

ISSN 1982-1166

CuidArte

Enfermagem

Volume 3 - Número 2 - Julho/Dezembro 2009

CuidArte Enfermagem

Faculdades Integradas Padre Albino

Volume 3 - Número 2 - Julho/Dezembro 2009



Faculdades Integradas Padre Albino

CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP Volume 3 Número 2 p. 91-186 julho/dezembro 2009 Semestral

EDITOR

Faculdades Integradas Padre Albino

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe

Virtude Maria Soler

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva –SP.

Editores

Alessandra Mazzo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP.

Antonio Carlos de Araújo

Faculdades Integradas D. Pedro II, São José do Rio Preto-SP

Iza dos Passos Zborowski

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva –SP.

Luciana Bernardo Miotto

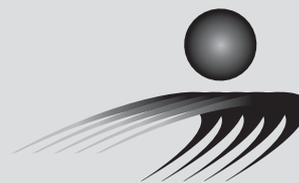
Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva –SP e Veris Faculdades, Campinas-SP.

Maria Regina Lourenço Jabur

Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FUNFARME.

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

FUNDAÇÃO PADRE ALBINO

Conselho de Curadores

Presidente: Antonio Hércules

Diretoria Administrativa

Presidente: Geraldo Paiva de Oliveira

Núcleo Gestor de Educação

Antonio Carlos de Araújo

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO

Diretor Geral: Nelson Jimenes

Vice Diretor: José Carlos Rodrigues Amarante

Coordenadora Pedagógica:

Dulce Maria Silva Vendruscolo

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora de Graduação:

Dircelene Jussara Sperandio

Rua dos Estudantes, 225

Parque Iracema

Catanduva-SP - Brasil

CEP. 15809-144

Telefone (17)3311-3228 / 3311-3335

E-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br

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



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
Isabel 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
Lizete Diniz Ribas Casagrande – Pedagoga e Socióloga – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – 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
Manzélio 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 – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – FAMED - UFU
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
Margarida Maria da Silva Vieira – Enfermeira - Universidade Católica Portuguesa – Porto - Portugal
Mariza Almeida Silva – Enfermeira – Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador – BA.
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 Peruffo 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

NÚCLEO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS



Componentes do Núcleo:
Antonio Marcio Paschoal
Luciana Bernardo Miotto
Marino Cattalini (Coordenador)
Marisa Centurion Stuchi
Virtude Maria Soler

C966 CuidArte enfermagem / Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem. -- Vol. 3, n. 2 (jul./dez.2009) - . - 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 Graduação em 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 2009 / *Printing date: December 2009*

SUMÁRIO / SUMMARY / CONTENIDO

EDITORIAL

A DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA COMO ESTRATÉGIA PARA O MARKETING NA ENFERMAGEM

Alessandra Mazzo, José Carlos Amado Martins

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

DOCENTES EM ENFERMAGEM E A SÍNDROME DE BURNOUT: EDUCANDO PARA A SAÚDE

TEACHERS IN NURSING AND BURNOUT SYNDROME: EDUCATING FOR HEALTH

DOCENTES DE ENFERMERÍA Y EL SÍNDROME DE ESTRÉS: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Sabrina Corral-Mulato, Sonia Maria Villela Bueno 99

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES HIPERTENSAS: ESTUDO REALIZADO EM AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

SOCIAL REPRESENTATIONS OF HYPERTENSIVE PREGNANT WOMEN: CONDUCTED IN AN OUTPATIENT PRENATAL HIGH RISK

REPRESENTACIONES SOCIALES HIPERTENSOS MUJERES EMBARAZADAS: ESTUDIO CELEBRADA EN LA CLÍNICA DE PRENATAL DE ALTO RIESGO

Luciana Gonçalves da Cruz, Pamela Zagatto, Stefani Cristina Innocente Duarte, Denise Gonzalez Stellutti de Faria 105

IDEALIZAR O AMANHÃ: VIVENDO ENTRE A ESPERANÇA E A DESESPERANÇA NUM TRANSPLANTE RENAL

IDEALIZE TOMORROW: LIVING BETWEEN HOPE AND HOPELESSNESS IN RENAL TRANSPLANTATION

IDEALIZAR MAÑANA: VIVIR ENTRE LA ESPERANZA Y LA DESESPERANZA EN TRASPLANTE RENAL

Hernâni Ferreira Cabral 113

INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR: FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS FRENTE AO TABAGISMO

COLLEGE INSTITUTION: NURSE GRADUATION FACE WITH TOBACCO ADDITION

INSTITUCIONES DE ENSEÑANZA SUPERIOR: FORMACIÓN DE ENFERMEROS FRENTE AL TABAQUISMO

Daiane Aparecida Marim, Neraci de Oliveira Mucci, Maristela Aparecida Magri Magagnini, Luciana Bernardo Miotto ... 120

LIDERANÇA NA ENFERMAGEM: APRENDIZADO NA GRADUAÇÃO

LEADERSHIP IN NURSING: LEARNING IN GRADUATE

LIDERAZGO EN ENFERMERÍA: LICENCIADO EN EL APRENDIZAJE

Maria Regina Lourenço Jabur, Mariana da Silva Dusso, Melina Cano de Haro 129

AUTISMO: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

AUTISM AND NURSING STAFF'S KNOWLEDGE

AUTISMO: CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Sandra Cristina Nunes, Tainá Zamboni Souza, Carina Tatiana Giunco 134

O PAPEL DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DO ENSINO MÉDIO DE ENFERMAGEM

THE TECHNICAL RESPONSIBLE FOR HIGH SCHOOL IN NURSING'S ROLE

EL PAPEL DE LA ESCUELA TÉCNICA SUPERIOR DE ENFERMERÍA

Juliana Fachim, Silene Fontana 142

ACOLHIMENTO NO TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO QUALITATIVO

FAMILY HEALTH CARE USER EMBRACEMENT: A QUALITATIVE STUDY

ACOGIMIENTO EN LA SALUD DE LA FAMILIA: UN ESTUDIO QUALITATIVO

Leticia Silveira Cardoso, Marta Regina Cezar-Vaz, Valdecir Zavarese da Costa, Jorgana Fernanda de Souza Soares 149

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO/ UPDATE ARTICLES / ARTÍCULOS DE ACTUALIZACIÓN

CUIDADO ESPIRITUAL - REZAR COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

SPIRITUAL CARE - PRAYER AS A NURSING INTERVENTION

CUIDADO ESPIRITUAL - REZAR COMO INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Sílvia Caldeira 157

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA: RESPEITO AOS PRINCÍPIOS DA VIDA

PALLIATIVE CARE IN ONCOLOGY: PRINCIPLES FOR RESPECT OF LIFE

CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCOLOGÍA: PRINCIPIOS PARA EL RESPETO DE LA VIDA

Landina Silene Pacheco, Leandro Martins, Virtude Maria Soler 166

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

MOST RELEVANT NURSING DIAGNOSES IN INTENSIVE CARE UNIT

PRINCIPALES DIAGNÓSTICO EN UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTENSIVA

Patrícia Rezende do Prado, Lucia Marinilza Beccaria, Lígia Márcia Contrin 176

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO / STANDARDS PUBLISHING / NORMAS DE PUBLICACIÓN

PUBLICATION RULES 184

Editorial

A DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA COMO ESTRATÉGIA PARA O MARKETING NA ENFERMAGEM

Alessandra Mazzo*, José Carlos Amado Martins**

Não se sabe ao certo quando surgiu a primeira ideia relacionada ao marketing na história humana. Todavia foi a partir do século XX, que essa atividade passou a ganhar força e aceitação nas empresas, focando suas tarefas nas atividades dos clientes¹. Na enfermagem, as recordações em relação ao uso do marketing na profissão nos remetem a dicotômicas lembranças, vinculadas na maioria das vezes ao uso da imagem profissional com apelo sexual e atividades submissas. Poucas são as recordações de campanhas voltadas à valorização do enfermeiro e propagação do seu objeto de trabalho, o que incorre junto a outros fatores na não valorização da profissão pela sociedade, na baixa procura pelos cursos de graduação e em muitas dificuldades relacionadas à distribuição de poder nas instituições.

Visualizada por muitos como a profissão que sustentará o desenvolvimento da saúde do mundo, urge a necessidade de enfermeiros e enfermagem utilizarem seu talento e disponibilidade como partes do marketing da profissão. Nesse sentido, conhecimentos, atitudes científicas, éticas e humanas tornam-se importantes aliados a rede de relacionamentos, da qual, enfermeiros participam e potencializam-se em estratégias de reconhecimento e divulgação da profissão.

Para revelar a enfermagem à sociedade, nenhum esforço deve ser negligenciado. É imprescindível que sejam utilizados meios de comunicação de massa, reforçadas atitudes positivas e individuais dos profissionais da área, assim como é necessário destacar, que num mundo globalizado, competitivo e comunicante, como o dos dias atuais, o acesso a internet para a divulgação de produtos é uma das ferramentas determinantes nas relações comerciais. Acresce-se ainda, a necessidade na identificação de parceiros e o reconhecimento dos direitos pelo uso de recursos legais, em resposta a utilização inapropriada da sua imagem.

No entanto, para a divulgação da imagem da enfermagem, merece destaque como estratégias de marketing a divulgação dos conhecimentos científicos, tecnológicos e humanos, apreendidos e desencadeados ao longo do desenvolvimento histórico da profissão².

A divulgação dos resultados da pesquisa é parte integrante do seu processo de desenvolvimento, além de ser compromisso ético do pesquisador³. Ao longo dos últimos anos temos visto um incremento substancial na produção científica da enfermagem, o que pode ser evidenciado pelo seu aspecto científico, social e político, necessitando de uma análise reflexiva quanto à responsabilidade e conteúdos que vêm sendo produzidos⁴.

Um meio importante da veiculação científica em enfermagem tem sido realizado pelas revistas da área, que possuem como maior veículo de sua disseminação a sua integração a uma base de dados. Base de dados é conjunto de registros dispostos de maneira uniforme e que possibilitam a produção de informação. Para integrarem uma base de dados as revistas são submetidas a um processo rigoroso de avaliação, onde são considerados padrões de publicação, regionalidade dos autores, dados de citações referentes aos autores, regularidade e pontualidade das publicações,

* Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Centro Colaborador da OMS para Pesquisa em Enfermagem.

** Professor Doutor da Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

conteúdo editorial, seguimento de convenções internacionais de edição, além de representação geográfica da revista e elementos bibliográficos na língua inglesa, ao tratar-se de bases de dados internacionais^{5,6}.

A Revista *CuidArte* em enfermagem passará a integrar a BDEF – Base de dados de Enfermagem, que é composta por referências bibliográficas da literatura técnico-científica brasileira em enfermagem. Essa base foi desenvolvida pela Biblioteca J. Baeta Vianna, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com o patrocínio do Programa de Desenvolvimento da Escola de Enfermagem/UFMG e do convênio estabelecido junto ao Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde – BIREME. Tem sua operação, manutenção e atualização coordenada pela Escola de Enfermagem da UFMG e Centros Cooperantes da Rede de Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) - ENFERMAGEM. Sua composição se dá pelos artigos das revistas mais conceituadas da área de Enfermagem e documentos como teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos-científicos e publicações governamentais^{5,6}.

Ao divulgar o conhecimento científico da profissão levando em conta os atuais cenários mundiais, esse periódico torna-se um relevante instrumento, cumprindo seu papel na formação, capacitação, construção e reconstrução dinâmica do conhecimento em enfermagem, na expectativa de formar um profissional envolto em valores éticos, políticos, culturais e espirituais.

Como relevante estratégia de marketing cabe a nós enfermeiros e enfermagem o uso da criatividade, seriedade, qualidade e inovação da produção científica da enfermagem e congratulações a *CuidArte* Enfermagem pela significativa contribuição a essa tarefa.

DISCLOSURE AS A SCIENTIFIC APPROACH TO MARKETING IN NURSING

Alessandra Mazza*, José Carlos Amado Martins**

No one knows for sure when the first idea related to marketing in human history. However it was from the twentieth century, this activity began to gain strength and acceptance in enterprises, focusing on their tasks in the activities of Customers¹. In nursing, the recollections regarding the use of the marketing profession in the dichotomous us back memories, mostly linked to the use of professional image with sex appeal and submissive activities. Few memories of campaigns focused on the enhancement of nurses and spread of its work object, which incurs with other factors in no value of the profession by society, in the low demand for undergraduate courses and many difficulties related to the distribution of power institutions

Viewed by some as the profession that will support the development of world health, there is urgent need for nurses and nursing use their talent and willingness to share the marketing profession. In this sense, knowledge, attitudes, scientific, ethical and human become important allies in the network of relationships, which, nurses participate in and enhance strategies for recognition and dissemination of the profession.

To reveal the nursing society, no effort should be neglected. It is essential that they are used in mass media, which are reinforced positive attitudes and individual professionals, as it is necessary to emphasize that in a globalized, competitive and communicator, as of today, access to the internet dissemination of products is one of the tools in determining trade relations. Adding to this, the need to identify partners and the recognition of rights by the use of legal remedies in response to inappropriate use of his image.

However, for spreading the image of nursing, as deserves marketing strategies to disseminate scientific knowledge, technological and human triggered and seized over historical development of profession².

The dissemination of research results is an integral part of their development process, Besides being an ethical commitment of pesquisador³. Over the past few years have seen a substantial increase in nursing scientific production, which can be evidenced by its scientific aspect, social and political requiring of a reflective analysis regarding the content and responsibility that come produzidos being⁴.

