenos, permitiendo nuevas formas de conceptualización y la descripción de una realidad. El presente artículo es el resultado de un estudio que tenía como objetivo el entender el concepto de cuidados paliativos, expresado con terminología propia de enfermería, a la luz de la metodología

* Licenciados em Enfermagem. Enfermeiros do Hospital Divino Espírito Santo, Açores – Portugal.

** Licenciado em Enfermagem. Enfermeiro do Centro de Saúde de Ponta Delgada, Açores – Portugal.

*** Licenciado em Enfermagem. Enfermeiro do Centro de Saúde de Ribeira Grande, Açores – Portugal.

tradicional del Walker y Avant. En este sentido, se procedió a la investigación de publicaciones recurriendo a las bases de datos de la Escuela Superior de Enfermería Francisco Gentil y a la base de datos de la Escuela Superior de Enfermería de Ponta Delgada, resultando 51 artículos alusivos al concepto de cuidados paliativos, desde el año de 1995 (año de la creación de la Asociación Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), en Portugal) a diciembre de 2007. Le dimos prioridad a los artículos que permitiesen identificar los elementos del concepto, su evolución y análisis del mismo. En el análisis del concepto de cuidados paliativos confluyeron variables intrínsecas al propio enfermo y a su situación particular de salud y a la características personales y profesionales del enfermero. De esta forma, se destacaron los atributos esenciales, los eventos antecedentes y consecuentes del concepto representados en un mapa conceptual. La exposición de los elementos en la utilización del concepto nos permitió, además, la elaboración de un concepto con cariz operacional, posible de ser utilizado en enfermería. De este modo, concluimos que el concepto de cuidados paliativos es una construcción compleja de elementos que posibilitan un abordaje integral al enfermo en fase terminal, cuyo paradigma son cuidados activos para promover la dignidad y autonomía del enfermo y su familia, a través de la contribución de un equipo multidisciplinar dotado de conocimientos técnicos y relacionales adecuados.

Palabras clave: Formación de concepto. Metodología. Cuidados paliativos. Enfermería.

INTRODUÇÃO

No âmbito da competência dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem, surgem determinados conceitos que necessitam de esclarecimento e clarificação. A clarificação de conceitos é utilizada para refinar assuntos ou temas utilizados em enfermagem e que não possuem um acordo claro, partilhado e consciente acerca das suas propriedades ou significados.

Neste contexto, os conceitos estruturam o pensamento, pois representam uma imagem mental de objetos, coisas ou acontecimentos do fenómeno que a teoria pretende explicar, expõem o conhecimento científico e constituem a linguagem comum do saber científico universal.¹

Os conceitos são descritos como os elementos de base da linguagem e transmitem os pensamentos, as idéias e as noções abstratas. A sua utilidade prende-se com o papel de ligação entre o pensamento abstrato e a experiência sensorial.

No desenvolvimento do estudo, do qual resulta o presente artigo, procedeu-se, primeiramente, a uma revisão da literatura, seguida de uma análise do conceito de Cuidados Paliativos à luz da metodologia tradicional de Walker e Avant, respeitando-se as oito etapas preconizadas pelos autores, de forma a construir um novo conceito de Cuidados Paliativos que reflita a sua operacionalização na prática dos cuidados.² Estes passos são apresentados sequencialmente: seleção do conceito; clarificação dos objetivos da análise; identificação de todos os usos do conceito que se possam descobrir; determinação dos atributos que o definem; construção de um caso modelo; construção de um caso contrário;

identificação dos antecedentes e consequentes do conceito; definição dos referenciais empíricos.

ANÁLISE DO CONCEITO DE CUIDADOS PALIATIVOS SEGUNDO A METODOLOGIA TRADICIONAL DE WALKER E AVANT

A Enfermagem atingiu um nível de excelência nestes últimos anos, graças ao contínuo desenvolvimento da investigação, contribuindo para a criação de um corpo de conhecimentos próprio, cuja finalidade é não só orientar a prática dos cuidados da profissão, como também servir ao ser humano.

Torna-se claro que a enfermagem conseguirá se afirmar como ciência e profissão, quando os seus intervenientes investirem na investigação, tal como defende o 5º relatório da Comissão de peritos dos cuidados em enfermagem da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996), ao afirmar que “[...] uma profissão cujas pessoas são conscientes dos seus deveres deve colocar questões que suscitem investigações, estar aberta a investigações relacionadas com a sua atividade e por em prática os resultados dessas investigações”.³

Neste sentido, a investigação conduz a um aprofundamento de conhecimentos que permitem a profissionalização, sendo que a autonomia de uma profissão decorre do reconhecimento dado a cada profissional no desempenho das suas funções, baseadas em saberes próprios.⁴

O grau de progresso e evolução na área de enfermagem pode ser avaliado através do grau em que os seus membros são capazes de descobrir ou

desenvolver conceitos, que refletem um determinado fenômeno relacionado com os cuidados de enfermagem.⁵ Assim, os conceitos são a base de qualquer processo de desenvolvimento teórico e alguns dos problemas do conhecimento em enfermagem são, em primeiro lugar, problemas conceituais. A análise de conceito constitui uma estratégia para o posterior desenvolvimento de conceitos;⁵ permite identificar o núcleo de um conceito, as suas fronteiras, clarificar os aspectos consistentes e inconsistentes no seu uso, na sua natureza e nas suas propriedades.⁶

Assume-se que os conceitos encontram-se introduzidos na literatura, que foram definidos e clarificados; no entanto, necessitam de uma análise mais profunda, para que se avance para um nível posterior de desenvolvimento conceitual.⁵

As metodologias utilizadas para a análise de conceito em enfermagem sofreram uma atenção considerável no final do século XX e na primeira década do século XXI, principalmente com os estudos efetuados por Chinn e Kramer e por Walker e Avant, na área da análise de conceito. Estes últimos construíram uma metodologia denominada de tradicional.

A metodologia tradicional proposta por Walker e Avant assenta-se em oito etapas, as quais são descritas e servem para esses autores orientar o desenvolvimento da análise do conceito de Cuidados Paliativos. Contudo, foi adotada a posição defendida pelos autores, em que salvaguardam que a utilização destas etapas poderá decorrer de uma forma sequencial, mas em determinadas circunstâncias, pode ocorrer em simultâneo, atribuindo um aspecto dinâmico ao processo de análise.

Entretanto, o "produto" da análise efetuada constitui apenas uma "possibilidade" de interpretação da realidade, uma vez que esta se encontra em constante mudança e nem sempre é apreendida de uma forma global.⁶

Por razões normativas à elaboração deste artigo, optou-se por enunciar 5 etapas das 8 propostas por Walker e Avant.

1ª. Etapa: seleção do conceito

De acordo com a metodologia tradicional de Walker e Avant, a primeira etapa da análise de conceitos

caracteriza-se pela seleção de um conceito que, geralmente, encontra-se pouco explorado podendo, por vezes, estar sendo utilizado incorretamente. A este respeito, a seleção do conceito não é só e apenas a primeira etapa do processo da análise, sendo também a mais difícil, devendo ser realizada com cuidado e atenção.¹

Neste contexto, tal estudo se justifica por considerar relevante a pesquisa da análise do conceito "Cuidados Paliativos", justificada, principalmente, pelas seguintes razões:

- o envelhecimento da população portuguesa e consequente aumento da incidência do câncer e de outras doenças crônico-degenerativas apontam para a convivência da fase terminal com o fim de vida;
- a vivência do sofrimento por doentes em fase terminal, que se encontram em instituições de saúde, com alterações físicas, psicológicas, sociais e espirituais, nem sempre são atendidas como prioridade;
- a complexidade do conceito de cuidados paliativos leva, por vezes, a seu uso inadequado entre os profissionais de saúde, sendo confundido geralmente com o de eutanásia;
- na prática dos cuidados de saúde, constatam-se alguns tabus entre os seus profissionais, tais como o não falar e não compartilhar temas sobre a morte com o doente e, também, a não utilização da morfina em doentes que sofrem de dor, geralmente justificada pelo risco de dependência, de complicações respiratórias, entre outras.

Estes aspectos anteriormente apontados resultam de algumas dúvidas existentes entre os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Assim, com este artigo pretende-se não só compreender o conceito, mas contribuir para a sua clarificação.

2ª. Etapa: clarificação dos objetivos da análise

Os objetivos da análise podem não só clarificar o significado de um conceito, mas, também, permitir o desenvolvimento de uma definição operativa que pode ser articulada e enquadrada numa teoria existente.¹

Assim, nesta etapa pretende-se determinar os objetivos de análise do conceito de *Cuidados Paliativos*, de forma a obter uma orientação e compreensão mais clara do mesmo.

O objetivo geral deste estudo é relatar o conceito de cuidados paliativos, expresso na literatura científica de enfermagem, em Portugal, com base na metodologia tradicional de Walker e Avant.

Os objetivos específicos são: descrever os elementos críticos do conceito de Cuidados Paliativos; identificar os atributos críticos do conceito de Cuidados Paliativos; elaborar uma definição operacional de Cuidados Paliativos e identificar os conceitos relacionados com o de Cuidados Paliativos.

3ª. Etapa: identificação de todos os usos do conceito

De acordo com a terceira etapa proposta por Walker e Avant, deve-se recorrer a uma identificação de todos os usos do conceito que se possa descobrir, recorrendo-se a diferentes fontes,⁶ dentre elas: dicionários, obras literárias, bibliografias profissionais, entre outras. Concomitantemente, essa pesquisa utilizou as bases de dados da Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil, por se tratar de uma base de referência nacional, sendo uma das mais completas a nível nacional, e da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, com o intuito de complementar a pesquisa. O levantamento bibliográfico decorreu entre os meses de Dezembro de 2007 a Fevereiro de 2008, e resultou num total de 215 referências bibliográficas alusivas ao tema. Contudo, foram selecionados apenas 51 artigos referentes ao conceito de cuidados paliativos, de 1995 (ano da criação da Associação Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP, em Portugal) a Dezembro de 2007, na medida em que foram privilegiados artigos que permitissem identificar os elementos do conceito, sua evolução e análise.

De acordo com a pesquisa realizada nas diferentes fontes literárias, a prática dos cuidados paliativos surgiu, inicialmente, com o movimento "hospice" moderno, contudo os "hospices" remontam ao século IV. A palavra francesa "hospice" é a tradução do vocábulo latino *hospitium*, cujo significado é "hospedagem, hospitalidade" e traduz um sentimento de acolhimento. *Hospitium*, para além de um local era, também, um vínculo que se estabelecia entre as pessoas.

Ressalta-se ainda, que o movimento "hospice" ao longo dos tempos destacou-se, essencialmente, na valorização do ser humano e nas suas relações com o próximo.

O avanço significativo da medicina e o crescimento tecnológico em saúde, proporcionou aos hospitais a busca desenfreada pela manutenção e preservação da vida, por vezes, a qualquer custo. Diante do fato, os cuidados aos doentes terminais e aos seus familiares foram remetidos para segundo plano, desamparando as suas necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais. Para combater esta realidade, surgiu no Reino Unido, em meados da década de 1960, o movimento "hospice" moderno que tinha como missão uma abordagem holística do cuidado, envolvendo aspectos que iam além do órgão doente e da cura.

Este movimento teve como protagonista a enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders (Fundadora do Saint Christopher's Hospice), pioneira na defesa da humanização dos cuidados prestados aos doentes sem perspectivas de recuperação, criando assim uma nova dimensão aos cuidados paliativos. Saunders, ao criar esta nova abordagem, defendia que os doentes em final de vida não precisavam de cuidados curativos, mas sim de cuidados paliativos que proporcionassem o alívio da dor e o conforto, na medida em que importa cuidar do doente como um todo, uma vez que é, também, como um todo que o doente sofre.⁷

Em Portugal, os cuidados paliativos se iniciaram com criação da ANCP, que atualmente se designa Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, oficialmente criada em 21 de Julho 1995, conforme documentação auferida no Diário da República, III Série, Nº 223, de 26 de Setembro de 1995. Esta associação tem por finalidade promover o desenvolvimento, o estudo, a investigação e o ensino dos cuidados paliativos, assim como proporcionar uma melhor qualidade de vida possível a pessoas doentes cujas patologias são crônicas e se encontram em fase avançada e progressiva. Busca compreender e integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, consideradas necessidades humanas básicas durante a vida física e após a finitude.

Assim, o termo Paliativo, de acordo com o dicionário da língua portuguesa contemporânea, deriva do étimo do latino *pallatium*, que significa disfarçar, cujo significado consiste no tratamento para mitigar temporariamente o sofrimento do doente, para suprimir os sintomas de uma doença mais do que as próprias causas. Refere-se também, ao recurso, meio e medida, utilizados com o objetivo de atenuar um sofrimento moral, remediar provisoriamente um mal, mascarar uma situação extremamente difícil, evitar momentaneamente uma crise.⁸

Por outro lado, os cuidados paliativos são definidos pela OMS (1990) como:

[...] cuidados activos completos, dados aos doentes cuja afecção não responde ao tratamento curativo. A luta contra a dor e outros sintomas, e a tomada em consideração dos problemas psicológicos, sociais e espirituais são primordiais. O objectivo principal dos cuidados paliativos é manter a qualidade de vida a um nível óptimo, para os doentes e família.⁷

Nesta definição da OMS, os cuidados paliativos afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, não pretendendo recorrer a uma obstinação terapêutica desadequada ou à eutanásia. A unidade receptora de cuidados é sempre o doente e a família, devendo estes serem considerados como realidades interdependentes, que se prologam pelo processo do luto familiar. Revela ainda uma significação do conceito, de uma forma afetuosa e suave, referindo que estes cuidados envolvem a pessoa doente num manto de ternura, com o objetivo de ajudá-la positivamente, diminuindo o seu sofrimento físico e humano.⁹

Os cuidados paliativos progressivamente incorporam, também, a pessoa com doença progressiva, incurável e degenerativa, como é o caso dos doentes com demência e em fase terminal.¹⁰

Deste modo, os cuidados paliativos são os cuidados ativos e integrais aos doentes com doenças que constituam risco de vida, e às suas famílias, realizados por uma equipe multidisciplinar, num momento em que o doente não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida.¹¹

Neste contexto, é preciso clarificar a terminologia “ativos”, que tem por base a necessidade de sustentar as intervenções positivas (e não as evitantes ou cuidados inativos) e superar as situações para as quais a estigmatizante frase “não há mais nada a fazer” reenvia muitos doentes para a angústia e o abandono.¹¹

Por seu turno, a utilização do termo “totais” ou integrais salienta a abordagem individual da pessoa, reconhecendo todas as dimensões e a singularidade do ser humano, ou seja, acompanhando humanamente todas as pessoas que caminham para a finitude.¹²

A consulta à literatura científica em enfermagem em Portugal, entre o período de 1995 a 2007, possibilitou apresentar a historicidade do conceito de cuidados paliativos, bem como o seu significado, conforme exposto nas figuras abaixo.

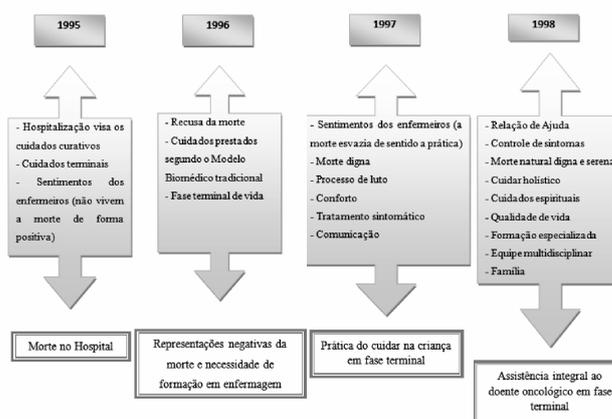


Figura 1 - Ciclo do desenvolvimento do conceito de Cuidados Paliativos, segundo o tempo (1995 a 1998)

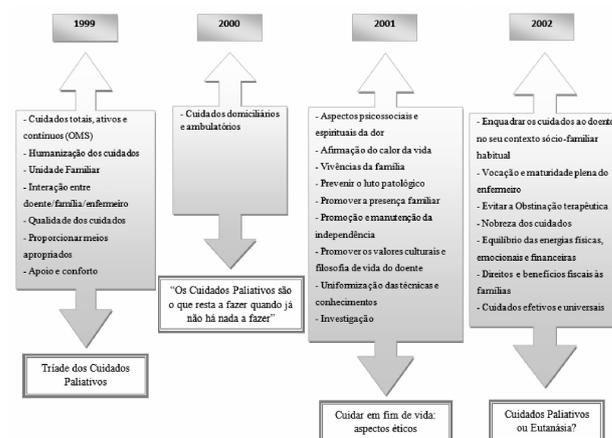


Figura 2 - Ciclo do desenvolvimento do conceito de Cuidados Paliativos, segundo o tempo (1999 a 2002)

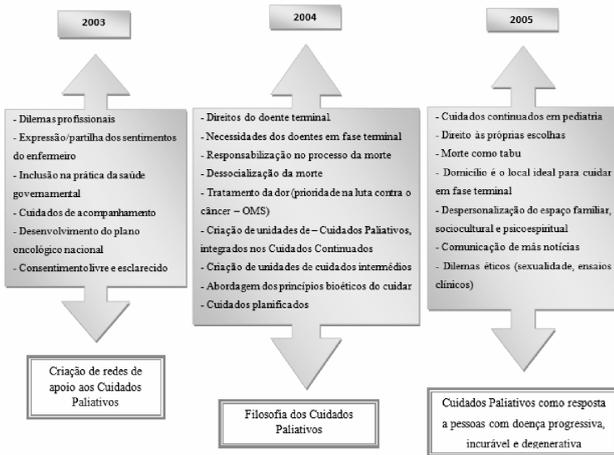


Figura 3 - Ciclo do desenvolvimento do conceito de Cuidados Paliativos, segundo o tempo (2003 a 2005)

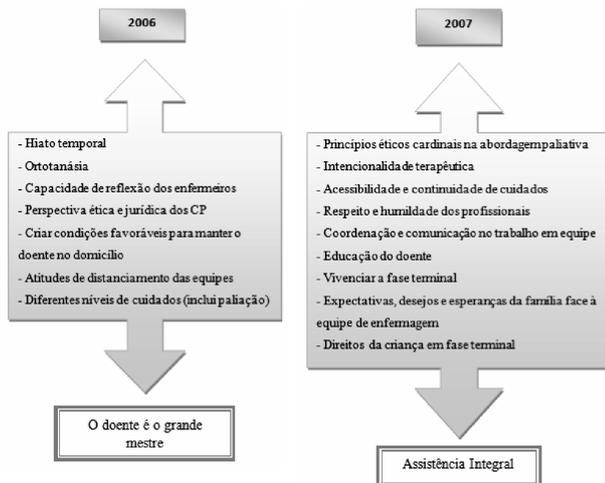


Figura 4 - Ciclo do desenvolvimento do conceito de Cuidados Paliativos, segundo o tempo (2006 a 2007)

Verificou-se que o conceito de cuidados paliativos, no ano de 1995, está vinculado ao doente em fase terminal num contexto hospitalar, dando ênfase aos cuidados terminais, que visam essencialmente os cuidados curativos. No decorrer do tempo e embora, ainda, não se verifique na literatura científica a utilização do conceito cuidados paliativos, este conceito abrange também a criança portadora de uma doença oncológica avançada. Contudo, denota-se uma importância na vivência da morte, em que esta ocorre num contexto sócio-cultural.

Pela primeira vez, em 1998, fez-se uso da terminologia dos cuidados paliativos, surgindo como uma nova abordagem do cuidar em fim de vida, de uma forma ativa, globalizada e integral aos doentes e sua família, potencializando o cuidado englobado numa tríade básica dos cuidados como: comunicação eficaz, controle de sintomas e apoio à família.

Em 2001, assiste-se a uma nova visão quanto aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde à luz de uma perspectiva ética e espiritual, em que o enfermeiro deverá preservar os direitos do doente, nomeadamente o direito a uma morte serena.

O significado de cuidados paliativos, no decorrer do tempo, expressa-se como uma assistência integral ao ser humano decorrente do paradigma do cuidado, e como o controle sintomático, através de uma comunicação honesta e clara pautada nos princípios da bioética e da ortotanásia.

Numa análise temporal, a aplicação do conceito de cuidados paliativos está representada inicialmente pela área médica e exclusivamente na especialidade de oncologia, sendo gradualmente incorporado pelas áreas de enfermagem, psicologia, bioética, teologia e em outras áreas (serviço social), embora de forma mais incipiente.

Importa referir o papel do enfermeiro, ao longo deste ciclo evolutivo, como parceiro ativo no desenvolvimento da prática dos cuidados paliativos. No entanto, verifica-se que nem sempre é fácil cuidar de um doente terminal. Para o enfermeiro implica um caminho de muitas aprendizagens, pois é necessário atingir uma maturidade mais plenificada, capaz de proporcionar ao doente e sua família não só o acompanhamento eficaz, mas uma morte digna. Esta realidade só será possível caso a atuação do enfermeiro se direcione para a personalização dos cuidados, como forma de facultar ao doente terminal e seus familiares os cuidados que permitam a redução da ansiedade e do sofrimento caracterizados pela nobreza de cuidados.¹³

Ao longo destes anos, constata-se que o enfermeiro que buscou desempenhar um papel junto ao doente em fase terminal, aprimorando os cuidados, é o profissional da equipe de saúde que mais próximo se encontra do doente e da sua família, com o intuito de apoiá-los em fases e momentos tão difíceis, como é o término da vida.

4ª. Etapa: determinação dos atributos

Os atributos constituem uma definição real oposta à nominal ou à definição encontrada nos dicionários. Os conjuntos destes atributos possibilitam a

identificação de situações passíveis do conceito. A identificação do atributo do conceito representa a realização principal da análise conceitual.

Procurou-se identificar o conceito de cuidados paliativos através dos atributos descritos na literatura portuguesa em enfermagem, tendo em conta os parâmetros definidos anteriormente.

Para a identificação dos atributos foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: quais os atributos do conceito indicados pelo autor? Quais as idéias que o autor está investigando sobre o conceito de cuidados paliativos?¹⁴

As palavras ou termos utilizados com mais frequência pelos autores foram considerados os atributos essenciais. Assim, dos 51 artigos selecionados e analisados, alguns atributos mereceram mais destaque pelos autores, do que outros, como se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1 - Identificação dos atributos essenciais nos artigos

Atributos essenciais identificados	Frequência de utilização nos artigos
Assistência integral ao ser humano (doente e família)	28 artigos
Visa o cuidado e não a cura	20 artigos
Doente e família: unidade de cuidar	19 artigos
Dignidade e autonomia dos doentes	19 artigos
Dilemas/sentimentos dos profissionais	18 artigos
Controle da dor/sintomas	17 artigos
Morte como processo natural	16 artigos
Morte em domicílio e no hospital	15 artigos
Cuidados em fase terminal	12 artigos
Conhecimentos técnicos/relacionais dos profissionais	11 artigos
Equipe multidisciplinar	10 artigos
Processo de luto	04 artigos



Figura 5 - Mapa Conceitual

5ª. Etapa: mapa conceitual

O mapa conceitual sobre o processo da evolução do conceito de cuidados paliativos nas ciências de enfermagem mostra que o conceito é dinâmico e interativo. Parte da base que compõe o mapa conceitual representado

na Figura 5, constituída pelos antecedentes do conceito, que são critérios que devem precedê-lo para que ele ocorra. Neste contexto, os antecedentes do conceito emergem pelas dificuldades do doente terminal e sua família, assim como pelo próprio profissional, não esquecendo as vicissitudes acarretadas pela doença terminal.

De acordo com a literatura científica analisada, foi possível identificar os atributos passíveis da utilização do conceito, como por exemplo: "Doente/família: unidade de cuidar"; "Equipe multidisciplinar"; "Morte como processo natural", entre outros.

Do mesmo modo, dos artigos analisados, foram revelados os consequentes, que são entendidos como acontecimentos que resultam da ocorrência do conceito e que, posteriormente, são preocupações de ordem prática. Entre estes acontecimentos, podem ser mencionadas a carta do doente em fase terminal, a criação de unidades de cuidados paliativos e de apoio domiciliário e a formação específica em cuidados paliativos.

Durante a prática, um conceito não poderá ter relevância apenas pela frequência com que é utilizado, mas sim pelo significado que lhe é atribuído. A clarificação dos atributos, antecedentes e consequentes, é essencial e abre portas para futuras investigações, permitindo um estudo mais amplo e completo de todas as características do conceito.

CONCLUSÃO

Nenhuma profissão pode existir sem explicitar as bases teóricas da sua prática, forma de alargar os seus conhecimentos, por meio de recursos investigativos, visando esclarecer e clarificar os fenômenos que lhe dizem respeito.

A enfermagem como profissão ainda defronta-se com a carência da construção de um corpo de conhecimentos sólido e apropriado, que faça face aos problemas científicos e práticos que se lhe colocam. Este processo de construção de conhecimento passa pela utilização de diferentes abordagens de investigação que permitem descrever e compreender os fenômenos que são próprios da profissão.

Após análise do conceito de Cuidados Paliativos, à luz dos pressupostos metodológicos de Walker e Avant,

ficou claro que o conceito é dinâmico e passível de diversos desígnios, moldável ao surgimento de novos domínios e preocupações nas diferentes áreas que apoiam os conhecimentos de uma equipe multidisciplinar.

Assim, como resultado da análise efetuada e atendendo ao dinamismo do conceito, foi possível elaborar um conceito de cuidados paliativos passível de ser operacionalizado.

Os cuidados paliativos constituem a abordagem integral ao doente com doença *progressiva, degenerativa e incurável, e sua família, como unidade de cuidar, quando já não é possível a cura, com foco no cuidado em âmbito multidisciplinar, em que os profissionais munidos de*

conhecimentos técnicos e relacionais adequados, devem contribuir para o controle possível dos seus sintomas, proporcionando cuidados ativos, que promovam a dignidade e autonomia do doente. A prestação destes cuidados ao final da vida, deve ter por base a morte como processo natural, contribuindo para um decurso de luto apropriado, em meio hospitalar ou domiciliário.

A pesquisa permitiu concluir que de fato fica melhor consolidada a imagem mental do fenômeno em estudo - Cuidado Paliativos - e que a sua operacionalização se constitui como essencial na seleção dos fenômenos que interessam e dizem respeito aos cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Serralheiro ME. Identificação, organização, operacionalidade, análise e desenvolvimento de conceitos. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2005.
2. Fortin MF. O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência; 1999.
3. Collière FM. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda.; 1999.
4. Sousa P. As representações da morte e o ensino de enfermagem. *Enfermagem oncológica*. 1996; (0): 38-44.
5. Meleis AI. *Theoretical nursing: development & progress*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
6. Marçal MTO. A análise conceptual na investigação em enfermagem. *Pensar enfermagem*. 1998; 2 (2): 4-8.
7. Pacheco S. *Cuidar a pessoa em fase terminal*. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2004.
8. *Dicionário de língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Editora Verbo; 2001. Paliativo; p. 5656.
9. Neto IG, Barbosa A. *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2006.
10. Jardim TM. A. *Cuidados paliativos em oncologia... que caminhos?* *Nursing*. 2003; (178):16-8
11. Twycross R. *Cuidados paliativos*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2003.
12. Barbosa A. *Pensar a morte nos cuidados de saúde*. *Análise Social*. 2003; 23:35-49.
13. Almeida MRF, Fernandes MMA, Rua TSRV. *Cuidados paliativos em fase terminal*. *Informar*. 2002; (28):19-21.
14. Rodgers BL, Knafk KA. *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications*. 2ª ed. United States: W. B. Saunders; 2000.

ESQUIZOFRENIA: PERSPECTIVA HISTÓRICA E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SCHIZOPHRENIA: HISTORICAL PERSPECTIVE AND NURSING ASSISTANCE

ESQUIZOFRENIA: PERSPECTIVA HISTÓRICA Y ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Gisele de Oliveira Lobo*, Tatiani Cristina Mattioli*, Sinval Avelino dos Santos**

Resumo

Esquizofrenia é uma doença mental grave, caracterizada por uma combinação de sinais e sintomas em que o paciente, em certos momentos, encontra-se fora da realidade, interrompendo, assim, a seqüência da vida normal, conseqüentemente, alterando seu relacionamento cotidiano, familiar e social. Neste estudo de revisão bibliográfica foram relatadas as causas, as formas de tratamento e a assistência de enfermagem na esquizofrenia. Entre as formas de tratamento mais utilizadas devido a sua eficácia estão o uso de antipsicóticos e psicoterapias, cujo intuito é melhorar a qualidade de vida dos pacientes esquizofrênicos. O objetivo foi apresentar a trajetória evolutiva e o conhecimento desenvolvido sobre a doença. Assim, este estudo espera contribuir para melhorar os cuidados e a atenção de enfermagem a ser dispensada ao seu portador. As fontes utilizadas na coleta de dados foram artigos científicos indexados, livros didáticos, dissertações e teses sobre o tema nas bases de dados Bireme, SciELO e Biblioteca – USP no período de 2000 a 2007. Constatou-se que os transtornos mentais tiveram uma grande evolução desde o século XIX até os tempos atuais. Pesquisadores vêm buscando amenizar o preconceito da doença, promovendo uma melhor compreensão do quadro clínico da pessoa acometida por esse mal, do comportamento familiar, sendo estes aspectos fatores importantes para a melhoria dos sintomas da doença e melhor inserção familiar e na sociedade. Quanto à assistência de enfermagem, o papel do enfermeiro é essencial junto ao paciente esquizofrênico e a equipe multidisciplinar. Neste sentido, as estratégias centram-se no atendimento às necessidades básicas, facilitação da comunicação, estímulo e promoção na participação social, especificamente junto à família, base e sustentação para o tratamento da pessoa esquizofrênica.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Assistência de enfermagem. Saúde mental/história.

Abstract

Schizophrenia is a serious mental disease, characterized by a combination of signs and symptoms, in which the patient, sometimes, is out of reality, interrupting the normal cycle of life and, consequentially, altering his regular familiar and social relationship. In this study of bibliography review, the causes, methods of treatment and the nursing assistance were described. Among the more usual ways of treatment, because of their efficiency, are the use of antipsychotics and psychotherapy, whose intention is to improve the quality of life of the schizophrenic patients. The objective was to present the evolution of trajectory and the knowledge developed about the disease. Therefore, there is the expectation that this study contributes to improve the care and the attention of the nursery to be provided to the schizophrenic patients. The sources of data collection were indexed scientific articles, specific bibliography, dissertations, and thesis about the issue, found in the database BIREME, SCIELO, and library – USP in the period from 2000 to 2007. It was noticed that the mental disorders had a great evolution since century XIX up to nowadays. Researchers have been trying to lessen prejudice, promoting a better comprehension of the clinical status of the person who is suffering from this disease, of the familiar behavior, being theses aspects very important in order to make the symptoms better, and make the patient to be part of the family and society. What concerns to the nursing assistance, the nurse's rule is essential along with the schizophrenic patient and the multidisciplinary team. This way, the strategies focus on supplying the basic necessities, making the communication easy, being these factors base for the schizophrenic patient's treatment.

Keywords: Schizophrenia. Nursing assistance. Mental health/history.

Resumen

Esquizofrenia es una enfermedad mental grave, caracterizada por una combinación de señales y síntomas, en que el paciente, en ciertos momentos se encuentra fuera de la realidad, interrumpiendo, así, la secuencia de la vida normal, consecuentemente, alterando su relacionamiento cotidiano, familiar y social. En este estudio de revisión bibliográfica se han relatado las causas, las formas de tratamiento y la asistencia de enfermería en la esquizofrenia. Entre las formas de tratamiento más utilizadas debido a su

*Enfermeiras graduadas pela Faculdade de Educação São Luiz - Jaboticabal SP.

**Enfermeiro, Mestre e Doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP-SP. Docente da Faculdade São Luiz de Educação - Jaboticabal SP.

eficacia están el uso de antipsicóticos y psicoterapias, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos. El objetivo ha sido presentar la trayectoria evolutiva y el conocimiento desarrollado sobre la enfermedad. Así, este estudio espera contribuir para mejorar los cuidados y la atención de enfermería hacia su portador. Las fuentes utilizadas en la recolección de datos han sido artículos científicos indexados, libros didácticos, disertaciones y tesis sobre el tema en las bases de datos BIREME, SCIELO y biblioteca – USP en el período de 2000 a 2007. Se ha constatado que los trastornos mentales han tenido una gran evolución desde el siglo XIX hasta los tiempos actuales. Investigadores están buscando amenizar el prejuicio de la enfermedad, promoviendo una mejor comprensión del cuadro clínico de la persona acometida por ese mal, del comportamiento familiar, siendo estos aspectos factores importantes para la mejoría de los síntomas en la enfermedad y mejor inserción familiar y en la sociedad. En cuanto a la asistencia de enfermería, el papel del enfermero es esencial junto al paciente esquizofrénico y el equipo multidisciplinar. En este sentido, las estrategias se centran en el atendimento a las necesidades básicas, facilitación de la comunicación, estímulo y promoción en la participación social, específicamente junto a la familia, base y sustentación para el tratamiento de la persona esquizofrénica.

Palabras clave: Esquizofrenia. Asistencia de enfermería. Salud mental/historia.

INTRODUÇÃO

A área Psiquiátrica e da Saúde Mental vem evoluindo através dos tempos. Desde a pré-história ao século XVIII, as pessoas com doenças mentais eram vistas como pecadoras, lunáticas e consideradas insanas, geralmente isoladas em masmorras, porões e templos. Nestes locais recebiam desde tratamentos delicados, como faziam os gregos que acreditavam que o ar livre em abundância, água pura e luz solar eram uma forma de melhorar o humor dos pacientes, até tratamentos severos, com sangrias, açoites, camisa-de-força, inanição e acorrentamento. Também eram deixados sem alimentação, pois sob a crença dos sacerdotes, era uma punição que podia expulsar os “demônios”. Viviam muitas vezes trancafiados em casas de caridade, uma combinação de asilo e prisão, sendo tratados por carcereiros e padres, pois a sociedade temia pela sua própria segurança e não pelo bem-estar dos doentes mentais.¹

No século XIX, foi construído o primeiro hospital público na América Latina para tratamento de doentes mentais. Em meados de 1830, houve grande esforço da professora Dorothea Lynde Dix, para a arrecadação de verbas e construção de novos hospitais, por meio de modelo cujos ambientes eram familiares, calmos e mais seguros aos doentes mentais. Porém, havia a desvantagem dos doentes aí permanecerem por muito tempo ou pelo resto de suas vidas.¹

No Brasil, em 1841, por decreto do imperador D. Pedro II, foi criado o Hospício Pedro II, no estado do Rio de Janeiro, inaugurado em 1852 como a primeira instituição psiquiátrica brasileira, construída na Praia Vermelha como dependência da Santa Casa, totalizando

350 leitos. A efetivação desses espaços no Brasil forneceu aos problemas relacionados à loucura o “estatuto de doença”. Havia conformidade com a tendência européia, principalmente francesa, que via a loucura como doença e, desta forma, sujeita a tratamento médico.²

Contudo, a criação desses espaços para tratamento continuou, por parte dos médicos, a crítica aos maus tratos, à superlotação e a ausência de cura dos doentes.² Em 1890, resultante destas críticas, o hospício foi desanexado da Santa Casa, passando a ser chamado de Hospício Nacional dos Alienados, sendo o poder gerencial das religiosas atribuído aos médicos.²

Buscando estruturar os cuidados de Enfermagem, o hospício com base no poder disciplinar, assumiu características de enfermagem de hospitais militares durante períodos de guerra. A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras surgiu no Hospício Nacional dos Alienados, através do Decreto 27/09/1890, sob governo republicano, numa primeira tentativa de sistematizar e viabilizar o preparo de pessoal de enfermagem para cuidar de doentes em hospitais civis e militares, embora não como o modelo inglês. Com as mudanças implantadas, o relacionamento enfermeiro-paciente tornou-se muito importante na terapêutica, visando criar um vínculo de confiança entre ambos durante a realização da assistência de enfermagem.³

Em 1923, no Rio de Janeiro, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, cuja proposta era melhorar a assistência psiquiátrica aos doentes mentais, renovar o quadro de profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos, visando à prevenção, e também melhorar

o nível educacional. Perante o decreto da Lei nº 775, do ano de 1949, o ensino de enfermagem foi reconhecido no currículo mínimo do curso de graduação em enfermagem, com obrigatoriedade da disciplina de enfermagem psiquiátrica.⁴

Devido aos intensos sofrimentos vividos pelos soldados após o término da Segunda Guerra Mundial, em 1946 foi aprovada a Lei Nacional para a Saúde Mental, quando se entendeu a necessidade e a importância de um tratamento mais qualificado, integrado por profissionais com maior conhecimento na prevenção de doenças mentais, conferindo à enfermagem mais espaço e diferenciação para o trabalho assistencial com o doente mental.⁵

Ao final dos anos de 1980 e 1990, diferentes iniciativas clamaram pelo direito dos pacientes psiquiátricos e pelo reconhecimento de sua cidadania. Dessa forma, em 1989, um projeto de lei do Deputado Paulo Delgado propôs o fechamento dos manicômios, por meio de diretrizes terapêuticas que proibiam a utilização da eletroconvulsoterapia em quaisquer circunstâncias e as medidas restritas para o desenvolvimento de pesquisas científicas.⁵

A luta antimanicomial levou a uma nova visão das pessoas portadoras de transtornos mentais, pela abordagem terapêutica de respeito ao sujeito em suas diferenças e singularidade, através da escuta e acolhimento de seu sofrimento, por meio de projetos terapêuticos individuais e/ou grupais e preservação dos vínculos sociais e familiares.⁶

A partir da reforma psiquiátrica no Brasil, mais especificamente em 2001, a desinstitucionalização promoveu o surgimento de novos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e Hospitais-Dia, envolvendo a família nesses programas por abordagens complementares e maior compreensão do transtorno mental. Buscou-se inserir o doente mental na sociedade após preparo, contribuindo para seu pleno restabelecimento junto à comunidade.²

Na atualidade, a especialidade psiquiátrica trata vários tipos de transtornos mentais, dentre eles: os de humor, ansiedade, psicofisiológicos ou somatoformes, de personalidade e pensamento.⁷

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), pessoas com alucinações, delírios ou um número limitado de várias anormalidades de comportamento, tais como a excitação e a hiperatividade grosseiras, retardo psicomotor marcante e comportamentos catatônicos são portadores de sintomas psicóticos.⁷

Na classificação de distúrbios, especificamente nos transtornos de pensamento, a esquizofrenia, doença cerebral séria e persistente, resulta em comportamentos psicóticos, pensamento concreto e dificuldades no processamento de informações e relacionamentos interpessoais, problema de difícil solução.³

Os enfermeiros têm um papel importante na avaliação e nos cuidados a estes pacientes, sendo necessárias uma maior compreensão e observação das necessidades durante o tratamento. Neste estudo, realizado por meio de um levantamento bibliográfico sobre transtornos mentais, foi sintetizada a trajetória histórica da doença mental e psiquiátrica, focalizando o transtorno do pensamento (esquizofrenia) no seu aspecto teórico e conceitual e os cuidados de enfermagem para esta problemática.

OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo foi apresentar a evolução histórica da saúde mental e psiquiátrica, especialmente o conhecimento desenvolvido sobre a esquizofrenia e os cuidados assistenciais de enfermagem aos portadores deste tipo de transtorno psiquiátrico.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa elaborada por meio de um levantamento bibliográfico sobre o tema esquizofrenia, compreendendo sua trajetória histórica e a assistência de enfermagem, visando contribuir com a pesquisa e a assistência de enfermagem. Foram realizadas buscas on-line nos bancos de dados da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), *Scientific Eletronic Libray On-line* (SciELO) e Biblioteca da Universidade de São Paulo (USP), sobre publicações nacionais desenvolvidas no período de 2000 a 2007, segundo os descritores: esquizofrenia, assistência (cuidados) de enfermagem e saúde mental/história. A coleta de dados foi realizada através de

levantamento bibliográfico cujas fontes foram: livros didáticos, artigos científicos, dissertações e teses. Obteve-se como resultado sessenta artigos e doze livros, uma dissertação e uma tese, destes, após seleção, foram utilizados doze artigos, nove livros, uma dissertação e uma tese.

Após a análise do material selecionado, foram criadas categorias temáticas, apresentadas na seqüência, a fim de organizar a apresentação dos resultados.