An important means of transmitting scientific information on health has been conducted by the magazines in the area, which have as their main vehicle for spreading its integration into a database. Database recordset is arranged in a uniform manner that allows the production of information. To integrate a database of journals are subjected to a rigorous process of assessment, where they are considered publishing standards, regionality of the authors, citation data pertaining to the authors, regularity and punctuality of publications, editorial content, following conventions of editing, as well as geographic representation of the magazine and bibliographic information in English when dealing with databases international^{5,6}.

The Journal of Nursing *CuidArte* spent to integrate BDEF - Database of Nursing, which is composed of bibliographic references of scientific and technical literature in Brazilian nursing. This database was developed by the Library J. Baeta Vianna, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sponsored by the Development Program of the School of Nursing / UFMG and the agreement made with the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information - BIREME. Has your operation, maintenance and update coordinated by the School of Nursing and UFMG Cooperative Centers Network of Virtual Health Library (VHL) NURSING. Its composition is given by the journal articles most prestigious area of Nursing and documents such as theses, books, book chapters, congress and conference proceedings, technical reports and scientific publications and governamentais^{5,6}.

To disseminate scientific knowledge of the profession, taking into account the current global scenario, this journal becomes a relevant instrument, playing its role in the formation, training, construction and reconstruction dynamics of nursing knowledge, hoping to form a professional wrapped in values ethical, political, cultural and spiritual.

How relevant marketing strategy it is our nurses and nursing use of creativity, integrity, quality and innovation of scientific production of nursing and congratulations to the Journal CuidArte significant contribution to this task.

DIVULGACIÓN CIENTÍFICA COMO UN ENFOQUE A LA COMERCIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

Alessandra Mazzo*, José Carlos Amado Martins**

Nadie sabe a ciencia cierta cuando la primera idea relacionada con la comercialización en la historia humana. Sin embargo, fue en el siglo XX, esta actividad comenzó a ganar fuerza y aceptación en las empresas, centrándose en sus tareas en las actividades de Customers¹. En la enfermería, los recuerdos sobre el uso de los profesionales de marketing en Estados Unidos dicotómicos recuerdos, sobre todo vinculados a la utilización de la imagen profesional con sex appeal y las actividades de sumisión. Pocos recuerdos de las campañas se centraron en la mejora de las enfermeras y la difusión de su objeto de trabajo, lo que acarrea con otros factores en ningún valor de la profesión por la sociedad, en la baja demanda de cursos de pregrado y muchas dificultades relacionadas con la distribución del poder instituciones.

Visto por algunos como la profesión que apoyará el desarrollo de la salud en el mundo, existe la necesidad urgente de enfermeras y la enfermería utilizar su talento y voluntad de compartir la profesión de comercialización. En este sentido, el conocimiento, las actitudes, científicos, éticos y humanos se convierten en importantes aliados en la red de relaciones, enfermeras participar y mejorar las estrategias para el reconocimiento y la difusión de la profesión.

Para mostrar la sociedad de la enfermería, sin ningún esfuerzo debe ser descuidado. Es esencial que se utilizan en los medios de comunicación, refuerzan las actitudes positivas y profesionales individuales, ya que es necesario hacer hincapié en que en un acceso globalizado, competitivo y comunicador, a partir de hoy, a la Internet difusión de los productos es una de las herramientas en la determinación de las relaciones comerciales. Agregando a esto la necesidad de identificar a los socios y el reconocimiento de los derechos por el uso de los recursos legales en respuesta al uso inadecuado de su imagen.

Sin embargo, para la difusión de la imagen de la enfermería, como merece estrategias de marketing para difundir los conocimientos científicos, la tecnología y el capital humano, y se apoderaron disparado a lo largo del desarrollo histórico de profesión².

La difusión de los resultados de la investigación es una parte integral de su proceso de desarrollo, además de ser un compromiso ético de pesquisador³. En los últimos años han visto un aumento sustancial de la producción científica de enfermería, que puede ser evidenciado por su aspecto científico, social y necesidades políticas de un análisis reflexivo sobre la responsabilidad y los contenidos que se han producidos⁴.

Un importante medio de transmisión de información científica sobre la salud ha llevado a cabo por las revistas de la zona, que tienen como principal vehículo para la difusión de su integración en una base de datos. Registros de base de datos está organizada de manera uniforme que permite la producción de información. Para integrar una base de datos de revistas se someten a un riguroso proceso de evaluación, donde se consideran las normas de publicación, el origen de los autores, citas correspondientes a los autores, la regularidad y la puntualidad de las publicaciones, el contenido editorial de datos, a raíz de la edición de los convenios internacionales así como la representación geográfica de la revista y bibliográfico de los elementos en Inglés, cuando se trata de bases de datos internacionales^{5,6}.

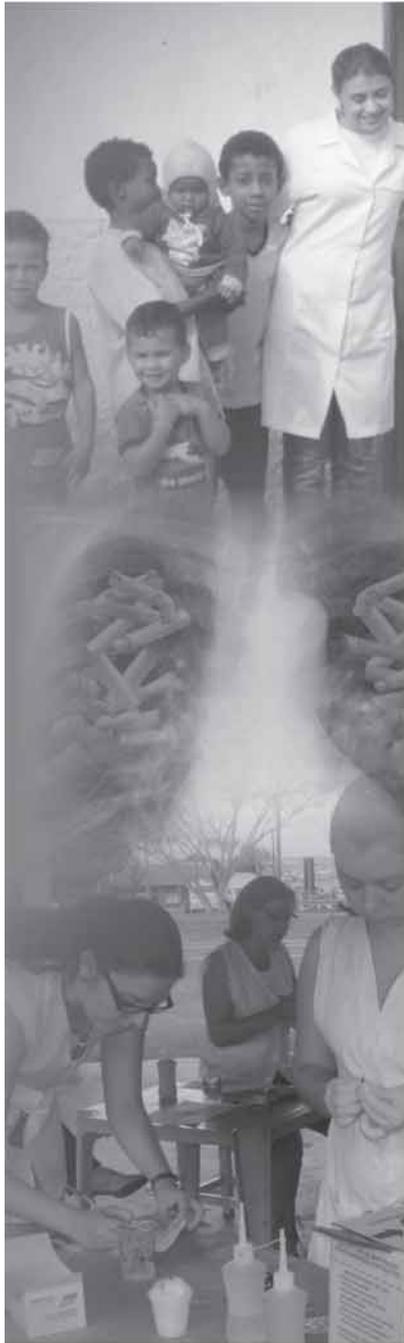
La Revista de Enfermería CuidArte pasó a integrar BDEF - Base de datos de Enfermería, que se compone de las referencias bibliográficas de la literatura científica y técnica en enfermería brasileña. Esta base de datos fue desarrollada por la Biblioteca J. Baeta Vianna, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), patrocinado por el Programa de Desarrollo de la Escuela de Enfermería / UFMG y el acuerdo alcanzado con el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud - BIREME. Tiene su operación, mantenimiento y actualización coordinado por la Escuela de Enfermería de la UFMG y la Cooperativa de Centros de la Red de Biblioteca Virtual en Salud (BVS) ENFERMERÍA. Su composición está dada por los artículos de revistas zona más prestigiosa de Enfermería y documentos como tesis, libros, capítulos de libros, actas de congresos o conferencias, informes técnicos y publicaciones científicas y governmentais^{5,6}.

Para difundir el conocimiento científico de la profesión, teniendo en cuenta el actual escenario global, esta revista se convierte en un instrumento pertinente, jugando su papel en la dinámica de formación, capacitación, construcción y reconstrucción de los conocimientos de enfermería, con la esperanza de formar un profesional envuelto en valores ético, político, cultural y espiritual.

Es pertinente la estrategia de marketing es nuestra enfermeras y el uso de enfermería de la creatividad, integridad, calidad e innovación de la producción científica de la enfermería y felicitaciones a la contribución Revista de Enfermería Cuidarte importante para esta tarea.

Referências

1. Moura GMSSM. Enfermagem e Marketing: uma introdução ao tema. Rev Gaúcha Enfermagem. 2003; 24(2):147-59.
2. Gentil RC. O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história explica por quê? Rev Bras Enferm. 2009; 62(6):916-8.
3. Martins JC. Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem. 2008; 12 (2):62-6.
4. Martini JG. O papel social da pesquisa em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2009; 62(3):340-2.
5. Marziale MHP, Mendes IAC. Dez anos contribuindo para a memória da ciência: Revista Latino-americana de Enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2003, 11(2):143-5.
6. BVS. Literatura Científica e Técnica: Biblioteca Virtual em Saúde – Enfermagem [página da Internet] 2009 [acesso 2009 Set 09]. Disponível em: <http://enfermagem.bvs.br>.



Artigos Originais

DOCENTES EM ENFERMAGEM E A SÍNDROME DE BURNOUT: EDUCANDO PARA A SAÚDE

TEACHERS IN NURSING AND BURNOUT SYNDROME: EDUCATING FOR HEALTH

DOCENTES DE ENFERMERÍA Y EL SÍNDROME DE ESTRÉS: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Sabrina Corral-Mulato*, Sonia Maria Villela Bueno**

Resumo

Sabendo das intensas demandas sofridas pelos profissionais da saúde, diante da mudança de paradigmas do ensino e das suas práticas, este estudo propôs identificar qual o conhecimento de um grupo de docentes de enfermagem de nível superior sobre a Síndrome de Burnout, seus sinais e sintomas e se ela pode ser aplicada na profissão. Em um segundo momento, objetivou-se orientá-los com relação à leitura de textos sobre o tema proposto. Foi realizado, inicialmente, um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, mediatizado pela pesquisa-ação, tendo como sujeitos 13 professores de uma instituição de ensino superior do interior paulista. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas. A análise do material foi feita com base na identificação dos eixos temáticos e por categorização. Posteriormente, foi apresentado aos sujeitos participantes um texto informativo sobre o tema proposto, com algumas questões para avaliar o conhecimento sobre a Síndrome. A maioria dos participantes era composta de mulheres, casadas, com filhos, idade acima de 41 anos, que cumprem carga horária de trabalho de 40 horas semanais. Apesar da maioria afirmar conhecer a síndrome e saber que ela se aplica à profissão, as diversas manifestações desta doença ainda são desconhecidas. Para tanto, propomos maiores informações sobre a síndrome, tendo em vista sua identificação precoce, já que se trata de uma doença de detecção difícil, e quando diagnosticada de forma tardia, pode causar sérias complicações na saúde do profissional.

Palavras-chave: Docente de enfermagem. Esgotamento profissional. Enfermagem. Ensino superior. Educação em enfermagem.

Abstract

Due the intense demands faced by the professional in health education in the face of changing paradigms of education and health practices, we propose investigate with the nursing teachers at a school-level, what is the knowledge that they have on the burnout syndrome, its signs and symptoms and its application within the profession in question. In a second step, we aimed to guide them in relation to reading texts on the theme. This was a descriptive exploratory study of qualitative approach, with 13 teachers as subjects, for data collection questionnaire was used (identification and theme), while the material was analyzed by identifying themes and categorization. It was subsequently presented to the subjects Participants a informational text on the proposed topic, with some questions to assess knowledge about the syndrome. Most participants were women, married, with children, age older than 41 years, which meet workload of 40 hours per week. While most knows the syndrome and knows that it applies to the profession, the various manifestations of this disease are still unknown to many. We propose further search on the subject, aiming to identify it early, because it is a difficult disease to detect, and when diagnosed late, can cause serious health complications in the professional.

Keywords: Nursing faculty. Burnout professional. Nursing. Higher education. Education nursing.

Resumen

Con las intensas demandas sufridas por los profesionales de la educación en salud, delante del cambio de paradigmas de la enseñanza y de las prácticas de salud, proponemos levantar con los docentes de enfermería de una escuela de nivel superior el conocimiento que ellos tienen sobre el Síndrome de Burnout, sus señales y síntomas en su vida personal y profesional. En una segunda fase, con el fin de orientarlos en relación con la lectura de textos sobre el tema. Fue realizado un estudio descriptivo exploratorio de abordaje cualitativo, con 13 profesores; para la colecta de datos fue utilizado un cuestionario; el análisis del material fue hecho por identificación de los ejes temáticos y categorización. Se presentó posteriormente a los sujetos participantes en un texto informativo sobre el tema propuesto, con algunas preguntas para evaluar el conocimiento sobre este síndrome. La mayoría de los participantes eran mujeres, casadas, con niños, los mayores de 41 años, que responden a la carga de trabajo de 40 horas a la semana. A pesar de la mayoría responder conocer el síndrome y saber que ella se aplica a la profesión, las diversas manifestaciones son aún desconocidas para muchos. Proponemos mayores informaciones sobre el tema, objetivando a identificarla precozmente, visto que es una enfermedad de detección difícil, y cuando se diagnostica tan tarde, puede causar serias complicaciones en la salud en los profesionales.

Palabras clave: Docente de enfermería. Agotamiento profesional. Enfermería. Enseñanza superior. Educación en enfermería.

* Mestre em Enfermagem e Doutoranda em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; subvenção: CNPq. Contato: sbcorral@yahoo.com.br

** Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Contato: smvbueno@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

Os tempos mudaram e o trabalho escolar/acadêmico também. O processo ensino-aprendizagem não é mais como tempos atrás. A escola pós-moderna passou por profundas transformações. O professor, como consequência, viu-se impulsionado a efetuar mudanças, passando a ser um coordenador e, portanto, um facilitador do processo educativo¹.

As responsabilidades e as exigências projetadas sobre os educadores vêm aumentando, concomitantemente a essa rápida transformação do contexto social e do papel que eles exercem. O paradigma tradicional de educação vem sendo substituído pelo paradigma voltado para a educação mais aberta, dialógica, horizontalizada e humanizada^{2,3}.

Não se trata somente da necessidade urgente de mudar, mas também de transformar em direção a uma postura mais democrática, crítico-reflexiva, ética e solidária^{3,4}.

Esta realidade pressupõe um imenso desafio pessoal e coletivo em relação aos educadores que se propõem a responder às novas expectativas do novo paradigma da educação, tendo em vista uma concepção educacional progressista e crítico-social³.

Todavia, o professor resistente às mudanças pedagógicas tem maior possibilidade de ser questionado e de desenvolver sentimentos de mal-estar¹.

Tendo em vista estes pressupostos, Maslach e Leiter constataram que o desgaste físico e emocional do trabalhador está aumentando e afirmam que o excesso de trabalho talvez seja a resposta mais óbvia de desarmonia entre o indivíduo e seu emprego⁵.

Nas profissões em que a atividade é despender cuidados ou ensinar, observa-se a instalação de uma intolerância ao contato com os sujeitos que deveriam ser alvo de dedicação profissional. É como se o trabalhador tivesse sido atingido por um estado de saturação emocional pelo qual não é mais possível suportar o encontro com a necessidade de outra pessoa. A partir deste momento, é o próprio profissional quem está num estado que, muitas vezes, necessita cuidado⁶.

Além disso, a exposição aos riscos de caráter psicossocial é uma das principais causas de acidentes, enfermidades e absenteísmo nos profissionais,

principalmente os que se incluem nas profissões de ajuda ao próximo. Nesse contexto, a Síndrome de Burnout é uma resposta ao estresse laboral crônico, muito frequente nesses profissionais e uma das principais patologias de origem psicossocial que os afetam, pois ocasiona uma importante taxa de absenteísmo e de abandono da profissão. É também uma das principais causas da deterioração na qualidade dos cuidados que estes grupos oferecem⁷.

No entanto, tanto na natureza do trabalho docente, quanto no contexto do exercício de suas funções, existem elementos estressores que, se persistirem por longos períodos, podem levar ao desenvolvimento da Síndrome de Burnout⁸.

Freudenberg, em seu artigo intitulado "*Staff burn-out*", no ano de 1969, utilizou o termo *burnout* pela primeira vez, no sentido que é usado atualmente, com a intenção de alertar a comunidade científica para os problemas a que os profissionais da saúde estão expostos, em função do trabalho. Esta expressão surgiu como uma metáfora para o sentimento de profissionais que trabalhavam diretamente com pacientes dependentes de substâncias químicas⁹.

A Síndrome de Burnout é uma doença gerada pela quebra de harmonia entre as esferas somática, intelectual e emocional, podendo culminar em consequências graves no âmbito pessoal, familiar e profissional. Além disso, tem início insidioso, traiçoeiro, lento, progressivo, dificilmente detectado nesta fase, podendo causar sensação de mal-estar indefinido, físico ou mental, resultante de excesso de trabalho¹⁰.

Desta forma, a Síndrome de Burnout se caracteriza como um importante fator de risco para problemas de saúde mental, podendo provocar um impacto significativo na vida familiar e no trabalho do indivíduo afetado, sendo uma reação cumulativa a estressores ocupacionais contínuos¹¹.

Existem vários fatores que, quando ocorrem simultaneamente, podem levar à Síndrome de Burnout, podendo ser tanto do próprio indivíduo, quanto do ambiente e da constituição genética. Além disso, outros fatores podem contribuir para uma maior incidência, como o alto contingente de elementos imponderáveis do trabalho, uma relativa identificação, bem como os laços

afetivos que, muitas vezes, se estabelecem entre o profissional e seu cliente⁶.

Um das características desta síndrome é a perda do sentido da relação com o trabalho, de modo que tudo o que o indivíduo realiza parece inútil¹².

Os primeiros sinais do sofrimento mental são: a perda de energia e o cansaço contínuo, exaustão, desinteresse e apatia, entre outros¹³.

Os principais sintomas apresentados são¹⁰:

- **Físicos** (fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono e dores musculares, crises de sudorese e cefaléia do tipo tensional ou enxaqueca, opressão precordial ou palpitações, perturbações gastrointestinais e diminuição da imunidade);

- **Psíquicos** (diminuição da memória evocativa e de fixação, dificuldade de concentração, diminuição da capacidade de tomar decisões, manifestações paranoides, sentir-se injustiçado, incompreendido, fixação de ideias e obsessão por determinados problemas, ideação fantasiosa, lentificação do pensamento e dificuldade de aprender fatos novos, diminuição da espontaneidade e criatividade em geral);

- **Emocionais** (desânimo, perda do entusiasmo e da alegria, ansiedade e depressão, impaciência, irritação, pessimismo, auto-depreciação e culpa);

- **Comportamentais** (tendência ao isolamento, menor flexibilidade nos relacionamentos, dificuldade na aceitação de novas situações, perda de interesse pelo trabalho e lazer, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas tranquilizantes, além de forte tendência para o absentismo).

As intervenções e os programas preventivos procuram destacar três níveis:

- centrados na resposta do indivíduo (ensinar ao trabalhador estratégias de enfrentamento adaptativas diante de situações estressantes);

- centrados no contexto ocupacional (há necessidade de mudar a situação em que se desenvolvem as atividades, principalmente na organização);

- centrados na interação do contexto ocupacional e do indivíduo (combinam os dois níveis anteriores, entendendo o burnout como consequência da relação do sujeito e o meio laboral)¹⁴.

Em relação às ações direcionadas ao professor, é importante trabalhar no sentido de alertá-lo, por meio de palestras e oficinas, leitura de textos sobre os possíveis fatores de estresse relacionados ao trabalho e a possibilidade de desenvolvimento desse tipo de estresse ocupacional de caráter crônico. Além disso, a formação de grupos de discussão para trabalhar as crenças que o profissional tem sobre sua prática, auxiliando no desenvolvimento de concepções mais realísticas e adequadas à profissão. Tendo em vista que o mesmo só é percebido como transtorno em sua fase final, quando sintomas psicossomáticos já se encontram consolidados¹.

OBJETIVOS

Identificar o conhecimento que os docentes de enfermagem têm da Síndrome de Burnout, seus sinais e sintomas e a sua aplicação na área de atuação. Desenvolver uma ação no sentido de orientá-los a este respeito.

METODOLOGIA

A presente investigação teve caráter descritivo, exploratório, utilizando-se de uma abordagem qualitativa. Foi mediatizada pela metodologia da pesquisa-ação¹⁵ diagnóstica, segundo referenciais teóricos e metodológicos de Freire¹⁶, adaptado por Bueno¹⁷.

Esta metodologia foi escolhida por levar em consideração o levantamento de problemas e, posteriormente, propor ações/intervenções educativas em conjunto (pesquisadores-pesquisandos). Ela possibilita melhor compreensão e interpretação dos dados, favorecendo a análise de eixos temáticos, com o intuito também, de elaboração e complementação de um programa educativo, objetivando a conscientização dos sujeitos e a proposta educativa para a mudança e a transformação^{16,17}.

O estudo foi desenvolvido com docentes de um curso superior de enfermagem de uma universidade pública do interior paulista. A amostra foi de 13 docentes, enfermeiros ou não, que aceitaram participar da pesquisa. Foram atendidos os preceitos éticos, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP - USP (CEP), sob protocolo nº 0834/2007, segundo as normas da Resolução CNS 196/96, e sob assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para tanto, a pesquisa foi desenvolvida em duas etapas:

1ª. Etapa: coleta de dados com a utilização de um questionário, contendo questões abertas e fechadas. Esta técnica foi escolhida por possibilitar investigações mais profundas e precisas¹⁸. O instrumento utilizado contou com questões de identificação pessoal e sobre o conhecimento dos sinais e sintomas da Síndrome de Burnout.

2ª. Etapa: após a análise das respostas obtidas, foi proposta aos participantes da pesquisa a leitura de um texto explicativo sobre a Síndrome de Burnout, elaborado pelos pesquisadores. Juntamente, foi entregue um questionário de avaliação deste momento, contendo questões sobre o texto apresentado. Nesta etapa, dos 13 questionários entregues, foram devolvidos 5 respondidos.

A coleta de dados da primeira etapa foi realizada durante o mês de novembro de 2007, e da segunda etapa durante o mês de junho de 2008. As duas etapas foram realizadas por meio de correspondência entregue na casela do professor, alocado em seu departamento, na unidade pesquisada.

Para tanto, foi deixado em um envelope fechado, um Questionário e o TCLE. O material foi deixado por uma semana para ser respondido e, após este período, foi recolhido do mesmo lugar onde foi deixado. Na segunda etapa, o procedimento foi o mesmo e o envelope entregue nas caselas continha o texto informativo sobre a Síndrome de Burnout e as questões.

Para as questões sobre os indicadores da Síndrome de Burnout, foi utilizado o referencial de França¹⁰, que apresenta os sinais e sintomas mais comuns da síndrome.

Para a análise dos resultados, foi utilizado o levantamento do universo temático^{16,17} e a categorização das respostas, visando à descrição e interpretação da situação dos participantes da pesquisa, identificando suas necessidades, conhecimentos prévios e habilidades. A organização desta análise seguiu as seguintes fases: Levantamento dos temas geradores; Organização do material da coleta de dados; Seleção e codificação de palavras e frases registradas/emitidas; Síntese de palavras e frases selecionadas; Ordem dos temas geradores: os

temas geradores são organizados pedagogicamente, em sequência lógica, para posterior planejamento e execução das atividades educativas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados sócio-demográficos, os participantes deste estudo formam um grupo composto por 13 profissionais docentes em enfermagem, sendo 11 (85%) mulheres, 12 (92%) com idade acima de 41 anos, 11 (85%) casados, 9 (69%) de religião católica.

Do total de participantes, 12 (92%), possuem de 2 a 4 filhos, 8 (67%) deles têm filhos dependentes financeiramente dos pais e 8 (67%) têm filhos que estudam em escolas particulares.

Quanto à carga horária desenvolvida, todos os pesquisados trabalham 40 horas semanais. Todavia, relatam trabalhar além disso, o que pode levar ao estresse e à fadiga no cotidiano do serviço.

Os participantes têm o título de doutor, sendo que 7 (54%) possuem também pós-graduação *lato sensu*; 4 (31%) têm o cargo de livre-docência e 3 (23%) possuem o cargo de titular.

Quanto à atuação docente dentro da universidade, foi identificado que todos trabalham, pelo menos, nos níveis de graduação e no mestrado, com aulas, orientações, extensão e funções administrativas. Com relação à área do ensino em que atuam, desenvolvem a temática Educação para a Saúde, em diversas áreas da Enfermagem.

Quando perguntado aos docentes sobre o conhecimento da Síndrome de Burnout, a grande maioria afirmou conhecê-la, 11 (85%); 1 respondeu não conhecê-la e 1 não respondeu à questão. Este resultado apesar de não ser o ideal, diferencia-se, substancialmente, do estudo realizado com professores de nível médio, pois estes não possuíam qualquer conhecimento sobre a patologia em questão¹⁹.

No entanto, na questão em que foram apresentados os sinais e sintomas mais comuns da síndrome¹⁰, 5 (38%) participantes assinalaram a maioria ou todos os sintomas; 4 (31%) participantes assinalaram alguns sintomas, em média, a metade deles. E ainda, 4 (31%) deles não assinalaram nenhum ou apenas um sintoma como sendo manifestação do Burnout.

Nesta questão pôde-se perceber que boa parte dos participantes não conhece todas ou a maioria das possíveis manifestações da Síndrome de Burnout, carecendo de mais informações para a detecção do problema. Foi observado também que alguns deles não conhecem o mínimo das várias dimensões da síndrome em questão.

Apesar de a legislação ter regulamentado a Síndrome de Burnout na Previdência Social, esta ainda é desconhecida pela maior parte dos profissionais. Mesmo aqueles que deveriam conhecer o suficiente para atuar na prevenção, diagnóstico e encaminhamento do paciente acometido, que muitas vezes é tratado com depressão ou estresse, devido ao despreparo do profissional que o atende. Além disso, a verdadeira causa do problema, frequentemente, não é abordada, pois os tratamentos são direcionados apenas para o paciente e não para o ambiente de trabalho, que corresponde à verdadeira causa da síndrome²⁰.

Nesse contexto, o conhecimento e a prevenção do sofrimento mental caminham juntamente com outras transformações mais profundas da sociedade⁶.

Com relação à falta de conhecimento e dificuldade na identificação da síndrome, está a pequena produção nacional sobre este tema, quando comparada à internacional. Soma-se a isso, o fato de que a primeira publicação de um livro em português sobre o tema ocorreu somente em 1999, com a tradução da obra de Maslach e Leiter²¹.

Quando perguntados se a Síndrome de Burnout se aplica à sua área de atuação, a maior parte dos profissionais pesquisados, 9 (69%), responderam positivamente, e alguns comentaram, inclusive, a ligação dessa com o estresse, com o excesso de trabalho e diretamente à profissão docente. No entanto, 3 (23%) docentes não responderam e um deles referiu não saber.

O trabalho docente é estressante e cansativo. (P6); Acho que todos estes sintomas. É ligado ao estresse profissional e sua característica pela carga emocional. A área da saúde é fortemente atingida. (P8); Acredito que sim. (P12); Parece que se dá muito em professores. (P13).

Após a coleta, análise de dados e discussão dos resultados, foi elaborado um texto informativo sobre a síndrome com algumas questões norteadoras, que foi

novamente entregue aos 13 docentes pesquisados. Desses, foram obtidas cinco respostas.