Categoria 1: Perspectiva Histórica da Enfermagem Psiquiátrica no Brasil - Evolução de Conceitos

Entendia-se no início do século XIX, no Rio de Janeiro, que vadios, mendigos e loucos que perturbassem a ordem pública e social, deveriam ser excluídos, pois a cidade passava a ser vista como uma metrópole moderna. Muitas destas pessoas foram internadas nos porões da Santa Casa de Misericórdia em situações precárias.⁸

Nessa época a única preocupação com os doentes mentais era mantê-los isolados da sociedade, não propriamente com o seu tratamento. Os doentes eram vigiados por guardas "enfermeiros" e por irmãs de caridade que administravam o hospício, onde se usavam meios repressivos para acalmá-los como: privação de visitas, camisa-de-força e retirada da alimentação.⁹ Medidas estas indicadas pelos médicos e executadas geralmente pela equipe de enfermagem que muitas vezes utilizava a força física para contenção, além de outras medidas arbitrárias no contato com o doente.⁸

No entanto, mudanças no gerenciamento dos hospícios ocorreram, ocasionando a saída repentina das irmãs, então substituídas por enfermeiras francesas "leigas"; concomitantemente criou-se uma escola para formação de enfermeiros psiquiátricos.⁴

Em 1890 foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, na tentativa de preparar profissionais para cuidar dos doentes nos hospícios e hospitais civis e militares. Através do decreto 791, de 27/09/1890, teve início oficialmente o ensino de enfermagem no Brasil, com um curso cuja duração era de dois anos, sendo ministrado por internos e inspetoras, supervisionados pelos médicos e diretores gerais, cujo

requisito para admissão era ser alfabetizado e apresentar atestado de bons antecedentes.⁴

Preocupados com a humanização, o Hospital Nacional de Alienados foi dirigido pelo psiquiatra Juliano Moreira, preconizando compreender a pessoa com problemas mentais enquanto uma pessoa que havia adoecido. Considerou-se, portanto, fundamental selecionar bem os enfermeiros (aqueles que tivessem mais "disposições naturais" para esse tipo de atividade), fornecendo-lhes ensino e trabalho. O hospital foi se modernizando e as formas de tratamento como as medidas de contenção (camisa e coletes de força) abolidas, inserindo-se o tratamento psicoterapêutico.⁸

Assim, no início do século XX, há registros de várias tentativas de cura para as enfermidades mentais, com métodos cujas linhas organicistas ou psicológicas empregavam a lobotomia frontal (1936) para tratamento da esquizofrenia e da paranóia, e o eletrochoque (1938), para alívio da psicose maníaco-depressiva.⁹ Recorria-se também a Malarioterapia, que consistia na introdução do germe da malária - *plasmodium* - no paciente, acreditando-se que a doença viesse a melhorá-lo.⁹ Terapias com eletroconvulsoterapia, lobotomias, terapia insulínica e de novos medicamentos tiveram seu predomínio de 1940 a 1950, como importantes recursos terapêuticos para a época, principalmente no Brasil.⁸

Em 1949, estudos de psicofarmacologia contribuíram para o tratamento de pacientes com problemas mentais, quando os sais de lítio foram introduzidos no tratamento da psicose maníaco-depressiva, a clorpromazina utilizada como medicação tranqüilizante e a imipramina para pessoas depressivas.⁹

Em razão da evolução e conseqüente propensão biológica, surgiram, à época, várias formas de tratamentos físicos, nas quais a enfermagem teve um importante papel, dentre elas: Psicocirurgia, denominada lobotomia, em que se separava a conexão entre o tálamo e o lobo frontal. Gradativamente se constatou que esse método terapêutico não oferecia resultados positivos; Eletroconvulsoterapia (ECT) ou eletrochoque, método criado por Ugo Cerletti, cujo objetivo era provocar a convulsão por baixa corrente transcerebral. Ainda hoje, apenas a eletroconvulsoterapia é utilizada em alguns

serviços, devido à constatação dos riscos que esses tratamentos representam à vida humana.^{8, 9}

Embora a assistência psiquiátrica no Brasil desde o século XIX até meados do século XX tenha se centrado em hospitais com características asilares, a partir de 1970 houve uma grande expansão da rede hospitalar privada, apesar da oposição de alguns órgãos do governo a essa tendência, pois um dos princípios propostos consistia na desinstitucionalização e utilização de equipes multiprofissionais.²

Ocorreu também a partir de 1970, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, cuja finalidade foi atualizar a assistência psiquiátrica, até então fragmentada pelo uso de um modelo tradicional de assistência à saúde, baseado na exclusão do sujeito do convívio social, pois predominavam até então, longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos de grande porte.¹⁰

Recursos centrados em ações sociais surgiram como efeito das atividades interdisciplinares e as atenções passaram a ser dirigidas aos aspectos psicológicos, sociais, econômicos e culturais, sob a responsabilidade de profissionais aptos, com formação nas disciplinas de psicologia, serviço social, terapia ocupacional, enfermagem, farmácia, dentre outras. A interdisciplinaridade permitiu que métodos e técnicas específicos a cada profissão fossem utilizados e complementados, viabilizando que os projetos assistenciais contemplassem o sujeito e sua família, bem como a comunidade.¹⁰

Desse modo, a atenção à saúde mental ampliou e possibilitou a criação de novas abordagens para aprimoramento do processo terapêutico ao indivíduo com transtorno mental.¹⁰ Atualmente tratamentos ressocializantes, psicológicos e biológicos são cada vez mais utilizados na assistência psiquiátrica.¹⁰

Com a evolução do conhecimento acerca do ser humano, a psiquiatria tem ampliado de forma mais abrangente o seu foco, no qual o homem é visto dentro de um contexto psicológico, biológico, social, econômico, sexual, dentre outros aspectos. Todos inter-relacionados e interagindo, não se restringindo apenas à concepção do sofrimento psíquico como doença localizada no corpo, mas à existência do sofrimento humano.²

A esquizofrenia, objeto deste estudo, é um transtorno mental que pode ser episódico, com uma ou várias ocorrências seguidas ou contínuas. Embora o termo esquizofrenia não tivesse essa conotação, há muito tempo foi mencionado, sofrendo, desde então, um grande processo na evolução dos conceitos a seu respeito.²

Em 1845, o psicólogo alemão Feuchtersleben utilizou pela primeira vez, a palavra psicose, enquanto na França o termo só foi conhecido em 1869.⁶ Em 1860, através do psiquiatra Morel, foi introduzido o termo demência precoce. Este autor concluiu que essa desorganização da personalidade seria resultante de hereditariedade.¹¹ Seguindo essa linha de pensamento, Hecker, em 1871, descreveu a hebefrenia, considerando-a uma doença progressiva da puberdade e da adolescência. Outro fato histórico importante ocorreu em 1874 com a descrição por Kahlbaum sobre a catatonia ou "insanidade da tensão" e seus sintomas, ainda hoje conhecida, enquanto Kraepelin, em 1896, optou por separar a catatonia da hebefrenia, definindo a demência precoce como uma síndrome distinta, crendo que essa separação ajudaria na observação e classificação da doença.¹¹ Logo após, em 1906, Adolf Meyer elaborou a hipótese de que a demência não seria uma doença, mas um tipo de reação que se desenvolve em certas personalidades e que gera como consequência a dificuldade na adaptação progressiva.¹¹ Porém, Eugene Bleuler, em 1911, substituiu o termo demência precoce por esquizofrenia, palavra de origem grega que significa "cindir-mente".^{11,12}

A concepção nessa época era de que a loucura e a doença mental tinham uma base orgânica e, para alguns, a psicose era expressão de uma alteração do sistema nervoso, denominada neurose.¹⁰ O conceito de neurose, por sua vez, surgiu no século XVIII com os estudos de Cullen, preconizada como afecções nervosas. A evolução desses conceitos levou a definição de que a psicose seria a alteração entre o "eu" e o mundo exterior, e a neurose, concomitantemente, seria a alteração entre o "ego", o "id" e o "superego".¹³ No entanto, dentre os diversos tipos de psicoses, a esquizofrenia se destaca pela sua frequência e importância clínica.

Categoria 2 – Esquizofrenia

Conhecida há muito tempo e designada como transtorno de pensamento, a esquizofrenia leva o indivíduo a apresentar alterações na forma de pensar e sentir e na maneira de se relacionar com o mundo exterior. Definida como psicose que se manifesta em alguns momentos sob a forma de surto ou cronicamente, sua classificação em primária ou secundária é feita segundo a sintomatologia.¹³ A esquizofrenia é uma doença cerebral séria e persistente, resultante de comportamentos psicóticos que dificultam a elaboração do pensamento concreto e o processamento de informações, afetando os relacionamentos interpessoais e a capacidade para a solução de problemas.³

Transtornos causados por vários fatores biopsicossociais podem ou não ser favoráveis ao seu desenvolvimento.^{14,15} Doença mental grave e de difícil compreensão, geralmente de longa duração, pode ser incapacitante e tornar árdua a recuperação total do indivíduo. O paciente passa por períodos de crises agudas e/ou de remissão, perde a habilidade para o convívio com a família, havendo muito sofrimento da pessoa e de seus familiares.¹⁶ Manifesta-se geralmente na adolescência e na fase adulta entre os 15 e 54 anos de idade; é caracterizada por uma combinação de vários sinais e sintomas, descritos como positivos ou negativos.¹⁷

Aproximadamente 1% da população humana tem chances de desenvolver esses transtornos. Atinge igualmente homens e mulheres. Antes de ocorrer o aparecimento dos sintomas esquizofrênicos típicos, podem surgir alguns sintomas podrômicos não-específicos em semanas ou meses. Tais sintomas envolvem a perda de interesse, evitar a companhia de outras pessoas, irritação, ansiedade ligeira, graus leves de depressão, hipersensibilidade, faltar ao trabalho ou a escola, dentre outros,¹⁴ causando, portanto, problemas sociais, no trabalho e no relacionamento intrapessoal.¹

Quanto à predominância ou ausência de alguns sintomas, a esquizofrenia é classificada por categorias, dentre elas:⁷ F20. 0. Esquizofrenia Paranóide; F20. 1. Esquizofrenia Hebefrênica; F20. 2. Esquizofrenia Catatônica; F20. 3. Esquizofrenia Indiferenciada; F20. 5. Esquizofrenia Residual; F20. 6. Esquizofrenia Simples.

Causas

Embora faltem mais pesquisas sobre as causas da esquizofrenia, destacam-se os fatores genéticos e ambientais como contribuintes para o desenvolvimento da doença.¹⁵ Evidências científicas caracterizam a esquizofrenia como uma patologia que envolve uma predisposição genética e necessita de uma ativação intrapsíquica e intrapessoal, enquanto alguns estudos realizados demonstraram ser uma patologia com substrato biológico.¹²

Alterações cerebrais, vistas através de imagens em exames realizadas por tomografia computadorizada e ressonâncias magnéticas em pessoas esquizofrênicas, evidenciam uma discreta diminuição em algumas estruturas cerebrais. Fatores ambientais certamente possuem alguma influência, pois se acredita que pessoas rejeitadas, que convivem em climas hostis, dentre outras variáveis, teriam maior chance da doença manifestar-se. No entanto, esses dados não são conclusivos.¹⁶ A esquizofrenia é uma doença que afeta pessoas com perfis psicológicos únicos.¹⁴

Sintomas

A esquizofrenia é definida através da presença de diversos tipos de sintomas que os pacientes apresentam e classificada em três grupos: sintomas positivos, sintomas negativos e relacionamentos pessoais desordenados.¹²

Fazem parte dos sintomas positivos: delírios (distúrbio do conteúdo do pensamento); alucinações (distúrbio da percepção); manifestações comportamentais e catatonia (fase ou forma de esquizofrenia na qual o paciente perde a vontade de falar e mover-se) e agitação. Quanto aos sintomas negativos: embotamento afetivo (não conseguem expressar seus sentimentos); avolição (incapacidade de escolher ou decidir); tangencialidade (pobreza do pensamento), apatia (ausência de sentimentos, emoções, de interesses ou de preocupações), anedonia (incapacidade de experimentar prazer).¹²

Quanto ao relacionamento pessoal desordenado, este ocorre ao longo do tempo e se caracteriza por: isolamento, expressões inadequadas de

agressões e sexualidade e falta de consciência das necessidades dos outros. O paciente luta constantemente com problemas nas relações interpessoais, entretanto, poderá mudar os sintomas durante o curso da doença, e o tratamento deverá ser ajustado de acordo com cada uma delas.¹²

Fazem parte das características principais da esquizofrenia a perda de associações de idéias, alucinações, afeto embotado, riso imotivado ou inapropriado, avolição, alogia, delírios proeminentes, deterioração global do funcionamento, associações frouxas, desorganizações da sintaxe, pensamento ilógico e, principalmente, pobreza de conhecimentos. Enquanto em uma doença crônica o paciente experimenta, ao longo da vida, períodos de crises e remissões que ocasionam diversos danos em seus relacionamentos, apenas 5% dos pacientes apresentam um surto ao longo da vida, enquanto a maioria experimenta vários surtos principalmente no início da doença.¹⁸

Os sintomas abruptos, agudos ou insidiosos, possuem características distintas e evoluem para uma sintomatologia própria de deterioração; exigem tratamento imediato para evitar a evolução e exacerbação aguda da psicose. Nesta fase os sintomas são caracterizados por regressão, confusão e ansiedade, podendo progredir para o estado de pânico, excitação motora, insônia, episódios confusionais do delírio febril e atitudes catatônicas. O início insidioso é caracterizado pelo desenvolvimento da psicose na forma mais amena, aparecendo fortes mudanças no humor, irritabilidade e hostilidade, bem como, atos obsessivos e compulsivos.^{14,18}

Subformas de Esquizofrenia

Segundo o padrão de comportamento que o indivíduo apresenta são caracterizadas as subformas da esquizofrenia, assim classificadas:⁷

Esquizofrenia paranóide

Caracterizada por delírios relativamente estáveis, com freqüência paranóide (delírio de perseguição e grandeza) e alucinações auditivas freqüentes, como ouvir vozes, assovios, zuniados ou risos. Avolição, discursos,

perturbação do afeto. Sintomas catatônicos são dificilmente perceptíveis nesse tipo de esquizofrenia.^{7,12}

Esquizofrenia hebefrênica

Inicia-se geralmente entre os 15 e 25 anos de idade e as mudanças afetivas são mais evidentes que os delírios e as alucinações. O afeto pode vir acompanhado por risos ou sorrisos de auto-satisfação, caretas. O indivíduo apresenta também apatia e abandono dos cuidados pessoais.⁷

Esquizofrenia catatônica

É caracterizada por perturbações psicomotoras como: imobilidade motora, evidenciada por catalepsia (estupor), atividade motora excessiva, negativismo extremo (mutismo), peculiaridades do movimento voluntário, evidenciados por posturas, movimentos estereotipados, maneirismos proeminentes (trejeitos faciais), ecolalia e/ou ecopraxia. Para se obter um diagnóstico de esquizofrenia catatônica, um ou mais dos comportamentos citados acima devem caracterizar o quadro clínico.³

Esquizofrenia indiferenciada

Os sintomas positivos nesse grupo são os mais proeminentes (alucinações, delírios e comportamentos bizarros). Não existem critérios que satisfaçam outro domínio de apresentação clínica, como os tipos paranóide, desorganizada e catatônica.³

Esquizofrenia residual

É um diagnóstico para pacientes que já estão em estágios crônicos da doença, cujos sintomas psicóticos estarão ausentes, porém prevalentes sintomas negativos de longa duração, como: isolamento social, comprometimento acentuado na higiene pessoal, comprometimento acentuado no desempenho de papéis e embotamento afetivo.¹⁷

Esquizofrenia simples

É um transtorno incomum, cujo desenvolvimento segue uma conduta de comportamento "estranha", não habitual e traiçoeira, dificultando o desempenho da pessoa

para atender às necessidades exigidas pela sociedade. Não existem delírios e alucinações e os sintomas negativos se desenvolvem antes dos sintomas positivos.⁷

Formas de tratamentos da esquizofrenia

Tratamento farmacológico

Embora difícil, pois não há nenhum exame específico que comprove concretamente a doença, o diagnóstico geralmente é feito com base nos comportamentos e sintomas que o paciente apresenta,^{16,17} a base do tratamento, adotada nos últimos 50 anos, são os neurolépticos (antipsicóticos), usados geralmente na fase aguda do tratamento, na manutenção e prevenção da recidiva da esquizofrenia, bem como a longo prazo.¹⁴ O tratamento específico está indicado para pacientes que preencham critérios diagnósticos para esquizofrenia, episódio esquizofrênico ou sintomas psicóticos relacionados aos transtornos esquizofrênicos.¹⁶

A forma de tratamento e as metas variam de acordo com a severidade e a fase da doença. Na fase aguda (algumas semanas a poucos meses) visam diminuir a gravidade da psicose e dos sintomas associados (agitação, agressão, sintomas negativos e sintomas afetivos); diminuir o risco de suicídio e alucinações imperativas; realizar um acordo com o paciente e sua família; prevenir danos e controlar o comportamento anormal, principalmente em tratamento a longo prazo, enquanto durante a fase estável são: garantir que a remissão ou controle dos sintomas seja obtido e que o paciente mantenha ou melhore o seu nível de funcionamento e sua qualidade de vida, prevenindo as recaídas, e assegurar o monitoramento para que não ocorram efeitos adversos provenientes do tratamento.¹⁹

Devido à cronicidade da doença, o acompanhamento da pessoa por tempo indeterminado é necessário, visando identificar os aspectos da evolução e a prevenção de recaídas, pois quanto menor a recaída o seu comprometimento será menor.¹⁴ Portanto, a terapia farmacológica deve ser iniciada associada aos cuidados que atendam às necessidades clínicas, emocionais e sociais.¹⁹

Na farmacoterapia, os antipsicóticos utilizados são os de primeira geração – típicos (APGs) – e os de

segunda geração – atípicos (ASGs). Inicia-se com os ASGs alternadamente com os APGs, segundo a tolerabilidade e o risco reduzido de discinesia tardia no uso dos antipsicóticos atípicos. Os efeitos colaterais dos antipsicóticos típicos são os maiores fatores de não-aderência ao tratamento psicofarmacológico.

São efeitos colaterais principais: *distonia aguda* (contrações musculares involuntárias com movimentos oculares, de língua e pescoço, mais raramente no tronco e membros e ocorrem logo no início do tratamento e duram cerca de 20 a 60 minutos); *Parkinsonismo* (rigidez muscular, tremores, expressão facial diminuída, lentidão nos movimentos e andar robotizado durante o tratamento, podendo diminuir um pouco gradativamente); *acatisia* (inquietação nos membros inferiores, dificuldade para manter-se parado, associado à ansiedade e agitação, ocorre nos primeiros dias do tratamento). São denominados efeitos colaterais extrapiramidais, pois geralmente ocorrem associados a hipotensão, sialorréia (salivação excessiva), constipação, ganho de peso, vertigens, alterações menstruais e sonolência.¹⁹

Os efeitos colaterais mais sérios envolvem: *discinesia tardia* (efeito colateral grave, às vezes irreversível, caracterizado por movimentos involuntários na região da boca e, às vezes, em outras partes do corpo, decorre do uso prolongado e melhora com a diminuição da dose da medicação, porém essa redução pode acarretar novos surtos psicóticos); *síndrome neuroléptica maligna - SNM* (efeito colateral mais grave, exige a suspensão imediata da droga e internação hospitalar. Caracteriza-se por: rigidez muscular, hipertermia, alterações do ritmo do coração e da pressão arterial, sudorese excessiva e delírio).¹⁹

As drogas antipsicóticos de primeira geração - típicos (APGs) mais utilizadas no tratamento da esquizofrenia são: Clorpromazina, Flufenazina, Flupentixol, Haloperidol, Perazina, Perfenazina, Pimozida e Zuclopentixol. As drogas de segunda geração - atípicos (ASGs): Amisulpirida, Aripiprazol, Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Ziprazidona e Zotepina.

Os APGs têm uma eficácia inquestionável na prevenção de recidivas e na redução de sintomas

positivos, embora a sua intervenção seja limitante sobre o sintoma negativo e a disfunção cognitiva, pois colaboram para a baixa qualidade de vida e para déficits funcionais e também acarretam importantes efeitos adversos, como a síndrome extrapiramidal (SEP) e as queixas subjetivas de disforia (disfunção do humor), comprometimento da tolerabilidade e da aderência ao tratamento.^{19,20}

Eletroconvulsoterapia (ECT)

A ECT consiste na aplicação de eletrodos na região fronto-temporal com passagem de corrente elétrica de baixa amperagem (70 e 120 volts) estimulando uma convulsão tônico-clônica generalizada. Tratamento efetivo para certos subgrupos de indivíduos que sofrem de doenças mentais graves com transtornos depressivos graves, catatonia, mania e, ocasionalmente, em certos pacientes com esquizofrenia.¹⁸ Estudos quanto a sua eficácia, principalmente em quadros depressivos e de esquizofrenia, indicam melhora das recidivas e internações hospitalares, porém a eficácia da ECT isoladamente é inferior à dos psicotrópicos.²¹

Tratamentos psicológicos e sociais

A psicoterapia tem se mostrado um importante recurso terapêutico, associado ao tratamento farmacológico, na recuperação e reabilitação do indivíduo esquizofrênico. Por meio de abordagens educativas, de suporte, interpessoais e dinâmicas, visa recuperar o indivíduo em nível psíquico, interpessoal e social.¹⁷ Envolve a interdisciplinaridade e proporciona uma melhor qualidade de vida ao paciente dentro dos limites impostos pela doença.¹⁶ Iniciadas após a estabilização dos sintomas positivos por meio de intervenção farmacológica, as sessões semanais são indicadas com duração de 20 a 40 minutos para pessoas que apresentam menor atividade grupal, e de 60 a 120 minutos para o grupo que apresenta melhor interação nas atividades. O número de integrantes varia de 7 a 10 membros, permitindo que todos expressem seu ponto de vista e com isso sintam-se incluídos.¹²

O enfermeiro e/ou terapeuta deve interagir com o grupo demonstrando empatia, senso de humor, proporcionando ao paciente apoio ao seu crescimento,

trabalhando a criatividade, visando permitir e aceitar a confrontação. Há várias formas de terapias grupais, determinadas pelas necessidades dos pacientes. Alguns enfermeiros, através de formação e experiência, podem conduzir esses grupos, entre eles o grupo de medicação e de atividades.

Intervenção familiar

Uma alteração no funcionamento de um membro da família resulta em uma mudança no funcionamento de outros membros. A família tem um papel importante na vida do doente.³ O tratamento familiar objetiva orientar sobre a doença e a comunicação com o paciente cotidianamente, visando oferecer informações e apoio a todos que entram em contato com o indivíduo esquizofrênico. São oferecidas, principalmente, atividades manuais e de expressão por meio de desenhos, pinturas, colagens, trabalhos com argila, dentre outras, visando auxiliar na reorganização e capacidade de expressão do paciente, podendo ser aplicadas individualmente ou em grupo, não importando a sua produtividade e, sim, a interação com a terapia.¹⁶

Oficina abrigada

Neste tipo de atividade o paciente é treinado para desenvolver ações, sendo supervisionado constantemente e exposto às condições semelhantes de trabalho que exigem produtividade e ocasionam estresse, permitindo, assim, avaliar a sua capacidade de lidar com os fatores estressantes.¹⁶

Acompanhamento terapêutico

É oferecido ao paciente através de um profissional altamente capacitado para auxiliar no desenvolvimento de novas atividades e para enfrentar as dificuldades que ocorrem diariamente, ajudando-o a refletir e a favorecer a organização e o desenvolvimento de metas para a reintegração social.¹⁶

Intervenções hospitalares e extra-hospitalares

O tratamento hospitalar breve é indicado quando o pessoa esquizofrênica apresenta uma crise psicótica aguda, oferecendo oportunidade de retorno ao convívio

em grupo, reorientando-a novamente para ações futuras.^{12,21} A hospitalização prolongada é empregada para pacientes esquizofrênicos em condições graves de desenvolvimento da doença, cujas características e sintomatologia caracterizam um perfil agressivo, resistente a medicamentos, ideações suicidas e sem apoio familiar para lidar com os aspectos da doença.¹²

Hospital Dia (HD)

Tipo de tratamento caracterizado por semi hospitalização que possibilita ao paciente permanecer durante o dia no hospital, em dias úteis da semana, para a realização de várias atividades oferecidas individualmente e/ou em grupos, permitindo o retorno ao final do dia ao seu domicílio.¹⁶

Hospital-Noite (HN) e Pensão Protegida (PP)

Nestes espaços terapêuticos os procedimentos são desenvolvidos também em regime de semi-hospitalização, porém no período noturno, oferecidos a pacientes sem condições para morarem sozinhos ou com seus familiares. Caracteriza-se por locais para moradia e/ou para passar o fim de semana, sob cuidados profissionais. Em países mais desenvolvidos, existem vários tipos de moradia, porém no Brasil, há poucos HNs e PPs em funcionamento.¹⁶

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

O CAPS é uma instituição de saúde destinada a acolher pacientes com transtornos mentais, estimulados por um projeto terapêutico elaborado com o fim de auxiliá-los a buscar autonomia suficiente para que possam resgatar suas potencialidades e contribuir para sua integração à comunidade.¹⁰

Categoria 3 - Assistência de Enfermagem

A assistência de enfermagem ao paciente esquizofrênico é fundamental e específica, visa atender às necessidades humanas básicas, facilitar a comunicação e a participação social do paciente e familiares.²² Envolve um grande rol de ações/intervenções para melhorar as condições e a qualidade de vida do paciente e sua família, ajudando-os na manutenção e controle dos surtos

da doença. Também contribui para uma melhor integração social, adesão ao tratamento e adaptação a sua nova condição de vida.¹⁴

As modalidades de intervenção abrangem tratamentos psicossociais e psicobiológicos e devem incluir o paciente, a família, bem como os responsáveis.³ Em relação ao aspecto biológico, é importante que a enfermagem domine conhecimentos e observe os efeitos colaterais das medicações, acompanhe a saúde geral e a evolução do paciente e família frente ao tratamento. Nos aspectos psicossociais, a enfermagem pode desenvolver várias atividades, como visita domiciliar e coordenação de grupos de pacientes em oficinas e demais atividades, além de estimular os pacientes a usarem recursos disponíveis na sociedade, como o trabalho voluntário, atividades em grupos, exercícios físicos, atividades de lazer, dentre outros.¹⁴

O paciente deve sentir-se seguro no ambiente de tratamento e com as pessoas que o assistem. O enfermeiro, ao promover essa segurança, aumenta o vínculo de confiança, melhora a qualidade assistencial e, conseqüentemente, obtém melhores resultados finais. Algumas das formas de promover a segurança são: identificar os fatores que aumentam a sua ansiedade; ajudar o paciente a identificar o seu comportamento ansioso e sua causa, visando diminuir a incidência de atos perigosos contra si mesmo e contra outros; dizer ao paciente que será sempre auxiliado a manter o controle; retirar do ambiente qualquer objeto que venha gerar lesões, mantendo-o sob constante vigilância, explicando, cuidadosamente, o perigo desses objetos; manter a equipe sempre apta a exercer as funções atribuídas, para, se necessário, realizar um atendimento emergencial, facilitar e utilizar uma abordagem eficaz e segura diante de agressões; usar da contenção física somente quando necessário para amenizar riscos para o paciente e para a equipe, considerando os protocolos técnicos que autorizem esse ato, comunicando previamente o paciente quanto à decisão.^{18,22}

Usar de empatia seguida de palavras claras, diretas e simples; questionar cuidadosamente os conteúdos trazidos pelo paciente para diferenciar o delírio da realidade; trazer o paciente para a realidade,

observando, escutando e acrescentando, cautelosamente, conteúdos reais; intervir na diferenciação entre ilusão (interpretação perceptual alterada, resultante de um estímulo externo real) e a realidade; evitar julgar os comportamentos bizarros, respeitando a sua integridade.¹⁰

Avaliar diariamente sinais vitais, peso, diurese e evacuação; conhecer os medicamentos que estão sendo administrados, seus efeitos colaterais e a ação desejada; observar dose, horário e a via correta de administração; observar e anotar detalhadamente o comportamento do paciente. Na presença dos efeitos colaterais, auxiliar o paciente nas atividades que não consegue realizar; orientá-lo a fazer movimentos lentamente; observar suspeita de gravidez, suspender a medicação e comunicar ao médico para orientação; ser vigilante, principalmente com pacientes idosos; orientar os familiares quanto à medicação, sua ação desejada, efeitos colaterais e as dúvidas que venham a surgir.^{15,18}

É importante observar também sinais de hipotensão postural, ressecamento e higienização oral, além da alimentação, pois os pacientes com quadros psiquiátricos freqüentemente têm alterações no padrão alimentar, podendo deixar de comer ou comer exageradamente.¹⁵ Incentivar a ingestão de água; promover a higienização e a aparência pessoal, auxiliando-os individualmente. A esquizofrenia acarreta vários problemas no desempenho das atividades rotineiras do paciente, conseqüentemente, rebaixando sua auto-estima e o ânimo e a vontade para preocupar-se com sua aparência. Estes cuidados incluem: banho, higiene oral, corte de unhas e cabelo, tricotomia facial, depilação de axilas e pernas, uso de vestuário limpo e adequado ao clima e higienização íntima.^{10,18}

O paciente deverá ser estimulado na promoção de atividades físicas, pois geralmente se exercita pouco, em decorrência da própria patologia ou em conseqüência dos medicamentos que provocam lentidão psicomotora e comprometimento da motricidade. A participação da família é fundamental para o sucesso do tratamento, pois é a base para manter uma boa estrutura emocional, ajudando o paciente na prevenção, manutenção e recuperação.^{15,18,22}

O sono é fundamental ao organismo, cujo efeito estabelece equilíbrio físico e emocional. Nos pacientes com esquizofrenia o tratamento medicamentoso pode ocasionar alterações e gerar desgaste físico e psíquico. Os profissionais devem conhecer os hábitos de sono dos pacientes e promover atividades físicas para mantê-los ativos ao decorrer do dia, diminuindo os estímulos ambientais.¹¹ A equipe de enfermagem, essencial à equipe multiprofissional, auxilia o paciente a realizar atividades de vida diária, estabelecendo uma rotina de acordo com as suas limitações físicas, estimulando-o ao convívio junto à sociedade.^{17,18}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para os profissionais de saúde mental, a elaboração de um plano terapêutico vai além da instrumentalização técnica da profissão. Este estudo permitiu identificar a trajetória evolutiva na área da saúde mental e psiquiátrica, as causas, subtipos da doença e tratamentos da esquizofrenia, e a assistência de enfermagem.

Em razão da sintomatologia e diferentes necessidades da pessoa esquizofrênica, novos olhares e tratamentos foram desenvolvidos ao longo do tempo, visando contemplar a subjetividade, singularidade e as necessidades humanas do indivíduo que adoeceu, promovendo a aproximação com a comunidade, por meio da valorização e utilização de saberes e diversas práticas pertinentes à área da saúde mental, dentre as quais se destacam a psicoterapia, uso de antipsicóticos e o acolhimento.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira não garantiu totalmente a superação de práticas repressivas e excludentes pela efetivação de uma rede de serviços hospitalares e extra-hospitalares, porém garantiu a estes serviços a execução contínua de projetos terapêuticos inovadores, com base na formação e implantação do atendimento multiprofissional e interdisciplinar, individualização da assistência e implantação de serviços específicos.

A assistência de enfermagem ao paciente esquizofrênico, na perspectiva histórica e evolução dos

cuidados, constitui-se em ações/intervenções mais humanizadas no atendimento às necessidades básicas, a participação e socialização do indivíduo junto à família,

viabilizando, desta forma, a inclusão do indivíduo à sociedade e da patologia nos paradigmas de reabilitação psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Taylor, CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
2. Jorge MAS, Almeida PSS, Belmonte PR, Reis VLM. Texto de apoio em saúde mental. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadores. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2003. p. 18-49. (Série trabalho e formação em saúde).
3. Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
4. Souza MCBM. Estudo bibliográfico da produção da enfermagem psiquiátrica no Brasil, no período de 1932. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.
5. Jorge MR, França MFA. A associação brasileira de psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001; 23(1):3-6.
6. Gambatto R, Silva ALP. Reforma psiquiátrica e a reinserção do portador de transtorno mental na família. *Psicol Argum* [periódico na Internet]. 2006;24(45):25-33. [acesso em 2007 nov. 29]. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=438&dd99=view>
7. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: critérios diagnósticos para pesquisa. Porto Alegre: Artes médicas; 1998.
8. Rocha RM. Enfermagem em saúde mental. 2ª ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional; 2005.
9. Calil MH, organizador. Terapias farmacológicas e outros tratamentos biológicos. In: Almeida OP, organizadores. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 265-84.
10. Santos AS. Projeto terapêutico em um CAPS: uma avaliação dos usuários. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
11. Lawrence CK. Psiquiatria clínica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1976.
12. Gabbard G. Psiquiatria psicodinâmica. 2ª ed. Porto Alegre. Artmed; 1998.
13. Schulte W, Tölle R. Manual de psiquiatria. São Paulo: EPU; 1981.
14. Durão MAS, Souza MCBM, Miasso AI. Cotidiano de portadores de esquizofrenia após o uso de clozapina e acompanhamento grupal. *Rev Esc Enferm.* [periódico na Internet]. 2007;41(2):251-7. [acesso em 2007 ago 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/10.pdf>
15. Teixeira MB, Mello IM, Grando LH, Fraiman DP. Manual de enfermagem psiquiátrica. São Paulo: Atheneu; 1997.
16. Louzã Netto MR. Um guia para pacientes e familiares. São Paulo: Lemos; 1996.
17. Zanini MH. Psicoterapia na esquizofrenia. *Rev.Bras Psiquiatr.* [periódico na Internet]. 2000;22:47-9. [acesso em 2007 ago 30]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a16v22s1.pdf>
18. Giaccon BCC, Galera SAF. Adaptação familiar após primeiro episódio de esquizofrenia. In: Encontro Brasileiro de Enfermagem da Família: Construindo caminhos para o ensino de graduação e pós-graduação; 2005; São Paulo. São Paulo: 2005.
19. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller HJ. Guidelines for biological treatment of schizophrenia. Part 1: acute treatment. *Review World Federation of Societies of Biological Psychiatry WFSBP.* [acesso em 2007 ago 28]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielophp?script=sci-arttex&pid=S0101-68832006000>
20. Harvey PD, Keefe RS. Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment. *AMJ Psychiatry.* 2001;158(2):176-84.
21. Salleh MA. et al. Eletroconvulsoterapia: critérios e recomendações da associação mundial de psiquiatria. *Rev Psiq Clin.* 2006; 33(5):262-7.
22. Reinaldo MAS, Saeki, T. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. *Rev Esc Enferm.* [periódico na Internet]. 38(4):396-405. [acesso em 2007 ago 29]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n4/av38n4.pdf>

ACONSELHAMENTO GENÉTICO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO

GENETIC COUNSELING IN NURSING: A REVIEW

EL CONSEJO GENÉTICO EN ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN

Franciele Córdoba Peres*, Maria Paula da Costa Menezes*, Nathália Kasuie Berrance Matsumura*, Carina Tatiana Giunco*

Resumo

Na prática clínica, a grande importância da genética é o esclarecimento do papel da variação genética e da mutação na etiologia de um grande número de distúrbios. A consulta genética é um processo de comunicação adotado para tratar problemas humanos associados à ocorrência de riscos em distúrbios genéticos, envolvendo o indivíduo e a família. O foco de atendimento do enfermeiro é distinto, pois o papel do cuidador é centrado na investigação, apoio e ajuda ao paciente e a família durante o processo de tratamento. O objetivo deste estudo foi realizar um levantamento bibliográfico sobre a atuação do enfermeiro em aconselhamento genético e verificar sua trajetória evolutiva. Pesquisa exploratória, descritiva, baseada na revisão bibliográfica de artigos publicados entre os anos de 1960 a 2007, cujos descritores foram: enfermagem, genética e aconselhamento genético. Foram estabelecidas as seguintes categorias: ética, currículo/processo de ensino, prática de enfermagem em genética, o papel do enfermeiro, relatos de casos e décadas de publicação. Foram selecionados 227 artigos, dos quais 62 sob a forma de resumo e 165 artigos na íntegra. Resultados: o número de trabalhos na área é crescente, refletindo a importância da atuação do enfermeiro junto à família no processo do aconselhamento genético. Ainda existem obstáculos a serem enfrentados pela enfermagem, ante a complexidade do trabalho e as diferenças culturais, dificultando a efetividade do diagnóstico de enfermagem e da assistência. Porém, a participação do enfermeiro no processo é essencial devido a sua inter-relação com o indivíduo e a família. Assim, é necessária a atualização do processo de ensino teórico-clínico de genética a partir da graduação em enfermagem.

Palavras-chave: Aconselhamento genético. Enfermagem. Genética.

Abstract

In clinical practice, the great importance of genetics is the enlightenment's role of genetic variation and mutation in the etiology of a large number of disorders. A genetic consultation is a process of communication used to treat human problems associated with the occurrence of risks in genetic disorders, involving the individual and family. The focus of nurses' attention is distinct because the caregiver's role is to investigate, to support and to help the patient and his family during the process. The purpose of this study was to survey literature on the role of a nurse in genetic counseling and verify its evolutionary trajectory. Exploratory and descriptive research based on a bibliographic review of articles about the nursing's evolution in genetic counseling published between 1960 and 2007, whose keywords were: nursing, genetics and genetic counseling. The following categories were established: ethics, curriculum/learning process, the nursing practice in genetics, the role of the nurse, case reports and decades of publication. We selected 227 articles, 62 of which in the form of abstract and 165 articles in their entirety. Results: the number of papers in the area is growing, reflecting the importance nurse's participation together with the family in the process of genetic counseling. There are still obstacles to be faced by nurses, face the complexity of work and the cultural differences, hindering the effectiveness of assistance and its diagnosis. However, the participation of nurses in the process is essential because of their inter-relationship with the individual and the family. Thus, it is necessary to upgrade the process of theoretical and clinical teaching of genetics in nursing schools.

Keywords: Genetic counseling. Nursing. Genetics.

Resumen

En la práctica clínica, la importancia de la genética es la aclaración de la función de la variación genética y la mutación en la etiología de un gran número de trastornos. Una consulta genética es un proceso de comunicación utilizado para tratar los problemas humanos asociados con la ocurrencia de los riesgos en los trastornos genéticos, con la participación de la persona y la familia. El centro de atención de las enfermeras es distinto, porque el papel de cuidador es investigar, apoyar y ayudar al paciente y su familia durante el proceso. El objetivo de este estudio fue la encuesta bibliográfica sobre la función de una enfermera en el consejo genético y verificar su trayectoria evolutiva. Buscar exploratorio, descriptivo, sobre la base de una revisión bibliográfica de los artículos sobre la evolución de consejo genético en enfermería publicados entre los años 1960 a 2007, cuyas palabras clave son: enfermería, genética y consejo genético. Las siguientes categorías se establecieron: la ética, programa de estudios / proceso de aprendizaje, la

* Enfermeiras graduadas em Enfermagem pelas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

** Mestre e Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP. Contato: gitaca@bol.com.br

prática de enfermagem na genética, el papel de las enfermeras, los informes de casos y décadas de publicaciones. Se seleccionaron 227 artículos, 62 de los cuales en forma de resumen y 165 artículos en su totalidad. Resultados: el número de documentos en el área es cada vez mayor, lo que refleja la importancia de la participación de la enfermera junto con la familia en el proceso de consejo genético. Todavía hay obstáculos que se enfrentan los enfermeros, se enfrentan a la complejidad de los trabajos y las diferencias culturales, lo que dificulta la eficacia de la asistencia y su diagnóstico. Sin embargo, la participación del personal de enfermería en el proceso es esencial a causa de su inter-relación con el individuo y la familia. Por lo tanto, es necesario mejorar el proceso de enseñanza teórica y clínica de la genética en escuelas de enfermería.

Palabras clave: Consejo genético. Enfermería. Genética.

INTRODUÇÃO

A ciência dos genes

A palavra genética, ciência que trata da reprodução, herança e variação do conjunto de fenômenos e problemas relativos à descendência, é derivada da raiz grega "gen", que significa "vir a ser".¹

A genética tem raízes milenares, pois desde a época de Hipócrates (460 e 377 a.C.) já se discutiam as doenças hereditárias ou familiares. A era molecular, porém, surgiria somente 25 séculos depois, com diagnósticos, prognósticos e tratamentos baseados no entendimento genético do organismo humano e da composição molecular.²

Assim, apesar de suas raízes milenares, a genética é uma especialidade predominante do século XX, resultante da integração de três importantes áreas da ciência investigativa: a hibridação, a estatística e a citologia. A demora no progresso da genética humana se deu, em grande parte, como consequência da influência que a eugenia e os governos totalitários exerceram sobre esta ciência, durante as primeiras décadas do século.