Quando questionados sobre a relação entre o texto e os próprios docentes, 3 (60%) deles responderam que sim, existe essa relação:

...Sim, às vezes o trabalho acumula-se pelo excesso de atividades. Tenho "rejeitado" (mas dou) aulas para graduação, porque sei que vão tomar muito tempo, e eu gosto de dar aulas (P5); ...Sim, principalmente relendo os sintomas físicos descritos (P6); ...De certa forma alguns aspectos se relacionam, mas acho muito difícil alguém, nos dias de hoje, ficar isento disso. Esses aspectos certamente acometem grande parte dos trabalhadores em geral, acredito (P8).

Todavia, um dos sujeitos respondeu que não havia relação entre o texto apresentado e ele próprio (P7).

Quando questionados sobre a sua opinião em relação ao texto, a Síndrome de Burnout, o estresse, a instituição, o professor e ele próprio, alguns referiram apresentar alguns dos sintomas devido ao excesso de demanda que a universidade exige. Porém, salientaram o fato de que essas pressões estão presentes em praticamente todas as profissões na atualidade:

...Estou sempre com a sensação de que "não sou capaz" de dar conta, pois as cobranças são cada vez maiores e mais frequentes (P5); ...Acho que estou apresentando muitos dos sintomas físicos (dor muscular, fadiga, cefaléia), psíquicos (perda de memória, sentimento de injustiça) e emocionais (desânimo). A instituição é altamente competitiva, os relacionamentos difíceis. Ser professor no relacionamento com o aluno é ótimo; o problema maior é a competição entre os pares (P6); ...Acho que alguns aspectos se relacionam, mas acho difícil uma profissão que não tenha (P8).

Nesse sentido, atualmente, há profissões de risco e alto risco, sendo poucas as não susceptíveis à ocorrência da síndrome²⁰.

O conhecimento incipiente dos profissionais da saúde, também dificulta seu diagnóstico e a possibilidade de intervenção precoce²¹.

O Burnout pode ser prevenido. Informações sobre causas, consequências e formas de prevenção/intervenção é o primeiro recurso. Possibilitam ao profissional estar em alerta sobre o problema e a buscar ajuda quando necessário. A informação se torna importante principalmente nos casos em que muitas pessoas, sem este conhecimento, podem culpar-se pela

situação em que se encontram, podendo, assim, ocorrer o agravamento do problema²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível identificar que o conhecimento que os docentes de enfermagem têm da Síndrome de Burnout é relativamente adequado para a profissão, apesar de não ser o ideal. Todavia, o conhecimento de suas manifestações e do seu impacto sobre os profissionais, ainda é insuficiente, tendo em vista a grande importância dos profissionais de enfermagem no auxílio à detecção do problema, seja em campo de trabalho ou com relação a si e aos seus colegas de profissão.

Diante da importância que esta síndrome de estresse crônico apresenta no ambiente laboral, é preciso reforçar a informação, por meio de palestras, oficinas, cartilhas, discussões em grupo, entre outros meios, de modo que os docentes possam detectar a Síndrome de Burnout ou até mesmo iniciar uma intervenção, antes que o mal-estar se sobreponha ao seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Além disso, a proposta da leitura do texto como ação educativa foi avaliada positivamente pelos participantes da pesquisa, direcionando o trabalho de prevenção para a conscientização e o conhecimento da síndrome, como um importante aliado neste processo.

REFERÊNCIAS

1. Carlotto MS. Burnout e trabalho docente: considerações sobre a intervenção. *Rev Eletrônica InterAção Psy*. 2003; 1(1):12-8. [acesso em 2008 abr. 25]. Disponível em: <http://www.dpi.uem.br/Interacao/Numero%201/PDF/Completo.pdf>
2. Esteve JM. O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores. Cavicchia DC, tradutor. Bauru: EDUSC; 1999.
3. Bueno SMV; Mokwa VMNF. Educação para a saúde. Ribeirão Preto: FIERP; 2008.
4. Carlotto MS. Síndrome de Burnout e o trabalho docente. *Rev Psicol Estudos*. 2002; 7(1):21-9.
5. Maslach C, Leiter MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o stress na empresa. Martins MS, translator. Campinas: Papyrus; 1999.
6. Selligmann-Silva E. Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. In: Mendes R, organizador. *Patologia do trabalho*. 2ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 287-310.
7. Gil-Monte PR. Cuidando de quem cuida. *Psicol Estud*. 2004; 9(1):137-8 [acesso em 2009 maio 4]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100017&lng=en&nrm=iso
8. Carlotto MS, Palazzo LS. Factors associated with Burnout's syndrome: an epidemiological study of teachers. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(5):1017-26. [acesso 2007 set 01]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500014&lng=es&nrm=iso
9. Codo W, Vasques-Menezes I. O que é Burnout? In: Codo W, coordenador. Educação: carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes; 1999. p. 238-54.
10. França HH. A Síndrome do Burnout. *Rev Bras Med*. 1987; 44(8):25-7.
11. Páfaró RC, Martino MMFD. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica. *Rev Esc Enferm USP*. 2004; 38(2):152-60.
12. Matos LAL. Stress na academia: um estudo com professores de Rondônia. [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2000.
13. Lipp MEN, organizador. Pesquisa sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papyrus; 1996.
14. Garrosa-Hernandes E; Benevides-Pereira AMT; Moreno-Jiménez B; Gonzáles JL. Prevenção e intervenção na Síndrome de Burnout: como prevenir (ou remediar) o processo de burnout. In: Benevides-Pereira AMT, organizadora. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p. 227-71.
15. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 16ª. ed. São Paulo: Cortez; 2009.
16. Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.
17. Bueno SMV. Tratado de educação preventiva em sexualidade, DST-Aids e drogas nas escolas. Ribeirão Preto: FIERP; 2009.
18. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. São Paulo: Atlas; 2009.
19. Carneiro MCBGC. A saúde do trabalhador professor [dissertação]. São Carlos: Centro de Ciência Humanas/UFSCar; 2001.
20. Benevides-Pereira AMT. O estado da arte do Burnout no Brasil. *Rev Eletrônica InterAção Psy*. 2003; 1(1):4-11.
21. Carlotto MS; Câmara SG. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. 2008; 39(2):152-58.
22. Benevides-Pereira AMT. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira AMT, organizadora. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p. 21-91.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES HIPERTENSAS: ESTUDO REALIZADO EM AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

SOCIAL REPRESENTATIONS OF PREGNANCY IN HYPERTENSIVE CLINIC OF PRENATAL HIGH RISK

REPRESENTACIONES SOCIALES HIPERTENSOS MUJERES EMBARAZADAS: ESTUDIO CELEBRADA EN LA CLÍNICA DE PRENATAL DE ALTO RIESGO

Luciana Gonçalves da Cruz*, Pamela Zagatto*, Stefani Cristina Innocente Duarte*, Denise Gonzalez Stellutti de Faria**

Resumo

Distúrbios hipertensivos constituem uma das complicações médicas de maior relevância durante o período gravídico-puerperal, por apresentarem alto risco de morbidade e mortalidade para o binômio mãe-filho, ocorrendo entre 10 a 20% das gestações. Diante dessas considerações, vários fatores fazem com que o estudo da hipertensão arterial na gestação seja de extrema importância. O objetivo geral deste estudo foi identificar as representações sociais de mulheres grávidas com hipertensão arterial em um ambulatório de pré-natal de alto risco no noroeste paulista. Os objetivos específicos foram: descrever o perfil sócio demográfico e obstétrico das gestantes; verificar o conhecimento das gestantes sobre a hipertensão arterial e como se sentiam ao vivenciarem a patologia. Mediante a análise dos dados, conclui-se que havia conhecimento por parte das gestantes sobre a hipertensão, predominantemente de *senso comum*, por se tratar de conhecimentos assimilados através do convívio com familiares e na comunidade onde habitavam e interagiam socialmente, e repassados de geração a geração. Contudo, foi notório o interesse e expressada a necessidade de adquirirem conhecimentos científicos acerca do tema e de outras questões relacionadas ao período gravídico-puerperal, especialmente sobre hipertensão arterial na gestação.

Palavras-chave: Gestação de alto risco. Hipertensão. Eclampsia.

Abstract

Hypertensive disorders are one of the most relevant medical complications during pregnancy and childbirth due to its high risk of morbidity and mortality for both mother and child, occurring between 10 and 20% of pregnancies. Given these considerations, several factors make the study of hypertension in pregnancy is extremely important. The aim of this study was to identify the social representations of pregnant women with hypertension in an outpatient prenatal high risk in the northwest region. The specific objectives were to describe the sociodemographic and obstetric profile of pregnant women to verify their knowledge of hypertension and about how they felt when they experience the disease. Through data analysis, concluded that there was knowledge by pregnant women on hypertension, mainly common sense, because it is knowledge assimilated by living with family and community where they lived and interacted socially, and passed from generation to generation. However, it was obvious interest and expressed the need to acquire scientific knowledge on the subject and other issues related to pregnancy-puerperal period, especially on hypertension in pregnancy.

Keywords: High risk pregnancy. Hypertension. Eclampsia.

Resumen

Los trastornos hipertensivos son una de las complicaciones médicas más relevantes durante el embarazo y el parto debido a su alto riesgo de morbilidad y mortalidad tanto para la madre y el niño, que se producen entre el 10 y el 20% de los embarazos. Teniendo en cuenta estas consideraciones, hay varios factores que el estudio de la hipertensión en el embarazo es muy importante. El objetivo de este estudio fue identificar las representaciones sociales de las mujeres embarazadas con hipertensión arterial en un paciente externo de alto riesgo prenatal en la región noroeste. Los objetivos específicos fueron describir el perfil sociodemográfico y obstétrico de las mujeres embarazadas para comprobar su conocimiento de la hipertensión y sobre cómo se sintieron cuando la experiencia de la enfermedad. A través de análisis de datos, concluyó que no era de conocimiento de las mujeres embarazadas sobre la hipertensión, sobre todo el sentido común, porque es un conocimiento asimilado por vivir con la familia y la comunidad en que vivían y interactuaron socialmente, y se pasa de generación en generación. Sin embargo, era evidente interés y expresó la necesidad de adquirir conocimientos científicos sobre el tema y las cuestiones relacionadas con el embarazo, período puerperal, especialmente sobre la hipertensión en el embarazo.

Palabras clave: Embarazo del alto Riego. Hipertensión. Eclampsia.

*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

INTRODUÇÃO

Os distúrbios hipertensivos são complicações médicas de expressiva relevância durante o período gravídico-puerperal, ocorrendo em 10 a 20% das gestações. Nos países em desenvolvimento, como no Brasil, a hipertensão arterial é a causa de morte materna mais frequente¹.

O termo hipertensão arterial (HA) induzida pela gestação refere-se ao aumento da pressão arterial (PA) manifestada apenas no período da gravidez². Apesar da sua importância em saúde pública, a etiologia da HA manifestada na gestação e que envolve a pré-eclampsia e a hipertensão gestacional, permanece ainda pouco conhecida. A combinação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais; dentre estes a nutrição humana, determina um defeito na invasão trofoblástica das arteríolas espiraladas. Defeito que pode causar redução na pressão de perfusão uteroplacentária, com consequente isquemia/hipóxia da placenta no decorrer da gestação³.

Existem várias classificações descritas para os distúrbios hipertensivos na gravidez⁴. Uma delas se refere à classificação do Grupo de Trabalho em Hipertensão do Programa Nacional de Educação em Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde dos Estados Unidos (NHBPEP) desenvolvida em 2000. Dentre os distúrbios hipertensivos característicos na gestação, foram classificados: pré-eclampsia (PE), hipertensão crônica, hipertensão crônica com PE sobreposta e hipertensão gestacional^{4,5}.

Pré-eclampsia

A pré-eclampsia na gravidez (DHEG) é doença hipertensiva específica, possível de ocorrer, especialmente em primigestas e em mulheres que se encontram vivendo extremos de idade para a maternidade. A expressão toxemia gravídica, embora inadequada, ainda hoje tem sido utilizada como sinônimo de PE. Em geral, a PE manifesta-se após a vigésima semana de gestação, exceto quando estiver presente o quadro mola hidatiforme, diagnosticada quando a gestante apresenta HA e proteinúria significativa. Conforme recomendações do NHBPEP⁵, na ausência de proteinúria, a doença, ainda assim será altamente suspeita, caso haja persistência de cefaleia, visão turva, dor abdominal ou alterações

laboratoriais como: plaquetopenia, ácido úrico, cujo resultado seja inferior a 6 mg/dL ou alteração das enzimas hepáticas. Nesses casos, as mulheres devem ser manejadas e tratadas como possuidoras de PE, especialmente se estiverem apresentando plaquetopenia.

A PE tem como principais fatores de risco para o seu desenvolvimento a primigestação, a hipertensão crônica, o diabetes melito, a colagenase, pertencer a raça negra, além da obesidade e as trombofilias⁴.

Eclampsia

A doença se caracteriza como um quadro patológico onde está presente a ocorrência de convulsões motoras generalizadas (tipo grande mal), em gestantes com PE. Porém, as convulsões não são devidas à doença neurológica coincidente e podem ocorrer nas pessoas com pré-eclampsia leve (PEL), durante o parto, cuja ocorrência é de até um terço dos casos, ocorrendo geralmente até 48 horas após o nascimento do bebê. A HA percebida antes da vigésima semana de gravidez ou que persista doze semanas após o nascimento é classificada como hipertensão arterial sistêmica (HAS) crônica, não-específica da gestação; essas pacientes em geral têm HAS essencial. O risco para o desenvolvimento de PE sobreposta é estimado em 25%⁶.