Os primeiros anos do século XX caracterizaram-se pela investigação dos princípios da genética, buscando ver sua aplicabilidade aos seres vivos, inclusive à espécie humana. Portanto, a genética humana só veio a receber maior atenção e a desenvolver pesquisas por volta da década de 1950. Neste período, a conquista mais significativa foi feita por James Watson sobre a especificação da estrutura física do DNA e, em 1953, por Francis Crick, hoje conhecida como genética molecular.³

Algumas explicações para o atraso das pesquisas em genética para a espécie humana foram sustentadas pelas seguintes argumentações: é impossível controlar

os casamentos; é difícil a uniformização das variáveis do meio ambiente onde vivem os seres humanos; o período que decorre entre o nascimento de um ser humano e sua idade reprodutiva é muito longo; o número de cromossomos da espécie humana é elevado. Estas argumentações dificultaram o estabelecimento de relações entre os caracteres hereditários e dos cromossomos.

No campo médico, a genética era considerada um ramo esotérico da ciência e praticada apenas como passatempo ou curiosidade por alguns profissionais.¹ Entretanto, com o advento da biologia molecular, passou a ter ampla influência, tanto nas disciplinas básicas quanto nos diagnósticos, prognósticos e tratamentos para as várias patologias.

A avaliação quanto à importância da genética na medicina requer uma compreensão da natureza do material genético, da sua armazenagem no genoma humano e de como é transmitido de célula a célula durante a divisão celular e de geração para geração durante a reprodução. Estes campos de domínio aumentaram a conscientização da importância do diagnóstico precoce e o atual conhecimento sobre a genética e o aconselhamento genético.⁴

O principal significado da genética é o esclarecimento do papel da variação genética e da mutação na etiologia de um grande número de distúrbios.⁵ Dessa maneira, surgiu um novo ramo na medicina, a genética clínica, cujo intuito foi pesquisar a ação dos genes e sua influência nos caracteres humanos, esclarecer e orientar as famílias portadoras dessas afecções, atualmente denominado Aconselhamento Genético.

Aconselhamento Genético

Com o conhecimento das bases de muitas doenças humanas, a ênfase e o aconselhamento genético em indivíduos e famílias ganhou uma grande importância na prevenção de doenças hereditárias.³

A consulta genética é um processo de comunicação centrado em problemas humanos associados à ocorrência de riscos de um distúrbio genético em uma família. Este processo envolve tentativas por uma ou mais pessoas em equipe, apropriadamente treinadas para auxiliar a pessoa ou família a: compreender os fatos médicos, incluindo o diagnóstico, o curso provável do distúrbio e a conduta disponível; apreciar o modo pelo qual a hereditariedade contribuiu para o desenvolvimento do distúrbio e o risco de recorrência em pacientes especificados; compreender as alternativas para se lidar com o risco de recorrência; escolher o curso de ação que pareça ser apropriado à pessoa em vista de seu risco, seus objetivos familiares e padrões éticos e religiosos para agir de acordo com sua decisão, e fazer as melhores adaptações possíveis ao distúrbio em um membro afetado da família e/ou ao risco de recorrência deste distúrbio.³

Esta nova modalidade de consulta combina o fornecimento da informação sobre o risco de recorrência e o suporte psicológico e educacional, representado por uma equipe de profissionais especializados em genética, dedicados ao tratamento e aos cuidados a pessoas e suas famílias acometidas por males dessa natureza.

Além do contato direto com o paciente, o geneticista fornece cuidados às pessoas por meio de diagnósticos laboratoriais, e à população em geral, por meio de programas de triagem destinados a identificar pessoas em risco de desenvolver ou transmitir uma doença genética. O diagnóstico de uma doença genética em pacientes, além da realização de teste de portador, diagnóstico pré-natal e a identificação de pessoas em risco de desenvolver uma doença tardia são especialidades em rápida expansão, atualmente, nos laboratórios clínicos.⁶

As áreas de atuação da enfermagem na genética são diversas e incluem ações em ambulatórios, clínicas, pesquisas científicas e ensino, administração de terapias genéticas e participação no Programa Nacional de Triagem

Neonatal (PNTN). Entretanto, uma das áreas de maior destaque é a consulta genética aliada ao processo de enfermagem, cuja habilidade requer o conhecimento do comportamento dos fenótipos com vista a assegurar o cuidado eficaz ao indivíduo e sua família.⁷

A preparação apropriada dos enfermeiros em genética proporciona uma grande oportunidade para o desenvolvimento de novas habilidades, além de significativa contribuição para o serviço genético e avanços e descobertas do conhecimento nesta área.⁸

O enfermeiro poderá atuar na consulta genética desempenhando, por meio de seu conhecimento e preparo específico, papel de suma importância na sociedade, pelo acompanhamento sistemático das famílias, fornecimento de orientações e informações capazes de ajudar a minimizar as seqüelas e sentimentos negativos que muitas vezes prejudicam o elo familiar. O foco de atendimento do enfermeiro é o de cuidador que investiga, apóia, ajuda e orienta o paciente e a família. No entanto, é indispensável o auxílio de uma equipe multiprofissional, cujos objetivos visam atingir a saúde integral por meio de ações interdisciplinares.⁹

Embora a participação da enfermagem neste processo seja fundamental e importante para o sucesso do tratamento ainda não é amplamente conhecida. No entanto, há avanços efetivos permitindo o uso dos conhecimentos em genética para as metas de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças genéticas hereditárias.¹⁰

Recentes avanços na genética molecular predisuseram o advento de testes genéticos cujo objetivo é identificar indivíduos com riscos de desenvolverem doenças hereditárias.⁹ Atualmente existem mais de 6.000 desordens genéticas conhecidas e mais de 600 condições que podem ser diagnosticadas durante a fase pré-natal.¹¹

Novos conhecimentos e, subseqüentemente, novas formas de controle sobre DNA, biologia humana e processos fisiológicos relativos à saúde e à doença, começaram a surgir desde o início da década de 1970.¹² Apesar da rápida evolução destes processos, existem entraves e conseqüências a serem estudadas, com vistas

a permitir novas tecnologias genéticas e técnicas de laboratórios.

Os testes genéticos somente serão possíveis se as mudanças nos genes forem identificadas em uma amostra representando pessoas portadoras de doenças genéticas e após estudos cautelosos da história familiar.¹³

Diante de resultados positivos, os enfermeiros deverão estar preparados para ajudar os clientes e suas famílias a enfrentarem possíveis reações como: depressão, apatia, hipersensibilidade, além de prover educação e informação, tornando-os capazes para tomar decisões acerca dos problemas relativos à saúde e à doença.¹⁴

O aconselhamento genético é um avanço científico, essencial para a evolução genética. Requer um bom processo de comunicação aliado à ajuda individual e familiar para o entendimento das condições genéticas naturais e as implicações para a saúde dos futuros filhos e/ou outros membros da família.¹⁵

Dessa forma, o aconselhador genético deverá ser capaz de combinar dados da história médica, familiar e os resultados e testes laboratoriais para prover informações genéticas ao paciente e à família. Durante a primeira visita, o aconselhador deve estabelecer elos de confiança com o paciente e a família por meio de adequada comunicação, visando facilitar a obtenção de dados sobre a história individual e familiar. Uma segunda visita, após uma ou duas semanas, é importante para verificar a eficácia dos dados do heredograma e para inserir correções apropriadas se for necessário. A obtenção da história completa e verídica no aconselhamento é de suma importância para o sucesso do tratamento.¹³

Na sua formação, os aconselhadores genéticos são especialmente treinados por profissionais com experiência em genética humana e em aconselhamento genético. Por meio desse aprendizado do aconselhamento genético, os profissionais fornecem informação e suporte para indivíduos e famílias vulneráveis a risco de malformação congênita, desordens genéticas e outras condições variadas, possibilitando também providências junto a serviços para uma abordagem preventiva, visando intervir na ocorrência de um distúrbio genético. Os ambientes de trabalho são diversificados e incluem hospitais universitários e da comunidade, serviços

particulares, laboratórios comerciais e de pesquisa, cujas ações abrangem o cuidado à saúde da pessoa e a família, além da coordenação e desenvolvimento de relatos clínicos e projetos de pesquisa.¹⁶

A equipe de aconselhamento pode oferecer uma definição mais clara quanto ao problema, diminuir os níveis de estresse e ansiedade da família, além de providenciar ambiente de suporte nos períodos de crises familiares.¹⁷

Diante da importância do tema, o objetivo deste estudo foi realizar um levantamento bibliográfico sobre a atuação do enfermeiro em aconselhamento genético e verificar sua trajetória evolutiva.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa exploratória, descritiva, baseada em revisão bibliográfica de artigos sobre a evolução da enfermagem na atuação em aconselhamento genético, no período de 1960 a 2007, cujos descritores foram: enfermagem, genética e aconselhamento genético. Foram consideradas as seguintes categorias: ética, currículo/processo de ensino, prática da enfermagem na genética, papel do enfermeiro, relatos de casos e as décadas de publicação. Foram selecionados 227 artigos em língua estrangeira; 165 foram analisados na íntegra e 62 apenas pelos resumos.

RESULTADOS

Após a análise dos artigos selecionados, os estudos foram classificados quanto à: I- Evolução da enfermagem em Aconselhamento Genético; II- O papel da enfermagem no aconselhamento genético; III- A prática da enfermagem, bem como os aspectos éticos relativos ao atendimento em genética.

I - A Evolução da Enfermagem no Aconselhamento Genético

Os primeiros países a se dedicarem à análise referente aos conhecimentos e práticas feitas pelos enfermeiros na atuação genética foram os Estados Unidos e a Inglaterra. Apenas um artigo publicado na década de 1970 faz referência aos conteúdos nos currículos de enfermagem, enquanto cinco outros artigos mencionam a importância de reflexões acerca do tema.

Na década de 1980, houve um aumento do número de trabalhos nesses dois países, com destaque também para o Canadá. O aumento também pode ser verificado nos artigos cujo enfoque passou a ser o impacto da falta de cursos sobre conhecimentos genéticos para graduandos e de Genética no programa básico do currículo de enfermagem, entre outros assuntos relacionados ao tema. Embora no Brasil as publicações tenham ocorrido apenas nas duas últimas décadas do século passado, o processo de ensino também tem sido avaliado, principalmente em relação às aplicações clínicas.

Os estudos acerca do tema Aconselhamento Genético e Enfermagem têm crescido continuamente, demonstrando que a profissão busca acompanhar o desenvolvimento tecnológico, principalmente na discussão de tópicos relacionados à responsabilidade do enfermeiro frente a essa nova especialidade. Essa preocupação está demonstrada em trabalhos intitulados "O enfermeiro geneticista" e "A função do enfermeiro na genética clínica", estudos considerados pioneiros na área, publicados na década de 1970. Em 1979 destaca-se o estudo "Conhecimento genético adquirido por enfermeiras americanas e estudantes de enfermagem", cujo intuito foi avaliar o impacto desse conhecimento na profissão.

Em 1980 os trabalhos abordaram principalmente as implementações práticas, a tomada de decisões, os aspectos educativos em avaliações feitas nos conteúdos dos currículos e a necessidade de educação permanente para graduados do curso de Enfermagem.

Com o advento do Projeto Genoma Humano em 1990, houve um aumento da inclusão prática da genética em todas as áreas da saúde e um aumento gradual nos trabalhos relacionados ao tema. Os programas de genética se expandiram na maior parte das universidades e instituições médicas dos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido.

A questão ética foi evidenciada ao longo das décadas, com os primeiros registros em 1970, totalizando 14 artigos até a década de 1990. Já no período de 2000 até 2007, 20 artigos referentes ao tema foram publicados, refletindo as implicações advindas da atuação dos enfermeiros em aconselhamento genético.

Conseqüentemente, originando a criação de um código de ética específico para genética, evidenciando as dificuldades e peculiaridades da prática clínica. A inclusão e o respeito aos aspectos ético-legais pela enfermagem melhoram o nível cultural e o cuidado no cotidiano das ações, encorajando a confiança e melhorando também o entendimento do paciente, particularmente em aconselhamento genético.¹⁸

II - O Papel da Enfermagem no Aconselhamento Genético

A aplicação dos resultados das pesquisas, a partir da descoberta do genoma humano, vem aumentando as oportunidades e os desafios para a integração dos conceitos da genética à pesquisa e à prática clínica de enfermagem, contribuindo para a história e a educação individual, familiar e dos grupos de estudos das condições genéticas.¹⁹

Enfermeiros têm fornecido, gradativamente, melhores cuidados em genética aos pacientes e às famílias. A genética aplicada teve início com os profissionais enfermeiros das áreas de saúde pública, saúde ocupacional e os enfermeiros da área da pediatria, por meio do fornecimento de conhecimentos genéticos básicos como um componente a mais na prática dos cuidados assistenciais. Em resposta às novas descobertas e às demandas em genética médica e o aumento gradual dos serviços genéticos no cuidado à saúde, os enfermeiros se engajaram na busca de conhecimentos específicos para atender esses aspectos do cuidar em saúde na área da genética. Durante 1960, 1970 e 1980, enfermeiros preparados por médicos geneticistas participaram na administração e cuidados a pacientes pediátricos com Erro Inato de Metabolismo (EIM).²⁰

Em 1983 foi criada a *The International Society of Nurses in Genetics* (ISONG), embora somente em 1988 tenha ocorrido o início efetivo com a participação de 83 membros. Atualmente essa sociedade está representada por cerca de 260 sócios. O trabalho também envolve o desenvolvimento pessoal, profissional e científico dos enfermeiros para administração de informações genéticas.

O primeiro objetivo da ISONG foi desenvolver uma infra-estrutura capaz de assegurar a educação em genética e disseminar os conhecimentos utilizados por enfermeiros na prática clínica mundial. Consubstanciando, portanto, o preparo dos profissionais de enfermagem para a participação no paradigma genético no cuidado da saúde.

Graças ao advento desta organização, a educação em aconselhamento genético é um serviço executado pelos enfermeiros, cuja formação inclui conhecimentos científicos específicos, habilidades para o aconselhamento genético, além de pesquisas com evidências para a clínica.

No Brasil, visando normatizar e dar diretrizes a prática clínica desenvolvida por enfermeiros geneticistas, foi criada em 2005 a Associação Brasileira de Enfermagem em Genética (SOBREGEn), atuando ativamente em cursos de divulgação para uma melhor representatividade da classe profissional.

Nos últimos 20 anos, o avanço da enfermagem na prática genética foi grande, permitindo aos enfermeiros estarem aptos a lidar com problemas genéticos. Quanto à ação, os enfermeiros geneticistas podem também atuar como intérpretes de informações científicas para as pessoas acometidas por problemas genéticos junto aos familiares. Assim, contribuem para o cuidado clínico humanizado nessa área de assistência à saúde, oferecendo também intervenções de suporte.²⁰

A participação da enfermagem no aconselhamento genético é muito importante, porém se o enfermeiro não estiver preparado adequadamente para lidar com as diversas situações, a assistência não terá qualidade e eficácia.²¹ O domínio de conhecimentos permite que o enfermeiro tenha uma posição adequada na obtenção dos detalhes necessários para compor a história da família, geralmente relevantes no aconselhamento genético, e na ajuda aos familiares, principalmente para decisões e aprendizado no trato com as desordens genéticas.

A partir de 1970, o enfermeiro passou a se preocupar com duas funções básicas em relação ao aconselhamento genético: a participação integral da família e o oferecimento de informações claras e precisas

no campo da genética, pois geralmente há ansiedade, medo e resistência dos familiares pela falta de informações claras. Além disso, o enfermeiro pode promover suporte emocional ao esclarecer as possíveis dúvidas.²² Todo o processo de conduta genética deve incluir, basicamente, planejamento familiar, aconselhamento genético e diagnóstico capaz de subsidiar uma boa adaptação.

Os enfermeiros também devem compreender os danos fisiológicos específicos causados pelo processo da doença, o contexto familiar, intracultural e o ambiente, pois podem afetar muito o processo genético da doença. Os papéis básicos e avançados da prática clínica e assistencial dos enfermeiros em genética buscam complementar as ações e intervenções na tomada de decisão, na resolução de problemas mútuos entre pacientes, famílias, comunidades e profissionais de saúde, tornando mais viável a assistência holística.²³

Os enfermeiros devem desenvolver habilidades que forneçam dados facilitadores do cuidado humano, e que contemplem todos os povos na situação saúde e/ou doença.²⁴ Para a prática holística, os enfermeiros geneticistas necessitam empregar, além dos conhecimentos acadêmicos, um amplo conhecimento científico com contrapeso sensível entre a arte e a ciência, habilidades analíticas e intuitivas, além de escolher uma variedade de modalidades para promover o equilíbrio harmonioso da energia humana. Os enfermeiros não devem estar receosos em responder e/ou fazer perguntas, mas a incentivar as pessoas a se expressarem, pois permitirá revelar seus valores e opiniões.

Ainda há na prática assistencial um contingente de enfermeiros não familiarizados com as desordens genéticas mais comuns e, freqüentemente, não possuem conhecimentos específicos sobre padrões hereditários, implicações da desordem de longo prazo ou diagnósticos diferenciados. Informações equivocadas também podem alterar todo o processo de aconselhamento genético e dificultar a aceitação do problema por parte do indivíduo ou da família, sendo necessário um esforço consciente para a incorporação da genética clínica no currículo dos cursos de graduação em enfermagem de diferentes instituições.²⁵

III - A Prática da Enfermagem e a Ética Profissional

Os estudos produzidos nessa área, no período da pesquisa, mostram um tímido aumento no número de artigos que abordam a questão ética da assistência de enfermagem relacionada à genética. De 1960 a 2000 foram encontrados 14 artigos sobre a temática; entretanto, de 2001 a 2007 foram 20 artigos publicados.

As implicações advindas da atuação dos enfermeiros originaram a criação de um código de ética específico para genética, evidenciando as dificuldades e peculiaridades da prática clínica. A inclusão e o respeito aos aspectos ético-legais pela enfermagem melhoram o nível cultural e o cuidado no cotidiano das ações, encorajando a confiança e melhorando também o entendimento do paciente, particularmente em aconselhamento genético.¹⁸

A confidencialidade na informação genética é um princípio ético importante para os provedores de saúde. A autonomia, o direito do paciente à privacidade e a confidencialidade quanto aos resultados dos testes genéticos ou intervenções são as principais considerações éticas a serem implementadas pelos profissionais da saúde.²⁶

O código de ética profissional contempla conhecimentos e aplicações no âmbito da prestação do cuidado de saúde à pessoa, à família e à comunidade. Os enfermeiros se defrontam com desafios éticos e profissionais associados às alterações significativas nas situações de saúde. Entretanto, não deverá haver limitações, assim como as dificuldades deverão ser transpostas com o objetivo de se exercitar o discernimento e a análise sobre ações e decisões eticamente adequadas.

A existência de um código de ética profissional específico para a prática assistencial da enfermagem em genética reconhece o impacto dos avanços na genética

humana e as implicações decorrentes para a prática clínica. O código de ética contempla a atuação em prevenção e suporte das doenças genéticas; o auxílio às famílias em situação de risco de doenças genéticas e a tomada de decisão; a educação em saúde e a monitorização e evolução de pacientes com doenças genéticas. O enfermeiro também será responsável pela coleta de sangue para estudo dos cromossomos e do esfregaço bucal para a análise genética.²⁷

Portanto, o enfermeiro enquanto líder da equipe de enfermagem deverá estar atento a reconhecer os benefícios e limitações do aconselhamento, além de usar de cautela quanto à sensibilidade na informação genética com pacientes e familiares de diferentes culturas.²⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos analisados demonstram a evolução da assistência de enfermagem em genética, especialmente a partir de 1970, com o aumento de estudos sobre a temática. Os artigos também indicam a importância do papel do enfermeiro e de como ele deve estar preparado para a resolução de problemas relativos ao aconselhamento genético.

Embora a enfermagem enfrente obstáculos diante de pacientes e familiares de diferentes culturas, é fundamental a participação do enfermeiro durante o processo de aconselhamento genético.

Este artigo reforça a crescente preocupação científica sobre o tema, contemplando e incentivando o trabalho da enfermagem na abordagem ética, educacional, multiculturalista, multidisciplinar e holística sobre genética na enfermagem. No entanto, são necessários conhecimentos científicos atualizados e empenho dos profissionais de enfermagem nessa nova perspectiva profissional.