Pré-eclampsia sobreposta à hipertensão crônica

A PE sobreposta à hipertensão crônica é definida pelo agravamento dos níveis pressóricos, surgimento ou agravamento da proteinúria, trombocitopenia, ou alterações nas enzimas hepáticas⁴.

Hipertensão gestacional e a fisiopatologia

A hipertensão gestacional é definida pelo aumento da PA, presente após a vigésima semana de gestação, mais frequentemente próxima à época do parto ou no puerpério imediato, porém, sem proteinúria significativa. Em geral os níveis pressóricos são leves e não interferem no desempenho gestacional. A PA normaliza-se em até doze semanas de puerpério, mas pode surgir em gestações subsequentes. As pacientes que permanecem hipertensas após esse período são classificadas como portadoras de hipertensão crônica e as demais

portadoras de hipertensão transitória. Entretanto, acredita-se que estas últimas estejam propensas a desenvolver HAS essencial futuramente⁴.

A PE é entendida como um evento que envolve fatores que se sobrepõe à hipertensão, pois se caracteriza como uma síndrome, cujas alterações acometem múltiplos sistemas e órgãos, podendo ocorrer mesmo na presença de quadro de hipertensão leve. A PE é uma síndrome de causa(s) desconhecida(s) com manifestações maternas e também fetais. A doença materna caracteriza-se por vaso espasmo, ativação endotelial e do sistema de coagulação, com alterações no sistema de controle da PA e no volume intravascular⁵.

Prognóstico nas doenças hipertensivas - materno imediato

Na vigência de DHEG, deve-se considerar o prognóstico materno e perinatal, imediato e tardio, nas suas duas principais manifestações: DHEG e hipertensão crônica⁷.

Quanto ao prognóstico materno imediato, a morte materna imediata na DHEG ocorre, principalmente, na vigência de eclampsia, onde são mais frequentes as complicações decorrentes da hemorragia cerebral e insuficiência respiratória e do edema agudo pulmonar. Entre os elementos que denunciam maior gravidade na eclampsia, citam-se: recorrência de crises convulsivas, a despeito da terapêutica, proteinúria acentuada, oligúria, hipertermia, icterícia, coma carótico e insuficiência respiratória⁷.

Óbitos maternos imediatos na PE leve são excepcionais e, quando ocorrem, relacionam-se com o seu desfecho em convulsão. Na PE sobreposta e na Hipertensão crônica grave, os óbitos maternos são menos frequentes e relacionados a crises hipertensivas agudas, síndrome HELLP - uma complicação obstétrica com risco de morte, considerada por muitos uma variação da pré-eclâmpsia, e com descolamento prematuro da placenta (DPP) e suas complicações. Pode haver restrição do crescimento uterino (RCIU) também denominado crescimento intrauterino retardado, conforme descrito na Tabela 1⁷.

Tabela 1 – Eclampsia x Paridade x Complicações em gestantes

Complicações	Multiparas (%)	Primíparas (%)
HELLP síndrome	17,2	8,9
RCIU	17,2	2,5
Insuficiência renal	13,8	2,5
Hemorragia pós-parto	17,2	13,4
Edema pulmonar	13,8	3,2

Sobre o prognóstico materno tardio, em 1976⁸ houve uma controvertida questão relacionada à eventual sequela hipertensiva quando a duração da DHEG supera três a quatro semanas. Estudiosos compararam⁹ após dez anos, os níveis tensionais de 406 primigestas que desenvolveram DHEG e 409 gestantes cuja evolução foi normal e verificaram a presença de 15% de mulheres hipertensas no primeiro grupo e, apenas 6% entre as últimas.

Entretanto, estudos complementares devem ser desenvolvidos buscando complementar dados, pois no estudo acima referido, foi possível admitir que o diagnóstico de processos hipertensivos subclínicos prévios tenham sido desprezados entre as gestantes que desenvolveram PE⁷. Quanto ao prognóstico perinatal ficou evidenciada a sobreposição dos fatores relativos à eclampsia e a DHEG nos índices de mortalidade perinatal imediata.

O prognóstico perinatal mediato, ou seja, não tardio da DHEG relaciona-se, particularmente, à incidência de prematuridade extrema entre os recém-nascidos de partos espontâneos, ou de partos prematuros terapêuticos, indicando a presença da gravidade materna e/ou comprometimento fetal intra-útero insolúvel⁷.

Porém, no prognóstico tardio dos recém-nascidos não são referidas lesões orgânicas tardias em conceitos de mães que desenvolveram PE e/ou eclampsia⁷.

MATERIAL E MÉTODOS

Representações sociais são variáveis independentes, estímulos explanatórios. Reagimos a um estímulo à medida que, ao menos parcialmente, nós o objetivamos e o re-criamos, no momento de sua constituição. O senso comum está continuamente sendo criado e re-criado em nossas sociedades, especialmente onde o conhecimento científico e tecnológico está popularizado¹⁰.

O propósito deste estudo foi obter informações acerca da HA no período gestacional, principalmente

sobre as ocorrências dela decorrentes, identificando também as representações sociais das gestantes em relação a doença.

A origem do conhecimento, ou de como são formados os conceitos e as ideias na mente de cada ser humano, e a correspondência entre estes e a realidade, relaciona-se ao campo da investigação filosófica. No século XX, a sociologia do conhecimento refez as mesmas perguntas, embora em um tom diferente, pois a preocupação não era como o indivíduo conhecia, mas como o indivíduo agia dentro do grupo, e como o próprio grupo podia processar o conhecimento. Paralelamente, na psicologia buscou-se saber qual era o processo psíquico do conhecimento. Traçando caminhos, a psicologia social, baseada no conceito de representações sociais, buscou chegar a uma síntese e, conseqüentemente, a uma solução, pois o conceito de representações sociais clarificou muitos pontos que permaneciam ainda inexplicados. Desta forma, permite verificar como se formam os conhecimentos e, assim, possibilita ao homem programar melhor o processo de conhecimento¹⁰.

Moscovici¹⁰ foi o primeiro pesquisador a introduzir o conceito de representações sociais na psicologia social contemporânea, há quase quarenta anos. Desde então, a teoria tornou-se um dos enfoques predominantes nessa área, não só na Europa, mas também no mundo anglo-saxão.

O trabalho de Moscovici¹¹ difundiu-se amplamente na psicologia social, principalmente através de suas contribuições ao estudo das influências das minorias e da psicologia das massas. O estudo das representações sociais tornou-se, portanto, uma das vozes mais autorizadas e originais, utilizadas pela psicologia social na atualidade.

Entende-se por representações sociais, entidades quase tangíveis, que circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente, através de palavras, gestos ou reuniões que ocorrem no mundo cotidiano das pessoas, portanto, impregnam a maioria das relações estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, além da comunicação¹¹.

O referencial teórico foi selecionado para o estudo visando que o mesmo suscite discussões e reflexões acerca de aspectos assistenciais de enfermagem

no campo da saúde da mulher, permitindo que novas perspectivas e estratégias se abram para o atendimento à pessoa com HA na gestação. A finalidade é oferecer contributo para a promoção de ações /intervenções de enfermagem pertinentes e mais humanizadas, voltadas ao universo feminino durante o período gestacional. É importante identificar o grau de conhecimento e os sentimentos enfrentados pelas gestantes e também os que decorrem da hipertensão, pois mulheres melhor informadas poderão sentir-se mais seguras, entender e aderir melhor ao tratamento proposto e às orientações oferecidas pelos profissionais da área da saúde.

OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo foi identificar as representações sociais de gestantes atendidas em um ambulatório de pré-natal de alto risco no noroeste paulista, sobre a HA. Buscou-se, enquanto, objetivos específicos, descrever o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes; verificar o conhecimento das gestantes sobre a HA e, também averiguar como se sentiam ao vivenciar patologias decorrentes do quadro hipertensivo na gestação.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e qualitativo. Foi utilizada a Teoria das Representações Sociais, concebida como um saber que considera o senso comum e permite compreender a formação do pensamento social¹¹. Tal abordagem foi utilizada por envolver o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes, correspondendo a um aprofundamento maior entre as relações e os fenômenos¹².

A pesquisa foi realizada em um Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia de um Hospital Escola do interior paulista, pois oferece atendimento pré-natal a gestantes de alto risco. O período da coleta de dados ocorreu em maio de 2009.

Foram incluídas no estudo, mulheres gestantes hipertensas com vivências significativas sobre a problemática, num trabalho de estudo com amostras intencionais. Dessa forma, foram sujeitos, gestantes que faziam acompanhamento pré-natal e tratamento para HA, totalizando dez mulheres.

Foi utilizada a técnica de entrevista, por meio de um instrumento estruturado, que permitiu que as questões fossem audiografadas, sendo as entrevistas transcritas posteriormente. Os sujeitos foram identificados por meio de números correspondentes a ordem das entrevistas. Para manter a privacidade da entrevista, foi utilizado o consultório de enfermagem de assistência ao aleitamento materno, localizado no referido ambulatório de atendimento pré-natal.

Os dados coletados foram analisados conforme o referencial das representações sociais envolvendo o universo da HA, segundo as interpretações das gestantes, com base em suas experiências vividas e em suas identidades sociais.

O estudo seguiu as normas preconizadas pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, relativa à pesquisa envolvendo seres humanos, sendo desenvolvido após a avaliação e a aprovação do Comitê de Ética do hospital onde ocorreu a pesquisa, sob o parecer nº 13/09, e as entrevistas realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pela população do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

I Perfil sociodemográfico

Dez gestantes concordaram em participar do estudo, sendo a faixa etária assim distribuída: apenas uma era adolescente, com 15 anos de idade (10%), uma delas tinha 23 anos (10%), outra, 27 anos (10%) e, sete (70%), cuja idade variou de 32 a 38 anos. Do total de gestantes, nove (90%) referiram morar com o companheiro. Quanto à procedência, três gestantes (30%) residiam em Catanduva e sete (70%) em outros municípios próximos à região.

As gestantes possuíam, em geral, baixa escolaridade, sendo que apenas quatro (40%) haviam completado o ensino fundamental e uma (10%) o ensino médio. Em relação à situação ocupacional, cinco (50%) relataram trabalho desenvolvido no próprio lar, três (30%) exerciam trabalho formal, uma (10%) se encontrava desempregada à época, e apenas uma (10%) relatou nunca haver trabalhado formalmente. Quanto ao número de gestações, duas (20%) eram primigestas e as demais (80%)

multigestas; destas, sete tiveram filhos, todos nascidos por parto cesariano, conforme demonstrado nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual sobre as características sócio-demográficas de gestantes hipertensas atendidas em um ambulatório de ginecologia e obstetria num hospital do interior paulista em 2009

Variáveis	N= 10	%
Faixa etária (anos)		
15	1	10
23 27	11	1010
32 a 38	7	70
Situação Conjugal		
Com companheiro fixo	9	90
Sem companheiro fixo	1	10
Procedência		
Catanduva - SP	3	30
Outros municípios da região	7	70
Escolaridade (anos de estudo)		
0	0	-
1 - 4 anos	5	50
5 - 8 anos	4	40
9 - 11 anos	1	10
12 ou mais	0	-

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual quanto às características obstétricas de gestantes hipertensas atendidas em um ambulatório de ginecologia e obstetria num hospital do interior paulista em 2009

Variáveis	N= 10	%
Número de gestações		
Primigesta	2	20
Secundigesta	2	20
Tercigesta	3	30
Multigesta	3	30
Tipo de parto		
Vaginal	0	-
Cesáreo	7	100

II Conhecimento das gestantes acerca da hipertensão arterial na gestação

A gestação é um fenômeno fisiológico e, portanto, sua evolução ocorre na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresenta maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como si mesma. Essa parcela constitui o grupo caracterizado como "gestantes de alto risco".

Esta visão do processo saúde-doença, sob o enfoque de risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns do que para outros¹¹.

São apresentados nas descrições abaixo os relatos obtidos das gestantes que representam aspectos relacionados ao conhecimento durante o período gravídico-puerperal.

"Quando eu perdi minha primeira gestação, meu primeiro natimorto, foi onde a pressão subiu" (Gestante 1).

"Fiquei sabendo quando eu fiquei grávida do meu menino, do primeiro" (Gestante 5).

As experiências de gravidez, parto e puerpério são marcos importantes na trajetória de vida dos seres humanos, afetando profundamente, principalmente as mulheres, embora também, os homens, os bebês e suas famílias. Por ocasião do nascimento de uma criança, a família sofre um processo de adaptação, pois ocorrem mudanças irreversíveis, tanto em nível individual, quanto conjugal e familiar. Os ajustes emocionais, sociais e físicos impostos pela gravidez causam níveis variados de estresse e ansiedade individual e familiar.

Os relatos apresentados ilustram essas ocorrências.

"Soube hoje aqui" (Gestante 4).

"Ah e ele me internou para fazer o perfil e descobriu ontem a hipertensão" (Gestante 8).

III Significado da pressão alta para a gestante

Os aspectos emocionais, para algumas gestantes, muitas vezes são aspectos quase esquecidos, tanto por receio, quanto pelo desconhecimento ou falta de hábito para identificá-los, porém, sempre presentes durante a gestação, especialmente na gravidez de alto risco. Assim como, organicamente, esse processo fisiológico representa um desafio para as condições maternas, também do ponto de vista emocional, surge como um desafio adaptativo. No montante de emoções vivenciadas pela mulher grávida, estão presentes fatores psíquicos, preexistentes e/ou atuais e, entre os últimos, são acrescidos os componentes da gravidez e os ambientais. Tais conteúdos manifestam-se, principalmente, através de sentimentos de ansiedade, um mecanismo emocional basal, capaz de se estender durante toda a gravidez, de forma crescente, e perdurar até o nascimento do bebê¹³.

No estudo, os sentimentos relatados, pelas mulheres considerados como os mais frequentes vivenciados durante o período gestacional, foram: tristeza, dor, medo, ansiedade e preocupação.

"Me dá muita batadeira, bastante falta de ar, a boca bastante seca" (Gestante 1).

"Me deixa triste fico preocupada" (Gestante 2).

"Nem sei te explica" (Gestante 5).

"Medo ah ah, a não sei eu fico com medo né" (Gestante 9).

As gestantes entrevistadas informaram conhecer a HA neste período, enquanto uma doença, relacionando-os aos sinais e sintomas vividos, devido também às informações repassadas, na sua maioria, por pessoas da família e/ou da comunidade, além dos conhecimentos de senso comum adquiridos ao longo da vida.

"Ah risco né. Ah geralmente eu sei que estou com pressão alta quando estou com dor de cabeça, tonturas só" (Gestante 7).

"... é uma desgraça porque tive minha mãe que sofreu derrame cerebral por causa da pressão da minha mãe que era muito alta" (Gestante 10).

A ansiedade tem causas variadas e pode ser identificada em cada trimestre da gestação, num processo que se intercambia psicodinamicamente. Listam-se, entre os sentimentos e emoções vivenciados pela mulher durante a gravidez, sentimentos de ambivalência, negação, regressão, introspecção e medo, dentre outros. Na gestação de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional são maiores, especialmente pelo rótulo atribuído "gravidez de alto risco", portanto "diferente" das demais, consideradas como sendo gestações "normais"¹³.

IV Mudanças no estilo de vida impostas pela hipertensão arterial

É importante e necessário assegurar a assistência pré-natal e humanizar o atendimento, nas ações que envolvem o cuidado à gestante. Dedicar atenção especial a uma pequena parcela de mulheres grávidas hipertensas é fundamental ante o fato de serem pessoas portadoras de doenças que se agravam com a gestação, ou que podem ser desencadeadas durante esse período¹³.

Os relatos das gestantes ilustram as mudanças necessárias impostas no período, principalmente na presença de alterações na saúde.

"Mudou né, sempre tem que ficar controlando né, tanto no sal, tomando remédio diariamente, repouso" (Gestante 1).

"Não" (Gestante 8).

"... às vezes eu esqueço de tomar o remédio e a pressão sobe, eu tomo remédio direitinho e ela dá uma controlada...". (Gestante 10).

V Conhecimento sobre problemas que a hipertensão arterial pode acarretar para o bebê

No estudo se observou que para algumas mulheres entrevistadas, inicialmente, o aspecto, relacionado aos prejuízos ao bebê, não era identificado, pois demonstraram pelas respostas emitidas, não saber informar sobre as complicações relacionadas ao bebê. Porém, no decorrer da entrevista percebeu-se que elas temiam algo mais grave, inclusive a própria morte ou a do bebê.

"Não, mas nem quero sabe" (Gestante 9).

"Pode dar eclampsia e matar. Para o bebê não sei" (Gestante 1).

"Pode morrer, a mãe também corre o risco de morrer" (Gestante 2).

É importante esclarecer as futuras mães também sobre a importância da saúde do bebê. Mulheres pertencentes às classes menos favorecidas cultural e economicamente podem ser ou estar menos informadas e esclarecidas sobre as alterações fisiológicas e/ou patológicas no bebê durante o período da gravidez. Atividades relacionadas ao processo saúde/doença envolvendo atividades sanitárias e educativas direcionadas à prevenção, promoção, e o tratamento de doenças e agravos, precisam ser proporcionadas às gestantes, independente das condições socioeconômicas e culturais¹⁴.

Os distúrbios hipertensivos da gestação incidem em 7,5% das gestantes brasileiras, sendo uma das principais causas de morbidade materna e perinatal¹⁵. As alterações placentárias são as responsáveis pelo sofrimento do concepto, que poderá apresentar CIR e morrer intra-útero. Nestes episódios os neonatos são de baixo peso.

Os depoimentos das mães ilustram a falta de conhecimento específico quanto as alterações, doenças e problemas, também ao bebê, durante a gestação.

"... eu sei que dá problemas nas crianças né, mas o tipo de problema eu não sei" (Gestante 3).

"Sei que pode acontece um monte de coisa e deixa seqüela nele" (Gestante 6).

VI Conhecimentos quanto aos problemas que a hipertensão arterial pode acarretar à gestante

É um direito da mulher receber informações claras, objetivas e compreensíveis acerca de sua saúde/doença. Entretanto, tanto informações, quanto tais

direitos, nem sempre são assegurados, conforme evidenciado nos relatos abaixo descritos.

"Não, ninguém explicou" (Gestante 1).

"Então não. Assim eu ouvi falar que dá infarto, mas aqui ninguém me orientou" (Gestante 3).

"Ah, sei que tem gente que não aguenta e morre" (Gestante 4).

Fica evidenciada a falta de informações, de orientações claras e abrangentes acerca do período gravídico-puerpério. Muitas vezes fragilizadas e carentes, as gestantes tem como consequência, o surgimento de sentimentos de temor e medo, assim como de preocupação. Alguns relatos se referiam ao temor da morte, não apenas a sua, mas também a do bebê.

É necessário que o enfermeiro conheça as necessidades da população de gestantes no período materno-infantil, pois respondem legalmente, no exercício da profissão, pela assistência, ensino, pesquisa e administração de cuidados. As metas de prevenção e promoção devem ser enfatizadas junto a essa população, visando diminuir a incidência de doenças e agravos no ciclo gravídico-puerperal, além de atuar como agente multiplicador¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram sujeitos do estudo, dez gestantes hipertensas, as quais permitiram evidenciar pouco conhecimento quanto a HA no período gravídico-puerperal. Os conhecimentos identificados, predominantemente, de senso comum, haviam sido assimilados através do contato com familiares, ou obtidos do meio social habitado por elas e/ou repassados de geração a geração. No entanto, as gestantes demonstraram interesse e necessidade de adquirirem esclarecimentos sobre a gestação e as patologias concernentes à esse período, bem como para a saúde do bebê.

Nos relatos foi apreendido sentimentos de medo, ansiedade e temor por parte das gestantes, prejudicando-as durante essa vivência tão importante na vida da mulher e dos familiares. Além de relevantes, é necessário o direcionamento de ações de saúde, onde o reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, quanto às subjetividades e os aspectos simbólicos e culturais que envolvem a HA no período gestacional, sejam assegurados.

A identificação e a valorização destes aspectos permitirão uma maior proximidade entre os cuidadores e as gestantes quanto a realidade vivenciada pela mulher durante a gestação e o parto, auxiliando-as na melhor

compreensão sobre a hipertensão e seu tratamento, contribuindo também para o desenvolvimento de um modelo assistencial mais integralizado e contínuo de cuidados no atendimento à saúde materna e neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Tanaka ACA, Mitsuiki L. Estudo da magnitude da mortalidade materna em Recife: causas de óbitos maternos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1998; 20(1):7-11.
2. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Hypertensive disorders in pregnancy. In: Williams JW, editor. *Williams Obstetrics.* Houston: Mc Graw-Hill; 2001. p. 567-617.
3. Giguère YA, Sapin V, Massé J, Dastugue B, Forest JC. Trophoblastic remodeling in normal and preeclamptic pregnancies: implication of cytokines. *Clin Biochem.* 2003;36(5):323-31.
4. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. *Enfermagem em obstetria.* In: Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotinas em obstetria.* 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 389-406.
5. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2000 Jul;183(1):S1-S22.
6. Roberts GP, Cutler J, Lindheimer M. Summary of the NHLBI working group on research on hypertension during pregnancy. *Hypertension.* 2003; 41:437-45
7. Neme B, Parpinelli MA. Doença hipertensiva específica da gestação: introdução e considerações gerais. In: NEME B. *Obstetria básica.* São Paulo: Sarvier; 2000. p. 250-9.
8. Chesley SC, Anitto JE, Cosgrove RA. The remote prognoses of eclamptic women. Sixth periodic report. *Am J Obstet Gynecol.* 1976;124(5):446-59.
9. Sibai BM, el-Nazer A, Gonzalez-Ruiz A. Severe preeclampsia-eclampsia in young primigravid women: subsequent pregnancy outcome and remote prognosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;155(5):1011-6.
10. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social.* 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
11. Moscovici S. *La psychanalyse son image et son public.* Paris: Presses Universitaires de France; 1976.
12. Minayo, MC. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 10.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Área de Saúde da Mulher. *Gestação de alto risco.* Brasília: MS; 2000.
14. Dias NMO. *Mulheres: "sanitaristas de pés descalços".* São Paulo: HUCITEC; 1991.
15. Gaio DS, Schmidt MI, Duncan BB, Nucci LB, Matos MC, Branchtein L. Hypertensive disorders in pregnancy: frequency and associated factors in a cohort of Brazilian women. *Hypertension in Pregnancy.* 2001; 20(3):269-82.

IDEALIZAR O AMANHÃ: VIVENDO ENTRE A ESPERANÇA E A DESESPERANÇA NUM TRANSPLANTE RENAL¹

IDEALIZE TOMORROW: LIVING BETWEEN HOPE AND HOPELESSNESS IN RENAL TRANSPLANTATION

IDEALIZAR MAÑANA: VIVIR ENTRE LA ESPERANZA Y LA DESESPERANZA EN TRASPLANTE RENAL

Hernâni Ferreira Cabral*

Resumo

A esperança é uma entidade dinâmica, em que os doentes com Insuficiência Renal Crônica (IRC) em hemodiálise se encontram posicionados entre pólos opostos e vão se movendo entre a esperança e a desesperança de serem transplantados, havendo períodos em que se acredita que o transplante é possível e outros em que ele parece mais distante. Foi efetuada uma investigação qualitativa de caráter descritivo e indutivo, cujo objetivo foi compreender como vivencia a pessoa com IRC em hemodiálise a satisfação das suas necessidades básicas. A entrevista semi-estruturada foi o instrumento de coleta de dados utilizado em 15 participantes e o tratamento e discussão foi feito à luz dos pressupostos do modelo de análise de Milles e Huberman. Da análise, emergiram sete temas: *vivendo uma vida saudável, viver com as limitações impostas pela hemodiálise, manifestações vivenciadas pela pessoa com IRC em hemodiálise, a família na ótica da pessoa com IRC, reaprender a viver dentro do novo estilo de vida, idealizar o amanhã² e a percepção dos cuidados de enfermagem*. A esperança num transplante renal foi o maior desejo dos participantes, uma vez que lhes permitiria ter uma vida normal para constituir família, realizar as Atividades de Vida Diária (AVD) sem restrições e ficar descomprometidos para com a hemodiálise. Por outro lado, vários fatores influenciaram negativamente a esperança dos participantes: tempo de espera, a insegurança em fazer um transplante (muito relacionado com a falta de informação), outras patologias para além da IRC e a idade.

Palavras-chave: Esperança. Desesperança. Transplante renal.

Abstract

Hope is a dynamic entity where patients with chronic renal failure (CRF) undergoing hemodialysis are positioned between opposite poles, and move between the hope and the hopelessness of being transplanted, with periods where it is believed that the transplant is possible, and others in that it seems more distant. A qualitative research was carried out in a descriptive and inductive way. Its aim was to understand how a person with renal failure meets its basic needs. The semi-structured interview to 15 people was the instrument used for data collection and the data treatment and the discussion was done having in mind the model of Miles and Huberman. From the data analysis, seven themes emerged: *living a healthy life, living with limitations imposed by dialysis, events experienced by people with renal failure, family in the perspective of people with CRF, relearn to live within the new lifestyle, idealize tomorrow and the perception of nursing care*. The hope for a kidney transplant was the participants' greatest desire since they would have the chance to have normal life and to build a family, perform the Activities of Daily Living (ADLs) without restriction and to be uninvolved in hemodialysis. Moreover, several factors had a negative influence in the hope of the participants: the waiting time, the uncertainty in making a transplant (related to the lack of information), other diseases in addition to the CRF and age.

Keywords: Hope. Hopelessness. Kidney transplant.

Resumen

La esperanza es una entidad dinámica, en la que los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) sometidos a hemodiálisis se colocan entre los polos opuestos y se mueven entre la esperanza y la desesperanza de ser trasplantados, con períodos donde se cree que el trasplante es posible y otros donde parece más lejano. Se realizó una investigación cualitativa es descriptivo e inductivo, cuyo objetivo era entender cómo una persona con insuficiencia renal experimenta la satisfacción sus necesidades básicas. La entrevista semi-estructurada fue el instrumento utilizado para recoger datos sobre 15 participantes y el tratamiento y análisis se realizó a la luz de los supuestos del modelo de análisis de Milles y Huberman. Surgieron del análisis siete núcleos temáticos: *vivir una vida sana, a vivir con las limitaciones impuestas por la diálisis, los acontecimientos experimentados por las personas con insuficiencia renal, la familia desde la perspectiva de las personas con insuficiencia renal crónica, volver a aprender a vivir dentro del nuevo estilo de vida, idealizar mañana y la percepción de los cuidados de enfermería*. La esperanza de un trasplante de riñón era el mayor deseo de los participantes, ya que éstos tendrían una vida normal para una familia, realizar las actividades de la vida diaria (AVD) sin restricción y que no involucrada con la hemodiálisis. Por otra parte, varios factores influyeron negativamente la esperanza de los participantes: el tiempo de espera, la incertidumbre de hacer un trasplante (muy relacionada con la falta de información), otras enfermedades además de la IRC y la edad.