REFERÊNCIAS

1. Majumdar SK. Mendelism in human genetics: 100 years on, Bull Indian Inst Hist Med Hyderabad. 2003; 33:179-92.
2. Sykiotis GP, Karrolias GD, Papavassiliou AG. Pharmacogenetics principles in the hippocratic writings. J Clin Pharmacol. 2005; 45:1218-20.
3. Jorde LB, Bamshard MJ, White RL, Carey J. Genética Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
4. Bean N, Kirk M. Genetics what you need to know. Nurs Times. 2003; 99:34-6.
5. Swedi H, Stone CL, Norwood. AK. National population – based biobanks for genetic research. Genet Med. 2007; 9:141-9.
6. Nussbaum RL, Mcinnes RR, Willard HF. Thompson e Thompson: genética médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

7. Higgins S, Duffy J. Behavioural phenotypes: An emerging specialist for nurses. *Br J Nurs*. 2006; 15: 1176-9.
8. Lessick M, Anderson L. Genetic discoveries: challenges for nurses who care for children and their families. *J Soc Pediatr Nurs*. 2000; 5:47-51.
9. Smith CA, Gallo AM. Application of performance ethnography in nursing. *Qual Health Res*. 2007, 17: 521-8.
10. Vadaparampil S T, Wey J P, Kinney A. Psychosocial aspects of genetic counseling and testing. *Seminars in Oncology Nursing*. 2004; 20:186-95.
11. Kenner C, Amlung S. Neonatal nursing and the genetics revolution! *Neonatal Nursing and Genetics*. 1999; Sept : 90-8.
12. Iredale R. Eugenia and it's relevance to contemporary health care. *Nursing Ethics*. 2000; 7:205-14.
13. Kirk M, Tonkin E, Platt K. Genetics: is it part of your role? *Nurs Older People*. 2006; 18:22-4.
14. Jackson LA. predictive Test for Huntington's Disease: Recombinant DNA Technology and Implications for Nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*. 1987; 19:244-50.
15. Lea DH. Expanding nurses role in telemedicine & genetics services. *MCN AM J Matern Child Nurs*. 2006; 31:185-9.
16. Skirton H, Barnes C. Obtaining and communicating information about genetics. *Nursing Standard*. 2005; 20:50-3.
17. Johson KA. Genetic counseling and testing- Implications for clinical practice. *Nursing Clinics of North America*. 2000; 35:515-26.
18. Bassetti S Culturally Relevant Genetic Counseling. *Awhonn Lifelines*. 2002; 6:254-57.
19. Kenner C, Berling B Nursing in Genetic: Current and Emerging Issues for Praticice and Education. *Journal of Pediatric Nursing*. 1990; 5:370-74.
20. Anderson G. Storytelling: A holistic foundation for genetic nursing. *Holistic Nursing Practice*. 1998; 12: 64-76.
21. Lea DH, Williams JK, Cooksey JA, Flanagan PA, Forte G, Blitzer MG. U.S. genetics nurses in advanced practice. *Nurs Times*. 2006; 102:28-9.
22. Monsen RB, Anderson G. Nursing and genetic: Miles to go before we sleep. *Nurse Health Care Perspective*. 2000; 21:34-7.
23. Muir M. Genetic research: implications for nursing. *Mich Nurse*. 1971;44(3):6-7.
24. Heyes T, Long S, Mathers N. Preconception care: Practice and beliefs of primary care workers. *Family Practice*. 2004; 21:22-7.
25. Jones SL. Decision making in clinical genetics: Ethical implications for perinatal nursing practice. *J Perinat Neonatal Nurs*. 1988; 1:11-23.
26. Lowrey KM. Legal and ethical issues in cancer genetics nursing. *Seminars in Oncology Nursing*. 2004; 20:203-8.
27. Tomatir AG, Sorkun HC, Demirhan H, Akdag B. Nurse's professed knowledge of genetics and genetic counseling. *Tohoku J Exp Med*. 2006; 210:321-32.
28. Handley M C, Dunn LL Waardenburg Syndrome. *Awhonn Lifelines*. 2006; 10:234-40.

AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

BREASTFEEDING IN THE FIRST HOUR OF LIFE: A BIBLIOGRAPHY REVIEW

LACTANCIA EN LA PRIMERA HORA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Mayra Reis Pedroso*, Denise Gonzalez Stellutti Faria**, Zaida Aurora Sperli Gerales Soler***

Resumo

Em razão das inúmeras vantagens do aleitamento materno, a Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, em parceria com o Ministério da Saúde, lançaram no Brasil em 1992 a Iniciativa Hospital Amigo da Criança que, através dos "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno", tem como finalidade divulgar diretrizes de apoio, proteção e promoção do aleitamento materno, mobilizando profissionais de saúde e hospitais para mudanças em rotinas e condutas, visando prevenir o desmame precoce. Nesta revisão bibliográfica, considerou-se, em particular, o quarto passo dessas diretrizes que incentiva o contato precoce pele a pele entre a mãe e o bebê durante a amamentação na sala de parto, prática essa que traz inúmeros benefícios para ambos quanto para a sociedade. Tendo em vista as inúmeras evidências científicas sobre o impacto da adoção dessas medidas para o aumento da frequência e duração do aleitamento materno, bem como para a redução da morbi-mortalidade infantil, não se justificam práticas comprovadamente prejudiciais ao início do aleitamento materno. Com o apoio administrativo dos hospitais, treinamento adequado dos profissionais e intensas divulgações da prática entre as gestantes no pré-natal, é viável a obtenção de bons resultados em um curto período de tempo.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Recém-nascido. Desmame precoce.

Abstract

Because of the several advantages of breastfeeding, the World Health Organization, the United Nations Children's Fund – UNICEF, along with the Brazilian Health Ministry, launched in Brazil in 1992 the Initiative Friend of Children Hospital that, through "The Ten Steps to Successful Breastfeeding", has as objective to spread the support, protection, and incentive guidelines for breastfeeding, mobilizing health professionals and hospitals for changes in routines and procedures, in order to prevent from precocious weaning. In this bibliography review, it was considered, particularly, the fourth step of the guidelines, which focuses on the precocious skin-to-skin contact between mother and child during breastfeeding in the delivery room, whose practice benefits both mother and child, and the society. Observing the innumerable scientific evidences of the impact of the adoption of these measures to raise the frequency and duration of breastfeeding, as well to reduce the children morbimortality, practices confirmable harmful to beginning of breastfeeding don't justify. Through the administrative support of hospitals, proper training of the professionals, and intensive spread of the practice among the pregnant women during the prenatal program, it is viable to obtain good results in a short period of time.

Keywords: Breastfeeding. Newborn. Precocious weaning.

Resumen

En razón de las inúmeras ventajas de la lactancia materna, la Organización Mundial de Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en trabajo conjunto con el Ministerio de Salud, lanzaron en Brasil en 1992 la Iniciativa Hospital Amigo del Niño que, a través de los "Diez pasos para el éxito de la lactancia materna", tiene como finalidad divulgar directrices de apoyo, protección y promoción de la lactancia materna, mobilizando profesionales de salud y hospitales para cambios en rutinas y conductas, teniendo por objeto prevenir el destete precoz. En esta revisión bibliográfica, se ha considerado, en particular, el cuarto paso de esas directrices que incentiva el contacto precoz piel a piel entre la madre y el bebé durante la lactancia en la sala de parto, dicha práctica trae inúmeros beneficios para ambos y para la sociedad. Teniendo en cuenta las inúmeras evidencias científicas sobre el impacto de la adopción de esas medidas para el aumento de la frecuencia y duración de la lactancia materna, bien como para la reducción de la morbi-mortalidad infantil, no se justifican prácticas comprovadamente perjudiciales al inicio de la lactancia materna. Con el apoyo administrativo de los hospitales, entrenamiento adecuado de los profesionales e intensas divulgaciones de la práctica entre las embarazadas en el prenatal, es viable la obtención de buenos resultados en un corto período de tiempo.

Palabras clave: Lactancia materna. Recién nacido. Destete precoz.

* Enfermeira. Aluna do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: iapedroso@yahoo.com.br

** Enfermeira obstétrica. Mestre em Ciências da Saúde. Docente e orientadora do curso de pós-graduação em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: denisefaria14@hotmail.com

*** Obstetrix. Livre-docente em Enfermagem. Docente e orientadora da graduação e da pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: zaida@famerp.br

INTRODUÇÃO

São inúmeras as vantagens do aleitamento materno para o bebê, a mãe e a sociedade e o tema tem sido exaustivamente discutido e documentado em diversas publicações científicas. Estudos¹ mostram que bebês que mamam exclusivamente no peito nos primeiros seis meses de vida são mais saudáveis e apresentam um melhor desenvolvimento psicomotor, emocional e social.

O aleitamento materno também está associado à redução do risco de *diabetes mellitus* tipo I e asma, sendo esse efeito persistente por pelo menos uma década de vida da criança, reduzindo as taxas de hospitalização. Promove ainda a proteção contra infecções como diarreia e doenças respiratórias.²

Outra importância do aleitamento materno está ligada ao fator nutricional, pois o leite materno contém a quantidade necessária de lipídeos, proteínas e carboidratos que propiciam ao lactente um crescimento adequado, não havendo outras formas para substituí-lo. Também contém ácidos graxos de cadeia longa, essenciais ao desenvolvimento do sistema nervoso central, proteínas de fácil digestão e alta biodisponibilidade, bem como minerais e lactose, principal fonte de carboidratos. Dessa forma, é essencial na prevenção de doenças no primeiro ano de vida nas populações mais pobres.³

O leite materno confere ao recém-nascido imunidade passiva, por conter anticorpos (IgA, IgM, IgG), enzimas de ação bactericida (lactoferrina e lizozima), fatores do sistema complemento e células de defesa (macrófagos, neutrófilos e linfócitos), importantes para um recém-nascido imunologicamente imaturo e, portanto, mais susceptível a infecções bacterianas, virais e fúngicas e alta taxa de morbidade e mortalidade.^{2,3}

Quanto ao ato da amamentação, naturalmente ocorre para a mulher proteção contra hemorragias puerperais, uma das principais causas de mortalidade materna. Durante a amamentação, ocorre a liberação de ocitocina, estimulada por sucção do mamilo pelo bebê, que determina uma contração das fibras musculares uterinas, favorecendo a contração do útero.⁴

O aleitamento materno apresenta também relevância social, pois contribui para diminuir os custos

das famílias, dos serviços de saúde e da sociedade em geral, eliminando gastos com leites artificiais e mamadeiras, consultas médicas, hospitalizações e faltas ao trabalho, fatores de crucial importância para os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento como o Brasil.³

A promoção ao aleitamento materno é considerada uma das estratégias de saúde de maior custo benefício. Ante a relevância desta prática, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estimulam a criação de Organizações não Governamentais (ONGs), programas e movimentos sociais em todo o mundo, objetivando práticas para manejo, promoção e incentivo ao aleitamento materno. Porém, apesar da tendência ascendente da prática da amamentação, o cumprimento das recomendações da OMS ainda não é aplicado de forma integral, principalmente em países em desenvolvimento.⁵

Neste estudo, desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica, foi feita uma revisão da literatura atual sobre amamentação na primeira hora de vida utilizando os descritores aleitamento materno, recém-nascido e desmame precoce. Foram utilizadas informações referentes ao tema, após consultas às bases de dados científicas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da Rede Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde).

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)

A OMS e o UNICEF realizaram um encontro na Itália em 1990, com o objetivo de identificar e desenvolver mecanismos e ações capazes de proteger, promover e apoiar a prática do aleitamento materno. À época, doze países assumiram compromisso formal em resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso, dentre os quais o Brasil. A estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada com o objetivo de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, por meio da mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades na implantação de mudanças das rotinas e condutas, com a finalidade de prevenir o desmame precoce.⁶

No ano de 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), deram início a esta iniciativa visando implementar os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno". Os dez passos preconizados consistem em medidas que visam informar a todas as gestantes os benefícios e o correto manejo do aleitamento materno.⁷

Ao aderir ao movimento da IHAC toda instituição deve adotar os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno". Estes passos estão contemplados no Quadro 1.¹

Quadro 1 – Passos para o sucesso do aleitamento materno - IHAC

1 - Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde
2 - Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma
3 - Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento
4 - Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto
5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos
6 - Não oferecer a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico
7 - Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia
8 - Encorajar o aleitamento sob livre demanda
9 - Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio
10 - Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório

O foco deste estudo se concentra na ajuda às mães no início da amamentação e, portanto, será descrito, a seguir, o quarto passo da IHAC.

Quarto Passo - ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto

O contato precoce pele a pele entre mãe e recém-nascido imediatamente após o parto é fundamental. Segundo a normatização do Ministério da Saúde do Brasil, todo recém-nascido deve ser colocado junto à mãe para sugar durante a primeira hora de vida, sempre que ambos estiverem em boas condições, propiciando o contato olho a olho e pele a pele entre a mãe e o bebê, de preferência ainda na sala de parto. De

acordo com o Ministério da Saúde, na assistência ao recém-nascido normal, que constitui a maioria das situações, nada mais deve ser feito além de enxugar, aquecer, avaliar o bebê, e entregá-lo à mãe para um contato íntimo e precoce.⁸ Para Monteiro,⁴ o contato cutâneo precoce e direto entre mãe e bebê é um gesto importante na atenção à saúde da criança e da mãe. Para o Ministério da Saúde esse tipo de ação é uma prática demonstradamente útil, devendo ser estimulada.⁹

Quanto aos benefícios do contato precoce entre mãe e filho, este previne a perda de calor, preserva as reservas de carboidratos e facilita os ajustes metabólicos do recém-nascido, além de trazer conforto ao recém-nascido, reduzindo o choro e a sensibilidade a dor. Ocorrerá também um estímulo sensorial, pois o bebê estará familiarizado com o cheiro de sua mãe, representando um papel importante na adaptação à vida extra-uterina.⁴ Também tem efeito positivo na duração do aleitamento materno, pois os bebês estarão mais atentos nas primeiras duas horas após o parto. Além disso, o contato precoce é um importante fator na colonização da pele do recém-nascido pela flora bacteriana da mãe, e o consumo precoce do colostro auxiliará no estabelecimento de uma flora intestinal ideal.⁴

Estudos de Righard e Alade¹⁰ com recém-nascidos que foram colocados em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, e permaneceram assim por pelo menos uma hora, demonstraram que a maioria (62,3%) sugou espontaneamente após uma média de 49 minutos. Enquanto os recém-nascidos que tiveram contato com suas mães logo após o parto e foram separados por 20 minutos, retornando logo após, apenas 20,6% conseguiram sugar efetivamente.

O benefício da prática do aleitamento na primeira hora na sala de parto ainda promove a humanização por meio do atendimento ao recém-nascido e à mãe, pois favorece a troca constante de estímulos entre os dois. As mães se tornam mais confiantes e o vínculo com o bebê se fortalece.³

Estudos feitos por Lima e Osório¹¹ demonstram que as mães que experimentaram a amamentação imediata após o parto e que amamentaram

frequentemente, são mais bem sucedidas no processo da amamentação. Citam ainda que, as mães que aderiram à amamentação imediata após o parto, amamentaram por um período consideravelmente maior em relação às mães que praticaram a amamentação tardia.

Dificuldades da amamentação na primeira hora

No entanto, a consolidação do quarto passo para o sucesso do aleitamento materno se contrapõe a alguns problemas que ocorrem ainda na prática assistencial, pois o modelo assistencial em que acontece a separação da mãe e seu filho após o nascimento é ainda vivenciado e presente no universo de muitas mulheres e profissionais específicos a esse tipo de atendimento, como obstetras, pediatras e enfermeiros. Além disso, para algumas mulheres, o centro obstétrico é um local onde ocorrem práticas acompanhadas de sofrimento, dor e medo, incompatíveis com a idéia de um contato prazeroso junto com seu bebê.

Outro aspecto relevante é a dificuldade por parte da mãe em tomar em seus braços uma criança envolvida em sangue, líquido amniótico e secreções. Segundo Monteiro,⁴ para muitas mulheres, este momento de recepção do filho que nasceu pode causar impacto, surpresa, estranhamento e, algumas vezes, até mesmo repulsa. A autora também destaca outro problema bastante comum no cumprimento do quarto passo, referente ao mecanicismo dos profissionais, principalmente daqueles que trabalham em hospitais que já incorporaram os preceitos da IHAC, e que na assistência se mostram limitados aos aspectos práticos do cumprimento das normas e rotinas da IHAC, não respeitando, geralmente, o ritmo e os sentimentos decorrentes do binômio mãe-bebê.

Entretanto, apesar dos estudos e esforços por parte da OMS, UNICEF e Ministério da Saúde, um estudo realizado por Toma e Monteiro¹² em 45 hospitais do município de São Paulo demonstrou que mais de 1/3 desses hospitais não cumpriam nenhum passo da IHAC e que em apenas dois se observou a adoção de pelo menos sete dos "dez passos". Para estes autores, práticas consideradas prejudiciais ao início e ao estabelecimento da amamentação, como a separação desnecessária de

mães e recém-nascidos e início tardio da amamentação, continuam sendo observadas com frequência em hospitais públicos e privados. Neste mesmo estudo, verificaram que a prática de colocar o recém-nascido junto à mãe, logo após o nascimento, e permitir a amamentação na sala de parto, não foi observada em nenhum dos 45 hospitais, pois quase todos os hospitais mantinham os recém-nascidos no berçário por mais de uma hora após o nascimento para "observação". Este período de observação variou de três a oito horas, predominando seis horas de duração.

O estudo de Carvalho¹³ aponta dados recentes sobre a situação do aleitamento materno no Brasil, onde cerca de 70% dos recém-nascidos mamavam durante o primeiro dia de vida; destes, apenas 33% na primeira meia hora.

Em outro estudo desenvolvido por Reis e Patrício⁹ em um hospital de Santa Catarina, observou-se que para os profissionais, a atenção humanizada à mãe e ao recém-nascido no momento do nascimento se resumia em mostrar o bebê à mãe após o nascimento e deixar o pai vê-lo próximo ao banho. Ainda com relação a esse estudo, foi detectado que das 11 crianças observadas durante o processo investigativo, apenas três foram apresentadas à mãe logo após o parto, o que contraria as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Bueno e Teruya¹⁴ verificaram em um estudo aspectos referentes ao preparo prévio da parturiente para o contato pele a pele/olhos nos olhos com o bebê, sendo necessário um contato prévio sobre a relevância desta prática e sugerindo que ele ocorra logo ao nascer. A linguagem deve ser apropriada, simples e direta, pois termos técnicos podem não ser entendidos pelas mães. É importante evitar dar ordens, devendo-se sempre sugerir, já que a imposição diminui a autoconfiança e desvia a tomada de decisão que caberá sempre à mãe. No momento do nascimento deve ser oferecido todo o apoio e ajuda prática para que se estabeleça esse vínculo no contato precoce. Estratégias de ajuda prática podem desencadear na mãe uma abertura de comunicação para com o profissional da saúde. Porém, quando a mãe está desconfortável, cansada ou já recebeu muitas informações, o auxílio prático é melhor que muitas

palavras, sendo imprescindível à observação constante e respeito ao ritmo desenvolvido pela mãe junto ao seu filho nesse contato inicial, visando assegurar o sucesso no passo seguinte, a amamentação.

Tendo em vista o cenário brasileiro quanto a essa prática, o Ministério da Saúde lançou, em agosto de 2007, em parceria com a Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno – Waba, a semana mundial da amamentação com o tema “Amamentação na primeira hora, proteção sem demora”, amplamente difundido pelos meios de comunicação.¹⁵

O objetivo de toda esta campanha foi, além de incentivar o aleitamento na primeira hora de vida do recém-nascido, divulgar todos os benefícios desta prática e, dentre todos, destaca a redução do risco de morte neonatal. Segundo a Waba,¹⁶ a cada 10,9 milhões de óbitos de crianças menores de cinco anos, quatro milhões de bebês morrem no primeiro mês, embora seja possível salvar um milhão dessas vidas, por meio da amamentação inserida na primeira hora de nascimento. No Brasil, cerca de 27 mil recém-nascidos morrem todos os anos antes de completar um mês.

Entretanto, a introdução desta prática na rotina dos hospitais ainda enfrenta uma série de problemas sociais, culturais e assistenciais, dificuldades estas demonstradas em estudos científicos brasileiros. De acordo com Corrêa,¹⁷ ainda existem algumas mães que sequer sabem da existência do alojamento conjunto, imaginando que o bebê, ao nascer, deverá permanecer no berçário.

Estudo realizado por Dias e Deslandes¹⁸ demonstrou que no momento do pós-parto imediato as mulheres manifestavam-se cansadas, sonolentas, em condição ainda de dor decorrente de postura inadequada devido ao posicionamento na mesa de parto, por conta da recuperação pós-anestésica, situações estas relatadas como difíceis e presentes no início do processo de amamentação. Monteiro⁴ relata em seu estudo o despreparo da mãe para receber o bebê junto a ela, ainda mesmo na sala de parto, pois algumas mães permanecem em silêncio, sentindo dores relacionadas à sutura perineal, e embora não apresentem resistência ao contato pele a pele e à amamentação, não demonstram entusiasmo nesse momento.

No entanto, algumas não demonstram qualquer tipo de estranheza, aceitam bem tanto o contato com o bebê como a amamentação e até se emocionam com o ato. O estudo de Corrêa¹⁷ relata que a emoção sentida nesse momento interfere no vínculo da relação mãe-bebê; algumas ainda apresentam expectativas intervencionistas, solicitando, antes do contato com o bebê, uma avaliação do pediatra. Outras, entretanto, rejeitam a prática, relatando preferir pegar o bebê e amamentá-lo quando ele já estiver limpo, com roupinha e no alojamento conjunto ou por acharem estranho, desajeitado, que o bebê poderá sentir frio, por estarem cansadas ou sentindo dor e até pelo movimento de várias pessoas e procedimentos no centro obstétrico.

O tipo de parto também é apontado como uma dificuldade para o contato precoce entre mãe e bebê; o parto cesárea favorece o início tardio da amamentação; o contato precoce é dificultado pelos fios de monitorização, soros, pela anestesia e pela posição da mãe.¹⁹ Este fato é relevante, pois o Brasil se destaca mundialmente como recordista nas taxas de cesáreas.

Estudo de Vannuchi²⁰ e colaboradores referiu que das crianças acompanhadas durante três anos em um hospital universitário no Paraná, apenas uma, nascida de parto normal, havia sido amamentada num intervalo inferior a três horas após o nascimento, enquanto 70% delas haviam sido amamentadas com mais de seis horas de vida. Em bebês nascidos por parto cesárea, todos haviam sido amamentados após oito horas de vida e apenas 20% das mães disseram ter recebido orientações sobre o início da amamentação.

Manzini¹⁹ e colaboradores citam ainda outras dificuldades encontradas em se colocar o recém-nascido para mamar na primeira hora após o parto, entre elas a resistência dos profissionais, a falta de conhecimento das vantagens trazidas para o bebê e para a mãe, a política da instituição e a falta de educação continuada.

Mudar as rotinas adotadas durante anos seguidos e os paradigmas existentes, não são tarefas de fácil realização. Dificuldade de aceitação da mamada na sala de parto por parte dos obstetras, pediatras e equipe de enfermagem é um desafio significativo a se transpor. A maioria dos funcionários das unidades de neonatologia e

maternidade desenvolvem práticas que muitas vezes não favorecem o aleitamento materno, o que dificulta muito as mudanças de normas e rotinas há muito tempo estabelecidas como a separação da mãe e do bebê, o uso de leites artificiais ou glicose, horários rígidos de mamadas, entre outras.²⁰

Reis e Patrício⁹ ressaltam que os programas de capacitação dos funcionários adotados pelos hospitais ainda são carentes de conteúdo nessa temática. Os encontros têm horários restritos e, geralmente, os assuntos tratados são mais relacionados à administração e ao gerenciamento de rotinas do que à qualidade da assistência propriamente dita. Destacam também que, para muitos profissionais já inseridos na prática do contato pele a pele, as rotinas são feitas sem considerar a identidade própria da mulher e ainda estão muito distantes da integração harmônica entre a aplicação das práticas e os componentes culturais e afetivos da mulher e seu acompanhante.

Acredita-se que os resultados desse trabalho poderão contribuir com a melhora da prática assistencial ao recém-nascido e à amamentação, na medida em que expõe os benefícios do contato pele a pele e da amamentação na primeira hora de vida, associados aos aspectos práticos do cumprimento dessa norma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista as inúmeras evidências científicas sobre o impacto da adoção do contato pele

a pele e da amamentação em sala de parto para o aumento da frequência e duração do aleitamento materno, bem como para a redução da morbimortalidade infantil, não existe justificativa para a manutenção de práticas comprovadamente prejudiciais ao início do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido.

Os profissionais de saúde engajados no contexto da gestação e do nascimento são apontados como importantes mediadores para que esta prática possa se tornar uma realidade em todo o Brasil. Porém, fica claro que sem a participação efetiva da mulher e de seu acompanhante como agentes que conhecem seus direitos e sabem da importância do contato precoce na sala de parto, não será possível alcançar as expectativas do Ministério da Saúde. Parece possível conseguir bons resultados e, para isso, é fundamental o apoio dos dirigentes dos hospitais, a sensibilização e o treinamento continuado dos profissionais, por meio de informação clara e concisa.

Porém, nunca se pode perder de vista que uma normatização bem intencionada, se aplicada com descuido, pode ferir princípios relativos aos direitos da mulher sobre o seu próprio corpo e sobre o contexto de nascimento de seu bebê. Assim, rotinas devem ser sempre flexibilizadas diante de variações socioculturais e pessoais para que o nascimento do bebê permaneça no imaginário da mãe como um momento único e uma experiência positiva.

REFERÊNCIAS

1. Unicef. Manejo e promoção do aleitamento materno. New York: OMS/OPAS/UNICEF; 1993.
2. Carvalho M, Tamez R. Amamentação: bases científicas. 2ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 2005.
3. Sakae PPO, Costa MTZ, Vaz FAC. Cuidados perinatais humanizados e o aleitamento materno promovendo a redução da mortalidade infantil. Rev Saúde Pública, São Paulo, revisão e ensaio, 2000.
4. Monteiro JCS. Contato precoce e amamentação na sala de parto na perspectiva da mulher. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
5. Venâncio SI. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. J Pediatría. 2003; 79(1):1-2.
6. Lamounier JA. Experiência Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Rev Assoc Med Bras. 1998; 44(4):319-24.
7. Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília: OPAS; 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde da criança. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
9. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2007 ago 01]; 10(supl 1):221-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500023&lng=pt&nrm=iso
10. Righard L, Alade M. Effect of delivery room routines on success of first breastfeeding. Lancet. 1990; 336:1105-7.
11. Lima TM, Osório MM. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da região nordeste do Brasil. Rev Bras Saúde Materno Infantil. 2003; 3(3):305-14.

12. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(5):409-14.
13. Carvalho MR. Últimos dados sobre a situação do aleitamento materno no Brasil. Rio de Janeiro, PNDS [acesso em 2007 ago 02]. Disponível em: <http://www.aleitamento.med.br/dadosam.htm>
14. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr*. 2004; 80,(5 Supl):S126-30.
15. Brasil Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH. [acesso em 2007 ago 03]. Disponível em: <http://www.humaniza.org.br>
16. World Alliance for Breastfeeding Action. Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno. [acesso em 2008 jul 20]. Disponível em: http://www.aleitamento.com/subcategorias.asp?sub_id=22&id=10
17. Corrêa MAP. Relação mãe-bebê no pós-parto: uma contribuição para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança [dissertação]. São Paulo: Coordenação dos Institutos de Pesquisa; 2004.
18. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2007 ago 01]; 22(12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200014&lng=pt&nrm=iso
19. Manzini FC, Parada CMGL, Juliani CMCM. Aleitamento Materno na Sala de Parto: A visão dos profissionais de saúde. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2002. [acesso em 2007 ago 01]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/sphp?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000200024&lng=en&nrm=abn
20. Vannuchi MTO, Sentone ADD, Monteiro CA, Rea MF. Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um Hospital Universitário. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2002; 23:11-8.



Fonte: http://www.institutoipc.com.br/getfile/e66ae247-3a87-43d4-801f-fe77ad02dbec/cuidados_paliativos_site.aspx

espaço acadêmico

CONHECIMENTO DOS PACIENTES SOBRE A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

KNOWLEDGE OF PATIENTS ABOUT THE HEART FAILURE

CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMOS SOBRE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Nayra de Oliveira Duarte*, Rosamary Aparecida Garcia Stuchi**

Resumo

As doenças do aparelho circulatório, especialmente a Insuficiência Cardíaca, são responsáveis pelo grande número de internações hospitalares, principalmente em pacientes acima de 60 anos. Este estudo teve como objetivo verificar o conhecimento dos portadores de Insuficiência Cardíaca sobre a doença. A amostra do estudo foi constituída por 33 pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca que se encontravam internados no período do estudo. Os dados foram coletados em entrevista, utilizando um questionário semi-estruturado. Na análise dos resultados encontrou-se o predomínio de pessoas do sexo masculino, idade média de 61 anos, que o portador de Insuficiência cardíaca relaciona o conhecimento de sua doença aos sintomas percebidos no dia-a-dia, assim como também com o funcionamento do coração, ou sendo proveniente de uma outra patologia. A maioria dos sujeitos apresentou alterações na vida diária, decorrentes das limitações geradas pela patologia, 67% receberam orientações sobre a doença, medidas não farmacológicas e necessidade de mudanças nos hábitos de vida, 33% relataram não ter recebido orientações, 42% não souberam relatar o que causou a sua doença, 21% não seguiam as recomendações dos profissionais de saúde. Foi identificado que estratégias educativas devem ser implementadas para aumentar o conhecimento sobre a doença e as formas de prevenir o seu agravamento.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca. Conhecimento. Doenças cardiovasculares.

Abstract

The circulatory system diseases, especially Cardiac Insufficiency are responsible for most of the hospital commitments, mainly in patients over 60 years of age. The aim of this study was to assess the knowledge of CI patients about the disease. The sample consisted of 33 CI patients, who were committed to hospitals at the time of the study. The data was collected in interviews, by using a semi-structured questionnaire. From the analysis of the results, it was discovered that most patients are male, aged between 61, and that CI patients relate their knowledge of the disease to symptoms perceived in their everyday lives, as well as to the heart's performance, or as originating in another pathology. Most of them presented alterations in their daily lives, originating in the limitations caused by the pathology. 67% received guidance on the disease, non-pharmacological and need to measures and changes in their lifestyles. 33% reported not having received any guidance, 42% could not tell what had triggered the disease. 21% do not follow the advice of health care professionals. It was identified that educational strategies should be implemented, in order to improve patient knowledge about the disease and the means to prevent its worsening.

Keywords: Heart failure. Knowledge. Cardiovascular diseases.

Resumen

Las enfermedades del aparato circulatório, especialmente la insuficiencia cardíaca, son responsables por el extenso número de ingreso en los hospitales, principalmente enfermos mayores 60 años. Esta encuesta tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de los portadores de insuficiencia cardíaca sobre la enfermedad. La muestra del estudio fue constituída por 33 pacientes, que encontrabanse internos en el período del estudio. Los datos fueron colectados en cita, usando un cuestionario semiestructurado. Delante de los resultados obtuviese el predominio del sexo masculino con edad entre los 61 años. Los portadores de la Insuficiencia cardíaca relaciona el conocimiento de su enfermedad con los síntomas percibidos en el cotidiano, tanto como también el funcionamiento del corazón, o siendo procedente de otra patologia. La mayoría presentó alteraciones en la vida cotidiana originada de las limitaciones generadas por la enfermedad, 67% recibirán orientaciones sobre la enfermedad, medidas no farmacológicas y necesidad de cambios del hábito de vida, 33% deciran no tener recibido orientaciones, 42% no supieran hablar lo que causaran su enfermedad. 21% no siguen las recomendaciones de los profesionales de salud. Identificamos que las estrategias de educación deben ser implantadas a fin de aumentar el conocimiento sobre la enfermedad e las alternativas de prevención a su peora.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca. Conocimiento. Enfermedades cardiovasculares.

* Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM – MG.

** Enfermeira, Professora Doutora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM – MG.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS),¹ as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,6 milhões de óbitos que ocorrem anualmente; destes, 7,2 milhões decorrentes de doença isquêmica, 5,5 milhões de doença vascular cerebral e 3 milhões de hipertensão arterial e outras cardiopatias.

Estimativas indicam que em 2010 as doenças cardiovasculares serão a principais causas de óbitos no mundo;¹ em 2025 o Brasil contará com a sexta população de idosos do mundo e a primeira causa de óbitos será a Insuficiência Cardíaca (IC).²

As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 92.828 internações no Brasil. Dentre as doenças do aparelho circulatório, destacou-se a IC como a principal causa de internações com 24.231 casos, em 2006.³

A IC pode ser conceituada como uma síndrome caracterizada por uma incapacidade do coração em manter um bombeamento sanguíneo adequado para suprir os diversos órgãos e sistemas corpóreos,^{4,5} apresentando como sintomas clássicos a fadiga, o edema e a dispnéia.⁴

Doenças como hipertensão arterial, isquemia crônica, miocardites virais, cardiopatia dilatada, estenose aórtica, hipertrofia do ventrículo esquerdo, dentre outras patologias, são exemplos que podem ter como conseqüência a IC. Ainda são poucos os estudos no Brasil relacionados à etiologia, havendo a necessidade de uma investigação diagnóstica mais cautelosa sobre as suas causas.^{5,6}

Grande parte das hospitalizações, quase um milhão, principalmente em idosos, é causada pela IC e suas complicações, dentre as quais se destaca o prejuízo nas atividades laborativas e diárias que alteram, de modo substancial, a qualidade de vida dos pacientes.^{7,8}

O conhecimento sobre a doença, o tratamento e as formas de prevenir os fatores de risco potenciais podem ser imprescindíveis para identificação de possíveis complicações futuras ou auxiliar em intervenções precoces.⁹

Objetivos Geral

Diante da identificação e análise de grande número de internações e recidivas relativas a doenças cardiovasculares, o objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento dos portadores de IC sobre a doença.

Objetivos Específicos

Os objetivos específicos deste estudo foram: verificar as orientações recebidas quanto à doença; identificar as mudanças de vida ocorridas e as dificuldades na vida cotidiana impostas pela doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com análise percentual simples dos dados, desenvolvido no período de junho a setembro de 2006, em dois hospitais filantrópicos de uma cidade do interior de Minas Gerais. A amostra do estudo foi constituída de 33 pacientes que se encontravam internados, portadores de IC, no período da coleta de dados.

Foram incluídos no estudo pacientes com capacidade para se comunicar verbalmente, em condições hemodinâmicas estáveis, idade a partir de dezoito anos e que expressaram o seu consentimento em participar do estudo através da aquiescência por escrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196/96.

Após consulta ao prontuário hospitalar para levantamento de dados clínicos pertinentes, os dados referentes ao conhecimento dos pacientes sobre a doença foram coletados através de entrevista, em local e horário previamente estabelecidos, utilizando-se um questionário semi-estruturado, elaborado a partir do levantamento de dados da literatura especializada, que abordava aspectos práticos e teóricos sobre IC.

O questionário foi validado através de um teste piloto envolvendo oito pacientes, procedendo-se a algumas alterações necessárias à sua melhor adequação. Os dados foram analisados de forma descritiva. O núcleo temático de cada crença foi analisado segundo o referencial de Bardin.¹⁰

A análise de conteúdo de Bardin consiste num conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam

a discursos (conteúdos e continentes) diversificados. O fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas - desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos - é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência, ou seja, um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens.¹⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às características sócio-demográficas dos 33 entrevistados, 20 sujeitos (60,6%) eram do sexo masculino, tendo como idade média 61 anos. Foram prevalentes pessoas casadas 20 (60,6%), brancas 18 (54,5%) e católicas 30 (90,9%). Quanto à ocupação/profissão, antes da doença ter avançado, no sexo masculino, sua grande maioria era de lavradores 10 (50%), sendo que no sexo feminino, trabalhavam no lar 11 pessoas (84,6%).

A IC é uma síndrome mais encontrada a partir dos 60 anos de idade.^{2,11} Porém, estudos¹² citam que a idade predisponente para o aparecimento da doença ocorre a partir de 65 anos de idade, valor acima da idade encontrada neste estudo. Houve um predomínio de indivíduos do sexo masculino, semelhante aos encontrados em alguns estudos,¹³ em que a doença é mais prevalente, incidente e letal neste sexo.

Em relação à escolaridade, 20 sujeitos (60,6%) possuíam primeiro grau incompleto enquanto 13 (39,3%) não possuíam nenhum nível de escolaridade. A maioria dos participantes possuía renda de um salário 19 (57,5%), seguidos dos que não possuíam renda 11 (33,3%). Estes números elevados foram também encontrados em outros estudos,^{14,15} em que a maioria dos pacientes possuía primeiro grau incompleto ou eram analfabetos. Dados da pesquisa do Projeto Épica – Niterói,² mostraram o predomínio de pacientes com renda familiar de até um salário, semelhantes aos encontrados neste estudo. Em outro estudo, o baixo grau de escolaridade e a baixa renda foram identificados como fatores predisponentes ou agravantes ao aparecimento de IC e para a admissão hospitalar.¹⁶

Em relação ao conhecimento sobre a própria doença, todos emitiram descrições sobre a mesma e após análise, foram identificados alguns núcleos temáticos que emergiram dos relatos: doença relacionada com as dificuldades na vida diária (sintomas); indefinição em especificar o que sente; coração com características anormais (funcionamento e formato); proveniente de outra patologia. Para uma melhor compreensão, serão apresentados, a seguir, os núcleos temáticos com seus respectivos fragmentos exemplificativos:

Dos entrevistados, 7 pessoas (21,2%) relacionaram o conhecimento sobre a doença aos sintomas percebidos na sua vida diária:

"...quando eu deitava parecia que o coração ia sair pela boca, porque eu tossia muito..."

"... sinto uma dor no peito quando subo morro e as pernas doem e tenho câimbra..."

"... sinto uma cansaça, uma tosse forte, dor no peito e fraqueza nas pernas que não consigo subir morro..."

"... à noite passo mais sentada na cama porque sinto mal estar pro lado do coração..."

A representação da doença está relacionada em como o sujeito "sente, percebe, e/ou define o que acontece consigo".¹⁷ Em pesquisa que analisou o conhecimento dos pacientes e o entendimento da IC, em geral, a maioria dos entrevistados deu definições precisas sobre os "mecanismos associados a episódios agudos" e relacionou os sintomas à velhice. A análise das respostas dos entrevistados mostrou que eles sentiam barreiras para se comunicarem com os médicos. Os autores sugeriram que, uma vez que existem barreiras para a comunicação, talvez a enfermeira possa sanar essas dúvidas.¹⁸

Porém, 11 sujeitos (33,3%) não conseguiram uma definição específica do que sentiam, relatando apenas sintomas inespecíficos sem relacioná-los a um conceito:

"... tenho falta de vontade de comer, minha boca fica amarga e tenho vômito..."

"...o médico que disse, mas não sei o que é, sei que sinto uma dor no pulmão do lado esquerdo e já tá no lado direito..."

"... tô com um negócio no pé, muita gente fala que é frieira, falta de circulação..."

"... já faz cinco a seis anos que sinto vômito e tonteira..."

"... cheguei aqui no hospital cansado e com a perna inchada..."

"... toda vida fui muito nervosa que faz meu coração bater forte..."

Quanto à definição da doença, 12 sujeitos (36,3%) definiram-na com base na sua doença e nas características, como funcionamento e formato, que consideravam anormais ao coração:

"... veia do coração entupida por causa do cigarro..."

"... tenho bloqueio no coração por isso uso marcapasso..."

"... sinto bateção no coração parece que ta com água..."

"... exames deram que vai ter que fazer cirurgia porque a veia que circula sangue no corpo está entupida..."

"... tenho bateção no coração e tontura que deu arritmia no coração..."

"... tenho falta de ar e deu que tenho entupimento da veia do coração..."

Pelos relatos, pode-se identificar que a maioria dos pacientes percebe o funcionamento ineficiente do seu coração em termos como: "veia entupida, bloqueio do coração, bateção", os quais refletem o comprometimento da circulação.

Apenas 3 sujeitos (9%) achavam que sua doença era proveniente de outra patologia, sendo que todos citaram "Doença de Chagas":

"... tenho Chagas que causou dor no coração mesmo..."

"... tenho problema de Chagas, problema do coração mesmo..."

"... há 3 anos descobri que tenho Chagas, já sofri infarto..."

Ao serem questionados quanto à causa da doença, 14 pacientes (42,4%) não souberam definir o que a causou; 5 (15,1%) relacionaram-na com hábitos inadequados de vida, como o consumo de cigarro e/ou bebida; 5 (15,1%) com a localidade de moradia, devido a regiões endêmicas para a doença de Chagas; 5 (15,1%) com a profissão, por necessitarem do uso de esforço físico em excesso ou as limitações decorrentes dessas atividades; 3 (9%) relacionaram-na com problemas familiares e afetivos; e apenas 1 (3%) relacionou-a com a herança familiar.