Palabras clave: Esperanza. Desesperanza. Trasplante de riñón.

¹Investigação realizada no âmbito do curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal. Neste artigo são apresentados apenas os resultados da tese de mestrado intitulada *Necessidades Básicas da Pessoa com Insuficiência Renal Crônica: vivências no percurso da doença*, relativos ao tema *idealizar o amanhã*.

*Enfermeiro e Mestrando do curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Contatos: hernany25@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A esperança deriva do Latim *sperantia* e é definida no seu sentido mais lato, como a confiança na aquisição de um bem que se deseja ou de uma expectativa. Esta definição aparentemente simplista do dicionário não se coaduna com a complexidade do conceito, se entendido não apenas como um sentimento individualizado e subjetivo, mas como um componente essencial à vida das pessoas e da prática clínica.

A importância da esperança é reconhecida como uma força interior promotora de vida, descrita nos termos dos próprios doentes, uma expectativa de um futuro mais brilhante para si e para os outros, mas também uma combinação complexa e multifacetada entre esperança e desespero, influenciada por quem lhes presta cuidados¹.

Um dos relatos efetuado pelo psiquiatra vienense Dr. Viktor Frankl, no seu livro "*Man's Search for Meaning*", é um exemplo demonstrativo do poder que a esperança exerce sobre o ser humano. No caso do Dr. Frankl, foi a esperança que fez com que ele sobrevivesse durante três anos aos horrores dos campos de concentração Nazi, em Auschwitz. Para Viktor Frankl, a primeira ideia da esperança decorre da sua própria vivência existencial como *Homem* – Frankl sendo judeu numa Alemanha Nazi, perdeu toda a sua família num campo de concentração, local onde apesar dos horrores vividos, não perdeu o entusiasmo na vida. A sua experiência serviu, de algum modo, de subsidio para o desenvolvimento da sua teoria, a da logoterapia, conhecida como a Terceira Escola Vienense de Psicoterapia (a Psicanálise Freudiana foi a Primeira e a Psicologia Individual de Adler a Segunda).

O excerto que se segue, relatando as dores do sofrimento de Frankl aponta para o poder de resistência do espírito vinculado com a esperança, relacionando a esperança com o ânimo ou coragem da pessoa, "[...] Those who know how close the connection is between the state of mind of a man - his courage and hope, or lack of them - and the state of immunity of his body will understand that the sudden loss of hope and courage can have a deadly effect"².

A segunda ideia de esperança de Frankl está implícita na ideia de salvação. Quer seja a salvação através da libertação das condições infra-humanas a que alguém

possa ser submetido, ou a salvação da vida ameaçada por avassaladoras forças sociais ou imersa na frustração existencial, característica da nossa época de desesperança.

O significado atribuído por Frankl à esperança também se poderá aplicar às pessoas doentes, ou seja, sendo a doença representativa de sofrimento, todos os doentes ao longo do seu percurso têm a necessidade do suporte da esperança. Ela permite-lhes encontrar neles a força de fazer face ao inevitável.

Ao longo deste artigo, com base nos testemunhos dos participantes, procurou-se refletir como é que a pessoa com IRC em hemodiálise projeta o seu futuro, bem como identificar e compreender quais foram as razões, as motivações e as preocupações que fizeram com que os participantes encarassem o futuro com esperança ou desesperança.

OBJETIVOS

Verificar como a pessoa com IRC em hemodiálise vivencia a satisfação das suas necessidades básicas. Como objetivo específico, analisar as estratégias que a pessoa com IRC utiliza para atingir a satisfação das necessidades básicas.

METODOLOGIA

Investigação qualitativa de caráter descritivo e indutivo, cuja coleta de dados foi obtida por meio de uma entrevista semi-estruturada a fim de se compreender as vivências da pessoa com IRC em hemodiálise relativas à satisfação das suas necessidades básicas. Foram entrevistados 15 participantes que atenderam aos seguintes critérios de uma amostra intencional: gênero, adulto e idoso, com e sem escolaridade, que se encontravam em programa regular de hemodiálise com representação das suas experiências entre três meses e dois anos e outros participantes com mais de dois anos.

O tratamento e análise dos dados decorreram à luz do modelo de análise proposto por Miles e Huberman³. Trata-se de um modelo interativo que contempla três passos, ou componentes, de atividades concorrentes: a redução dos dados, a sua apresentação/organização e a interpretação/verificação das conclusões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise efetuada emergiram sete temas: *vivendo uma vida saudável, viver com as limitações impostas pela hemodiálise, manifestações vivenciadas pela pessoa com IRC em hemodiálise, a família na óptica da pessoa com IRC, reaprender a viver dentro do novo estilo de vida, idealizar o amanhã e a percepção dos cuidados de enfermagem.*

Face ao exposto, procedeu-se, em seguida, à descrição e à fundamentação das categorias e subcategorias que compõem o tema *idealizar o amanhã*. Da análise efetuada, surgiram duas categorias com as suas respectivas subcategorias, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – *Idealizando o amanhã*

Categoria	Subcategoria
F1. Esperança em ser transplantado	F1.1 Expectativa em ser transplantado
	F1.2 Realização das AVD sem restrições
	F1.3 Descompromisso para com a hemodiálise
	F1.4 Constituir família
F2. Desesperança	F2.1 Tempo de espera
	F2.2 Insegurança em fazer o transplante
	F2.3 Problemas de saúde
	F2.4 Idade

Esperança em ser transplantado

Os participantes na *esperança em serem transplantados* relataram alguns dos seus anseios enquanto esperavam pela sua inscrição na lista de espera para um transplante renal ou pela derradeira notícia da existência de um rim compatível. Além disto, descrevem também as motivações que os levaram a ter esperança num futuro melhor.

Por outro lado na expectativa em ser transplantado, vários participantes demonstraram expectativa e mostraram-se expectantes pelo dia em que pudessem ser inscritos na lista de espera, “[...] *tenho muita esta coisa de intuição e queria que o Dr. me mandasse a Lisboa, pelo menos só para dar o nome, só para constar na lista de transplantes [...]* E13: L947-949”, ou então pelo dia em que recebessem a notícia da existência de um rim compatível “[...] *a gente não tem que pensar, a gente tem que pensar que há de chegar o dia da gente ser chamada para ser transplantada [...]* L105-107.”

Para alguns doentes a vida desenrola-se em torno da doença e do tratamento hemodialítico, enquanto para outros a hemodiálise passa a representar uma esperança de vida diante da irreversibilidade da

doença e da expectativa do transplante renal⁴, “[...] *e a coisa que eu mais gostava era que alguém um dia dissesse assim, avisa-se: “Ei Sr. F., apresente-se na Cruz Vermelha ou em Coimbra, para ser transplantado...” era a coisa que eu mais gostaria na vida [...]* E3: L477-482”.

O transplante é o fator mais presente nos discursos, quando se trata de compreender o que idealizam para o amanhã. Pode-se afirmar que esta esperança é um dos fatores que levou, certamente, estes doentes a não desistirem de fazer a hemodiálise. Por outro lado, a esperança num transplante é vista por estes doentes como uma “porta de salvação” que lhes permitirá recuperar ou, pelo menos, de se aproximarem do modo de viver que tinham antes de estarem doentes “[...] *é continuar a ser transplantado, sempre com aquela esperança para eu deixar de fazer diálise [...]* E10: L1033-1034”.

Os participantes esperam vir a realizar as AVDs sem restrições. A ambição num transplante reflete-se na oportunidade de voltarem a poder realizar sem restrições aquelas AVDs que ficaram, entretanto, limitadas pela ação da IRC e da hemodiálise.

É preciso lembrar que viajar, trabalhar, comer e beber foram atividades que ficaram afetadas com a entrada dos participantes em hemodiálise. As restrições impostas à realização destas atividades não só lhes obrigaram a modificar o seu modo de viver, como também lhes criou um sentimento de perda. Perante isto, os participantes vêem no transplante renal a oportunidade única de recuperarem estas atividades, nomeadamente a de comer e beber “[...] *Ah! Eu ia consolar a comer (...)* Em compensação, há uma coisa que eu ia consolar-me toda, era beber muita água, porque os transplantados tem que beber 3l de água por dia e eu aí não tinha problema, porque adoro água [...] E13: L964: 978-981”, ou então a atividade recreativa de poder viajar “*Já se eu fosse transplantado, alguém já podia perguntar ao Dr., que é o meu médico assistente: “Sr. Dr., como eu já tenho isto assim, assim, assim e assim, já posso ir dar um passeio até ao estrangeiro, para visitar a minha família?”* E3: L520-524”, e, por conseguinte, voltarem a ter uma vida normal.

Muitos doentes renais anseiam por um transplante porque lhes possibilitará voltar a trabalhar, isto significa que o trabalho, após o transplante, dá-lhes um sentido mais produtivo à vida, bem como um ganho financeiro, que na maioria dos casos, repercute

numa melhor qualidade de vida⁵, “[...] tipo quando eu for transplantada um dia, deve ser a mesma vida, só que eu ia fazer muitas coisas, tipo: eu ia trabalhar [...]” E5: L441-443”.

A esperança num transplante renal, para os participantes, representa também um *descompromisso para com a hemodiálise* ou uma forma de libertação, como demonstra este participante no seu discurso “[...] é continuar a ser transplantado, sempre com aquela esperança para eu deixar de fazer diálise [...]” E10: L1033-1034”.

É no transplante renal que o doente deposita a sua esperança de cura e independência da hemodiálise “[...] às vezes penso, mas não sei, às vezes eu penso ser transplantada e tornar a minha vida normal, como as outras pessoas, sem ser preciso ir fazer o tratamento [...]” E5: L456-458”. Eles acreditam que não se submeterão mais às sessões de hemodiálise e que, após o transplante, receberão logo a alta hospitalar e não tomarão mais as medicações. Enfim, crêem que o problema renal será definitivamente resolvido, ou seja, têm uma expectativa idealizada de cura⁶.

O transplante renal, para além de ser a opção terapêutica mais rentável, liberta também o doente das dificuldades práticas e psicológicas e restrições da diálise prolongada, tais como: libertação da dependência de uma máquina e libertação das restrições hídricas e dietéticas, recuperação do funcionamento sexual e da fertilidade, com a possibilidade de paternidade/maternidade, ou seja a recuperação de um estilo de vida quase normal⁷, “[...] ficava mais contente sabendo que posso estar num sítio e já se sabe que esta hora (...) às vezes podia pensar que nesta hora podia estar em diálise, eu acho que ia pensar nisto. E5: L458-461”.

No entanto, o transplante não significa uma cura, na medida em que eles têm de continuar a tomar medicação, de forma a prevenir a rejeição do rim transplantado, e ainda terão que se comprometer com o autocuidado e com o envolvimento com a família e equipe de saúde⁸.

Portanto, apesar do transplante não representar a cura total para IRC, evidenciam-se nos relatos que estes doentes não perderam a esperança de consegui-lo. Os discursos dos participantes demonstram bem esta ideia, uma vez que o transplante, para eles, significa o fim da hemodiálise “[...] aquela coisa de ir lá fora para fazer um transplante, para não ir daqui para Ponta Delgada e estar aquelas quatro horas ali a

fazer [...]” E15: L666-668”, de uma cura (apesar de não ser total), enfim a tão desejada via de acesso à libertação pessoal e a oportunidade de recuperar o controle sobre a própria vida.

Ao idealizar o amanhã, o *constituir família* demonstra a importância que o transplante tem na vida da pessoa, pois dar-lhe-á a oportunidade de poder ter um filho. A capacidade reprodutiva de mulheres em hemodiálise é reduzida devido às alterações hormonais, aos distúrbios da ovulação e menstruais^{9,10}. No relato abaixo descrito, a esperança por uma das participantes em conseguir um transplante de rim, com a finalidade de poder engravidar, “[...] para ter esperança que um dia eu seja transplantada e ter mais um filho [...]” E4: L1032; 1035-1036”, faz todo o sentido, pois vários estudos apontam para um aumento da taxa de sucesso de gestações em mulheres com transplante renal, quando devidamente bem acompanhadas nas consultas de vigilância pré-natal, dado tratar-se de uma gravidez de alto risco¹¹.

Além disto, as mulheres transplantadas que pretendem engravidar deverão ser aconselhadas a fazê-lo depois de 18 a 24 meses, dado o período em que se atinge uma estabilização da função do rim, da dose de manutenção da terapêutica imunossupressora e o completo restabelecimento pós-cirúrgico¹¹. A possibilidade de um transplante renal revelou-se para a participante deste estudo como um objetivo de vida a ser atingido, pois estava ciente que esta oportunidade lhe permitiria retomar um dos seus projetos de vida, ou seja, o de poder conceber um filho.

Desesperança

Se no início da diálise alguns participantes tinham esperança de que iriam receber rapidamente o tão desejado rim e, deste modo, voltar a ter uma vida normal, no decorrer dos dias, dos meses e, mesmo, dos anos, esta esperança, acerca do transplante, desvanece, permitindo que, em muitos casos, surjam sentimentos negativos e comportamentos de resignação, face ao transplante e ao próprio futuro. Neste sentido, a categoria *desesperança* expõe as desmotivações e as dúvidas que os participantes sentiram face à dificuldade ou à impossibilidade de

serem transplantados e o surgimento de um sentimento de incerteza face ao futuro.