A baixa adesão ao tratamento está ligada a fatores que interferiram nas práticas terapêuticas como, por exemplo, nível de escolaridade, pessoas casadas, sexo masculino e idade inferior a 40 anos.¹⁹ Neste estudo, 27 sujeitos (81,8%) entrevistados referiram realizar tratamento medicamentoso há algum tempo, 2 (6%) relataram não fazer tratamento e 4 (12,1%) não souberam responder. Portanto, a maioria segue o tratamento medicamentoso. Esses resultados também foram identificados em estudo sobre adesão ao tratamento na IC.^{15,20}

Dados semelhantes foram encontrados em estudo com pacientes hipertensos que relacionavam a causa da doença a aspectos emocionais, hábitos alimentares, herança familiar, hábitos inadequados de vida e alguns não sabiam o que a teria causado.¹⁹ Outros dados demonstraram que a maioria dos pacientes cita fatos que não se relacionam com a etiologia da doença.¹⁴

Quanto às orientações recebidas, 22 pessoas (66,6%) relataram ter recebido orientações referentes à alimentação adequada, mudança nos hábitos de vida e a respeito da doença, enquanto 11 (33,3%) citaram não ter recebido orientação. No entanto, quando questionados sobre seguirem as orientações recebidas, 15 (45,4%) referiram segui-las e 7 (21,2%) não, devido à falta de auxílio nas atividades laborativas. Alguns pacientes 7 (46,6%) mostraram dificuldades em seguir as orientações recebidas, devido à restrição por determinados alimentos os quais ingeriam diariamente e 8 (53,3%) não referiram dificuldades. Pacientes com valvopatia mitral apresentavam dificuldades para seguir as orientações, pela demanda de esforço físico excessivo durante a realização do seu trabalho.^{15,21}

Ao serem indagados sobre quais mudanças ocorreram na vida cotidiana, após o aparecimento da doença, 25 pessoas (75,7%) relataram alterações no trabalho que realizavam anteriormente:

"... mudou muito, fazer nada do que eu fazia, cortar madeira, lavoura..."

"... mudou porque agora não posso trabalhar mais, mesmo depois de aposentar eu trabalhava muito..."

"... não posso fazer mais os afazeres de casa..."

A doença crônica e suas limitações físicas impossibilitam o doente de manter uma atividade profissional, alterando o seu cotidiano. Quanto a este aspecto, 6 sujeitos (18,1%) relataram alterações nos hábitos de vida como, alimentação e atividades básicas:

"... não consigo comer, a marcha é difícil..."

"... mudou muita coisa porque muita coisa que comia não posso mais..."

"... sinto cansada para ir ao banheiro..."

"... mudou muita coisa só da pessoa não poder sentir raiva na vida dele..."

A IC produz sintomas de fadiga e dispnéia progressiva aos esforços ou no repouso e, na maioria das vezes, constitui um dos sintomas limitantes para as atividades cotidianas como andar, alimentar-se, dentre outras.

Apenas 2 indivíduos (6%) citaram que não houve alterações significativas ou até mesmo nenhuma em suas vidas:

"... não atrapalhou nada porque cada dia é uma coisa diferente..."

"... não atrapalhou muito, mas depois que machuquei a bacia e a perna, tá meio parado..."

Devido a características crônicas da IC, na maioria das vezes são necessárias mudanças no estilo de vida como, alterações no trabalho, atividades físicas e nos hábitos alimentares.^{8,15,18} Conhecendo as mudanças no estilo de vida provocadas pelas limitações que a doença acarreta, as características culturais, sócio-econômicas e como a doença repercute na vida do sujeito, pode-se efetivar um plano de cuidados que promova o aumento dos conhecimentos do paciente para o autocuidado.¹⁵

Quanto ao regime alimentar, a maioria dos entrevistados relatou diminuição no consumo de sal ou de gordura e alguns deles referiram não ter recebido orientações a esse respeito.

Há relatos na literatura que pacientes com pouco conhecimento sobre as medidas não farmacológicas a respeito da IC foram os que apresentaram um quadro clínico mais grave e prolongado.¹¹ Neste estudo, quanto aos líquidos ingeridos, a quantidade relatada não foi considerada, pois percebeu-se que muitos sujeitos não haviam se sensibilizado quanto a este aspecto. Portanto,

as respostas obtidas não foram confiáveis para fins de análise, uma vez observado que a resposta da maioria dos sujeitos sobre este aspecto demonstrou que não havia sido computada a quantidade de água contida em chás, sucos, café e outras bebidas.

A IC faz com que ocorram alterações funcionais em todo o sistema venoso. O aumento desta pressão venosa no organismo causa o intumescimento e expansão do fígado, cujo tecido interno incha e armazena líquido em excesso, causando comprometimento da função renal. Quanto ao metabolismo de coagulação normal do sangue, há acúmulo de líquido nos espaços tissulares, gerando edema nos membros inferiores e aumento do abdome, agindo como limitante do movimento diafragmático durante a respiração.^{7,20} A restrição de líquidos e o conhecimento sobre a ingestão diária são aspectos muito importantes a serem apreendidos e incorporados pelos pacientes com IC. Dado relevante e necessário para o planejamento assistencial de enfermagem aos pacientes com alterações cardiovasculares.

Em relação à atividade física, 7 pessoas (21,2%) declararam ter esse hábito e 10 (30,3%) não; 16 (48,4%) realizavam atividade física, mas tiveram que suspendê-la devido à doença e suas limitações, principalmente relacionadas à fadiga e dispnéia. Dentre os tipos de atividade física que os sujeitos declararam praticar, houve predomínio da caminhada e exercícios de alongamento. A literatura¹⁵ cita que muitos pacientes deixam de praticar atividades físicas devido a essas limitações e apenas 24,1% realizam atividades aeróbicas, sendo a caminhada citada pela maioria.

Os sujeitos foram interrogados quanto às dificuldades físicas no seu dia-a-dia: 30 sujeitos (65,2%) referiram apresentar fadiga e dispnéia durante suas atividades domésticas, se realizadas com maior esforço, e acordavam cansados mesmo sem realizarem nenhuma atividade; 24 (52,1%) relataram edema nos membros inferiores ao caminhar ou quando os membros inferiores ficavam pendidos, relatando também inchaço ao acordar; e apenas 2 (4,3%) negaram dificuldades físicas. A fadiga e a "dispnéia progressiva aos esforços ou em repouso" são, em grande parte, os principais sintomas apresentados

pelos pacientes levando-os a procura de atendimento de urgência.^{8,17}

Quando interrogados se a doença e suas limitações prejudicavam a atividade sexual, 11 pacientes (33,3%) responderam que havia prejuízos, pois se sentiam cansados e 22 (66,6%) responderam que não. Entretanto, em outro estudo,¹⁵ a maioria dos pacientes citou cansaço e dispnéia. Percebeu-se um constrangimento dos pacientes em responderem a essa pergunta, sendo identificado o desvio das respostas ou mesmo o silêncio por alguns segundos. Outro aspecto mostrado por pesquisas científicas é a dificuldade dos diversos profissionais em questionar este assunto, uma vez que está enraizado nos aspectos emocionais e culturais dos indivíduos de modo geral.^{14,18}

CONCLUSÃO

Foi identificado neste estudo que o portador de IC relaciona o conhecimento de sua doença aos

sintomas percebidos no dia-a-dia, assim como também com o funcionamento do coração.

A maioria dos pacientes de certa forma segue o regime terapêutico prescrito, embora alguns tenham demonstrado dificuldades em aderir totalmente às orientações dos profissionais de saúde, devido, em parte, às restrições alimentares, ou no caso de não adesão a atividades físicas em decorrência da própria limitação do avanço da doença. Uma parcela dos entrevistados não realizava atividades físicas por não ter o hábito, enquanto alguns não seguiam as recomendações dos profissionais de saúde.

Portanto, é necessário que estratégias educativas sejam implementadas aos pacientes com alterações cardiovasculares, especialmente aos portadores de IC, não somente para aumentar o conhecimento sobre a doença e influenciar comportamentos preventivos, mas visando minimizar o seu agravo.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasil: OPAS; 2003. p. 53-60.
2. Tavares LR, Victor H, Linhares JM, Barros CM, Oliveira MV, Pacheco LC et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói: Projeto ÉPICA - Niterói. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 82(2):121-4.
3. DATASUS 2006. [acesso em 2008 jun 10]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
4. Mesquita ET, Sócrates J, Rassi S, Villacorta H, Mady C. Insuficiência cardíaca com função sistólica preservada. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 82(5):494-500.
5. Mano R. Conceito da insuficiência cardíaca. Manual de Insuficiência Cardíaca [periódico na internet]. 2003 [citado 2005 jul 30];1. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br>
6. Lotufo PA. Premature mortality from heart disease in Brazil. An international comparison. *Arq Bras Cardiol.* 1998; 70(5):321-5.
7. Monarchini, MC. Fisiopatologia da insuficiência cardíaca congestiva. Manual de Insuficiência Cardíaca [periódico na internet]. 2003 [citado 2005 jul 30];1. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br>
8. Aliti GB, Rabelo ER, Domingues FB, Ruschei KB, Brun AO. O que ensinar aos pacientes com Insuficiência Cardíaca e por quê: o papel dos enfermeiros em clínicas de insuficiência cardíaca. *Rev Latino-Am. Enferm.* 2007; 15(1):165-70.
9. Moons P, Volder ED, Budts W, Geest SD, Elen J, Waeytens K et al. What do adult patients with congenital heart disease know about their disease, treatment and prevention of complications? A call for structures patient education. *Heart.* 2001; 86:74-80.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: 70 edições; 1994.
11. Rabelo ER, Aliti Gb, Goldraich L, Domingues FB, Clausell N, Rohde LE. Manejo não-farmacológico de pacientes hospitalizados com insuficiência cardíaca em hospital universitário. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 87(3):352-8.
12. Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. [retractado em *Arq. Bras. Cardiol.* 2004 Fev; 82(2): 121-124]. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22: Suppl A: 6A-13A.
13. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da Insuficiência Cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens.* 2001; 8(4):383-92.
14. Kubo KM, Gallani MCBJ, Noronha R, Colombo RCR. Subsidies to elaborate outpatient nursing care for patients with aortic valve dysfunction. *Rev Latino-Am Enferm.* 2001; 9(5):55-62.
15. Kubo KM, Colombo RCR, Gallani MCBJ, Noronha R. Subsídios para a assistência de enfermagem a pacientes com valvopatia mitral. *Rev Latino-Am Enferm.* 2001; 9(3):33-42.
16. Philbin-Philbin FE, Dec GW, Jenkins PL, DiSalvo TG. Socioeconomic status as an independent risk factor for hospital readmission for heart failure. [retractado em *Arq. Bras. Cardiol.* 2004; 82(2): 121-124]. *J Am Cardiol* 2001; 87: 1367-71.
17. Rogers AE, Addington-Hall JM, Abery AJ, McCoy ASM, Bulpitt C, Coats AJS, Gibbs JSR. Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study. *BMJ.* 2000; 321.
18. Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(5):635-42.
19. Pierin AMG, Mion Jr D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. The profile of hypertensive patients related to awareness and level of hypertension.[serial on de Internet] [cited 2007 jul 01]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/html/558/body/v35n1a02.htm>
20. Guyton AC Tratado de fisiologia médica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992.
21. Peixoto MSP. Adesão do paciente com insuficiência cardíaca ao tratamento ambulatorial [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A *CuidArte Enfermagem*, revista das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva, com periodicidade semestral, tem por objetivo proporcionar à comunidade científica, enquanto um canal formal de comunicação e disseminação da produção técnico-científica nacional, a publicação de artigos relacionados à área da saúde, especialmente da Enfermagem. Objetiva também publicar suplementos sob a forma de coleções de artigos que abordem tópicos ou temas relacionados à saúde. O artigo deve ser inédito, isto é, não publicado em outros meios de comunicação.

As normas de um periódico estabelecem os princípios éticos na condução e no relatório da pesquisa e fornecem recomendações com relação aos elementos específicos da edição e da escrita. Visa melhorar a qualidade e a clareza dos textos dos artigos submetidos à revista, além de facilitar a edição. Os Editores recomendam que os critérios para autoria sejam contribuições substanciais à concepção e ao desenho, ou à coleta, análise e à interpretação de dados; redação do artigo ou revisão crítica, visando manter a qualidade do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a publicar.

CATEGORIAS DE ARTIGOS DA REVISTA

ARTIGOS ORIGINAIS: Trabalho de pesquisa com resultados inéditos que agreguem valores à área da saúde, em especial na área da Enfermagem. Sua estrutura deve conter: resumo, descritores (palavras-chave), introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e referências. Sua extensão limita-se a 15 páginas. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 20, havendo, todavia, flexibilidade. O artigo original não deve ter sido divulgado em nenhuma outra forma de publicação ou em revista nacional.

ARTIGOS DE REVISÃO: Avaliação crítica e abrangente sobre assuntos específicos e de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, já cientificamente publicados. Os artigos deverão conter até 15 páginas.

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO: Trabalhos descritivos e interpretativos sobre novas técnicas ou procedimentos globais e atuais em que se encontram determinados assuntos investigativos. Os artigos deverão conter até 10 páginas.

ESPAÇO ACADÊMICO: Destinado à divulgação de estudos desenvolvidos durante a graduação, em obediência as mesmas normas exigidas para os artigos originais. O nome do orientador deverá ser indicado em nota de rodapé e deverão conter, no máximo, 10 páginas.

RESENHAS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS: Análise crítica da literatura científica publicada recentemente. Os artigos deverão conter até 3 páginas.

Os artigos devem ser encaminhados ao editor-chefe da revista, especificando a sua categoria.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA

DE DIREITOS AUTORAIS: Eu (nós), abaixo assinado(s) transfiro(erimos) todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à *CuidArte Enfermagem*. Declaro(amos) ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Data e Assinatura(s).

Cada artigo deverá indicar o nome do autor responsável pela correspondência junto a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail, e a este autor será enviado um exemplar da revista.

ASPECTOS ÉTICOS: Todas as pesquisas envolvendo estudos com seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução CNS-196/96, devendo constar o consentimento por escrito do sujeito e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Caso a pesquisa não envolva seres humanos, especificar no ofício encaminhado. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP. Quando relatam experimentos com animais, os autores devem mencionar se foram seguidas as diretrizes institucionais e nacionais para os cuidados e a utilização dos animais de laboratório.

ENVIO DE ORIGINAIS: O artigo deve ser enviado pelo correio em 4 vias impressas, com cópia em CD, digitado no programa Microsoft Office Word da versão 97 a 2003. Recomenda-se que os autores retenham uma cópia do artigo. As ilustrações deverão ser enviadas juntamente com os artigos em uma pasta denominada figuras, no formato BMP ou TIF com resolução mínima de 300 DPI. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material. Após o recebimento do

material será enviado e-mail de confirmação ao autor responsável.

SELEÇÃO DOS ARTIGOS: Inicialmente, todo artigo submetido à Revista será apreciado pelo Conselho Científico nos seus aspectos gerais, normativos e sua qualidade científica. Ao ser aprovado, o artigo será encaminhado para avaliação de dois revisores do Conselho Científico com reconhecida competência no assunto abordado. Caso os pareceres sejam divergentes o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir o terceiro parecer). Os artigos aceitos ou sob restrições poderão ser devolvidos aos autores para correções ou adequação à normalização segundo as normas da Revista. Artigos não aceitos serão devolvidos aos autores, com o parecer do Conselho Editorial, sendo omitidos os nomes dos revisores. Aos artigos serão preservados a confidencialidade e sigilo, assim como, respeitados os princípios éticos.

PREPARAÇÃO DO ARTIGO

Formatação do Artigo: a formatação deverá obedecer às seguintes características: impressão e configuração em folha A4 (210 X 297 mm) com margem esquerda e superior de 3 cm e margem direita e inferior de 2 cm. Digitados em fonte "Times New Roman" tamanho 12, espaço 1,5 entrelinhas, com todas as páginas numeradas no canto superior direito. Devem ser redigidos em português. Se for necessário incluir depoimentos dos sujeitos, estes deverão ser em itálico em letra tamanho 10, na seqüência do texto. Citação "ipsis litteris" usar aspas na seqüência do texto.

Autoria, Título e Subtítulo do Artigo: apresentar o título do trabalho (também em inglês e espanhol) conciso e informativo, contendo o nome dos autores (no máximo 6). No rodapé, deverá constar a ordem em que devem aparecer os autores na publicação, a maior titulação acadêmica obtida, filiação institucional, onde o trabalho foi realizado (se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, nome da agência financiadora) e o endereço eletrônico.

Resumo: deverá ser apresentado em português, inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Deve vir após a folha de rosto, de caráter informativo, limitar-se ao máximo de 250 palavras e deverá conter: objetivo do estudo, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e análise, principais resultados e conclusões).

Palavras-chave: devem aparecer abaixo do resumo, conter no mínimo 3 e no máximo 6 termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados no DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) e apresentados pela BIREME na forma trilingüe, disponível à página URL: <http://decs.bvs.br>. Apresentá-los em letra inicial maiúscula, separados por ponto. Ex: Palavras-chave: Enfermagem hospitalar. Qualidade. Saúde.

Tabelas: as tabelas (fonte 10) devem ser limitadas a cinco no conjunto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, com a inicial do título em letra maiúscula e sem grifo, evitando-se traços internos horizontais ou verticais. Notas explicativas deverão ser colocadas no rodapé das tabelas. Seguir as Normas de Apresentação Tabular do IBGE. Há uma diferença entre Quadro e Tabela. Nos quadros colocam-se as grades laterais e são usados para dados e informações de caráter qualitativo. Nas tabelas não se utilizam as grades laterais e são usadas para dados quantitativos.

Ilustrações: deverão usar as palavras designadas (fotografias, quadros, desenhos, gráficos, etc) e devem ser limitadas ao mínimo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto e apresentadas em folhas separadas. As legendas devem ser claras, concisas e localizadas abaixo das ilustrações. Figuras que representem os mesmos dados que as tabelas não serão aceitas. Para utilização de ilustrações extraídas de outros estudos, já publicados, os autores devem solicitar a permissão, por escrito, para reprodução das mesmas. As autorizações devem ser enviadas junto ao material por ocasião da submissão. Figuras coloridas não serão publicadas.

As ilustrações deverão ser enviadas juntamente com os artigos em uma pasta denominada figuras, no formato BMP ou TIF com resolução mínima de 300 DPI. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material.

Abreviações/Nomenclatura: o uso de abreviações deve ser mínimo e utilizadas segundo a padronização da literatura. Indicar o termo por extenso, seguido da abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecer no texto. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica do produto.

Citações no Texto: devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, de acordo com a ordem de aparecimento

no texto. Quando o autor é novamente citado manter o identificador inicial.

Agradecimentos: deverão, quando necessário, ocupar um parágrafo separado antes das referências bibliográficas.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e de acordo com o "Estilo Vancouver" Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE). Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html e também disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/bsscsm/vancouver.html> traduzido e adaptado por Maria Gorete M. Savi e Maria Salete Espíndola Machado.

EXEMPLO DE REFERÊNCIAS

Devem ser citados até seis autores; acima deste número, citam-se apenas os seis primeiros autores seguidos de et al.

Livro

Baird SB, Mccorkle R, Grant M. Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia: WB. Saunders; 1991.

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996; 73:1006-12.

Trabalho apresentado em congresso

Lorenzetti J. A saúde no Brasil na década de 80 e perspectivas para os anos 90. In: Mendes NTC, coordenadora. Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1989 set 2-7; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn – Seção SC; 1989. p.92-5.

Documentos jurídicos

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 jun 1986. Seção 1, p.1.

Tese/Dissertação

Lipinski JM. A assistência de enfermagem a mulher que provocou aborto discutida por enfermeiros em busca de uma assistência humanizada [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC; 2000.

Material eletrônico

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

ENDEREÇO PARA ENCAMINHAMENTO DE ARTIGOS

CuidArte
Enfermagem

Av. São Vicente de Paulo, 1455 - Parque Iracema
Catanduva - SP
CEP 15809-145

Contato: e-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br
Fone: (017)3531-3775

Impressão:



RAMON NOBALBOS
GRÁFICA E EDITORA

E-mail: atendimento@nobalbos.com.br
Rua 7 de Setembro, 342 - PABX: (17) 3522-4453 - CATANDUVA - SP