Devido ao tempo de espera, os participantes relataram que a esperança num transplante vai ficando cada vez mais pequena, à medida que o tempo passa “[...] eu vou ser transplantada ou fazer uma operação, vou para S.M., eu via os anos passarem e era pior para mim [...] E4: L1028-1030”. Após a inclusão do doente para aguardar o transplante, o tempo de espera é algo que se torna impossível de prever, uma vez que depende essencialmente da compatibilidade. A lista de espera para transplante é principalmente um registo de hospedeiros, sendo cada transplante atribuído com base na maior compatibilidade enxerto-hospedeiro, independentemente do tempo de espera⁷. Em outras palavras, significa que o nome do doente será acrescentado ao registo de hospedeiros, após ele esperar pelo enxerto mais compatível para si. Trata-se, portanto, de um aspecto difícil de compreender e alguns doentes ficam perturbados ou desmotivados, caso outro doente, que esperou menos tempo, for transplantado antes deles⁷, tal como relatado por este participante “[...] aos anos que eu estou, já não sei quantas pessoas atrás de mim, por último do que eu já foram transplantados e eu estou aqui... cá comigo isto esmorece um homem. E3: L484-486”.

É importante que o doente não passe o dia próximo ao telefone à espera da chamada, como foi o caso de outro participante “[...] transplante, transplante, eu já...transplante, portanto é outro frenesi, portanto que eu já tentei tirá-lo da cabeça porque andava sempre agarrado ao telemóvel, sempre comigo, porque eu tinha sempre o cuidado de ter o telefone, daqui de casa, porque Coimbra e a Cruz Vermelha tinha o meu número de telefone de casa e portanto pôs o telefone no meu quarto (...) E agora? Já perdi a esperança, são muitos anos, é muito cansativo [...] E7: L104-110; L131-132”, restringindo muito o seu estilo de vida. Nestes casos, os doentes devem ser encorajados a permanecer ativos e saudáveis, enquanto esperam pelo transplante, e a continuar a sua vida normal, na medida do possível⁷.

Dessa forma, à medida que os anos passam, tal como os participantes afirmaram, aumenta o sentimento de incerteza face ao futuro ou, até mesmo, há desgaste psicológico devido à volta da possibilidade de um transplante.

Contudo, apesar de os participantes sentirem que a sua esperança pode desvanecer com o passar do

tempo, não significa que a tenham perdido totalmente. Prova disso há o discurso de um participante que acredita que ainda pode ser transplantado mesmo que espere cinco ou seis anos “[...] não posso ser transplantado, onde é que vai levar, isto tem ser ainda bem curado, isto não é de hoje para amanhã e nem da manhã para depois, assim de repente eu digo que isto vai levar uns cinco ou seis anos [...] E10: L785-788”.

É importante considerar que, um fator que levou também com que os participantes não acreditassem na possibilidade do transplante foram as dúvidas geradas em torno do seu sucesso, criando, inclusive, um sentimento de insegurança em fazer o transplante.

Pesquisa efetuada por Oliveira⁵ constatou que muitos doentes encontravam-se desinformados ou pouco esclarecidos relativamente a esta opção terapêutica, o que os levava a conceber ideias erradas acerca da mesma. Outra situação identificada pela autora foi a ambiguidade de sentimentos quando da notícia do transplante; de um lado, euforia, alegria e esperança; de outro, dúvidas, incertezas e receios, medo do insucesso do transplante ou de complicações decorrentes do mesmo⁵. No caso deste estudo, os participantes ainda não tinham recebido a notícia do transplante e já apresentavam incertezas relativas ao procedimento cirúrgico e à longevidade que poderiam ter após o transplante “[...] ah, porque não estou à espera de ser transplantado, ainda que eles quisessem, eu não queria (...) o que eu vou durar? Mais um ano, dois ou três de repente e é se calhar (...) E8: L498-500; 502-503; (...) pronto e eu começo a pensar: “Ah, Meu Deus! Se isto não dá certo e não posso fazer o transplante...” [...] E15: L679-680”.

Para minimizar esta ambivalência, a equipe de saúde deve explorar a ansiedade e os medos dos doentes relacionados com o transplante e dar-lhes apoio, no pressuposto de que os doentes têm que ter tempo para decidir o melhor tratamento para si próprios. Este apoio é especialmente importante nos momentos de estresse adicional, quando, por exemplo, um companheiro de diálise recebe ou rejeita um rim⁷.

É verdade que na realização de um transplante existe sempre a possibilidade de insucesso. Contudo, em ambos os discursos dos participantes, parece também existir uma falta de informação relativa ao transplante, levando-os a ter uma ideia parcialmente errônea acerca do mesmo.

Os problemas de saúde relatados pelos participantes situaram-se entre os cardiovasculares e no diabetes, cujas condições comprometeram a realização do transplante renal e, por conseguinte, diminuíram, em muito, a esperança de consegui-lo.

A presença de uma outra patologia crônica, relacionada a IRC, por vezes, pode adiar a possibilidade do transplante ou, até mesmo, ser uma contraindicação à sua realização. A doença cardíaca, porém, parece não ser uma contraindicação absoluta à realização de um transplante, “[...] nível para ser transplantado, até que eu posso ter um rim, para ser chamado e de repente não fui chamado, devido ao problema do coração [...]” E10: L767-770”. Este tipo de patologia requer uma investigação aprofundada, principalmente para aqueles doentes que integram os grupos de alto risco de doença cardiovascular. Toma-se como exemplo, doentes com história de infarto do miocárdio que devem estar assintomáticos durante um ano, antes de poderem avançar para o transplante⁷.

Também, o diabetes e a doença cardiovascular são patologias que, quando associadas, reduzem o sucesso de um transplante. Apesar de existirem muitas pessoas com diabetes para receberem um transplante, estas possuem maior risco de virem a desenvolver outras complicações relacionadas com a doença. A autora acrescenta ainda que a doença cardiovascular ocorre principalmente nos doentes que sofrem de diabetes tipo 2, pois pode contribuir para níveis mais elevados de morbidade e mortalidade. Nestes casos, é também importante investigar a obstrução vascular antes do transplante, uma vez que a aterosclerose grave dos vasos ilíacos pode, na pior das hipóteses, impedir o transplante, e na melhor das hipóteses, complicar a cirurgia de transplante⁷, levando, no caso de um participante do estudo, a não acreditar no respectivo transplante “[...] mas devido a estes problemas todos de má circulação e à diabetes, já não acredito, já não encaro aquela esperança, no princípio, no princípio ainda, mas agora, neste momento, não tenho aquela esperança a cem por cento (...)” E11: L386-390”.

Os participantes estavam conscientes dos obstáculos que a doença cardiovascular e o diabetes representa em relação a um possível transplante. Tais

obstáculos, segundo participantes, foram responsáveis por diminuir as aspirações por um futuro melhor. Contudo, apesar dos entraves diante destas patologias, notou-se ainda, nos discursos dos sujeitos do estudo, a presença de alguma esperança que constitui um fator benéfico, uma vez que demonstra, não só a capacidade de resistência destes doentes face às dificuldades impostas, como também lhes possibilita continuar a viver da melhor maneira possível.

A *idade* foi outro obstáculo que fez com que um participante admitisse não ter esperança quanto à possibilidade de vir a ser transplantado “[...] não Sr., porque eu já passo da idade, eu já vou nos setenta e três, isto não dá, isto não dá, eu fico aqui eu não vou para Lisboa, isto é, não tenho idade para fazer transplantes [...]” E8: L495-498”.

A idade é um critério a ser considerado nas consultas de pré-transplante, uma vez que a morbidade e a mortalidade após um transplante de rim tendem a aumentar com a idade. No entanto, a faixa etária por si só não constitui uma contraindicação para um transplante, exceto quando é considerada no contexto de outros fatores de risco como, as doenças cardiovasculares. Além disso, a saúde da pessoa é avaliada individualmente, caso a caso, sendo considerada a idade fisiológica e não a idade cronológica, além da existência de outros fatores de risco, critérios de avaliação importantes⁷.

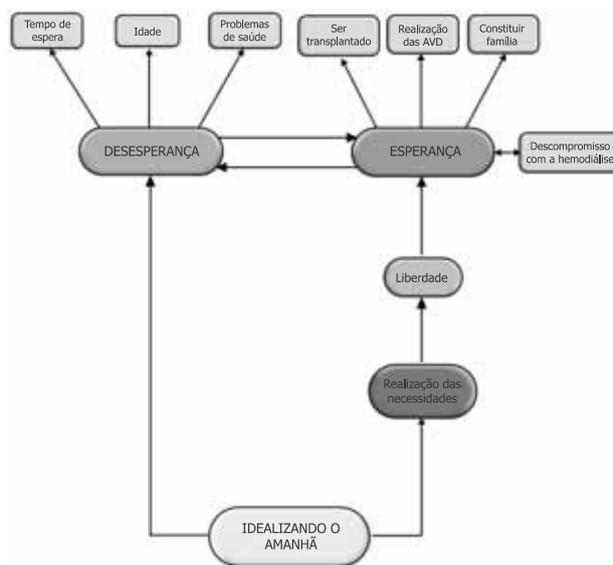


Figura 1 – Idealizando o amanhã

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esperança, por menor que seja, é a força interior que faz com que o doente com IRC não desista de continuar a viver. A esperança num transplante renal, para os participantes, significaria não só o fim da hemodiálise, mas também a oportunidade derradeira de voltarem a satisfazer as suas necessidades básicas e de retomarem os seus projetos de vida que, entretanto, teriam ficado suspensos pela ação da hemodiálise nas suas vidas. Neste contexto, a esperança num transplante renal constituiu, em muitos casos, um alento que faz com que as pessoas com IRC em hemodiálise continuem a lutar contra as adversidades do tratamento, pois sabem que a qualquer momento podem receber a notícia que tanto anseiam e, por conseguinte, a oportunidade de alterar o seu modo de viver para melhor.

Neste sentido, a esperança destes doentes deverá ser também a esperança da equipe de saúde, principalmente dos enfermeiros, uma vez que se o enfermeiro tiver esperança no tratamento da pessoa, este irá melhor senti-la e utilizá-la como um alento que lhe

permitirá resistir às adversidades impostas pela IRC e pelo tratamento.

Consequente, ao longo do percurso no tratamento pela hemodiálise vários foram os fatores que influenciaram negativamente a esperança dos participantes: tempo de espera, a insegurança em fazer um transplante (muito relacionado com a falta de informação), outras patologias para além da IRC e a idade. Todavia, na maior parte dos discursos constatou-se que, apesar de estes fatores influenciarem negativamente a esperança dos participantes, a mesma continuava a existir, embora não de forma tão intensa. Assim, é possível acreditar mais uma vez que, enquanto os doentes renais mantiverem a esperança, por menor que seja, continuarão a demonstrar sempre vontade de viver e, por conseguinte, não desistirão de fazer hemodiálise.

A esperança, conforme aprendida, é uma necessidade psicológica presente sempre que o ser humano tiver de contemplar o seu futuro, seja qual sentido for. Entretanto, ainda que não exista uma base racional para a mesma, o ser humano continuará a mantê-la.

REFERÊNCIAS

1. Querido AF. A esperança em cuidados paliativos [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2005.
2. Frankl EV. Man's Search for Meaning. New York: Washington Square Press Publication; 1985.
3. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. London: Sage Publications; 1994.
4. Lima AC, Gualda DR. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. Rev Esc Enferm USP. 2001; 35(3):235-41.
5. Oliveira NH. As expectativas do paciente renal crônico diante da espera pelo transplante [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
6. Barbosa JC. Compreendendo o ser doente renal crônico [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1993.
7. Franklin PM. Transplante renal. In: Thomas N. Enfermagem em nefrologia. Loures: Lusociência; 2005.
8. Flores RV, Thomé ER. Percepções do paciente em lista de espera para o transplante renal. Rev Bras Enferm. 2004; 57(6):687-90.
9. Trevisan C. Gestação em pacientes com insuficiência renal crônica [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
10. Medeiros GA. Gestação em mulheres em tratamento hemodialítico: Repercussões do adoecimento sobre o desejo pela maternidade [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.
11. Milheiras ET, Martins LB, Rodrigues R. Gravidez em mulheres submetidas a transplante renal. Acta Portuguesa Médica. 2005; 18(2):153-58.

INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR: FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS FRENTE AO TABAGISMO

COLLEGE INSTITUTION: NURSE GRADUATION FACE WITH TOBACCO ADDITION

INSTITUCIONES DE ENSEÑANZA SUPERIOR: FORMACIÓN DE ENFERMEROS FRENTE AL TABAQUISMO

Daiane Aparecida Marim*, Neraci de Oliveira Mucci*, Maristela Aparecida Magri Magagnini**, Luciana Bernardo Miotto***

Resumo

Apesar das tentativas para a erradicação e redução da prevalência de fumantes, o tabagismo continua sendo um problema de saúde pública grave e crítico. Trata-se de um vício que compromete a saúde física e mental da população, a economia mundial e, sobretudo, o meio ambiente. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi identificar se durante a graduação em enfermagem foram transmitidos conhecimentos aos alunos sobre o tabagismo. Estudo descritivo do tipo transversal, com abordagem quantitativa, cuja amostra foi composta por alunos da 3ª e 4ª séries. Os dados foram obtidos por meio de um instrumento contendo: prática de atividade física, uso do tabaco e participação da Instituição de Ensino Superior na abordagem do tema e dos riscos à saúde. Dos 76 sujeitos entrevistados, 86,7% eram do sexo feminino e 13,2% do sexo masculino. A faixa etária predominante foi de 19 a 25 anos (70,2%); 51,6 praticavam atividade física, com uma média de 7,9% fumantes. Embora todos tivessem relatado conhecimento sobre o tabagismo, 69,5% alegaram que o tema não foi abordado nas disciplinas de clínica médica, saúde mental e coletiva, entre outras; 78,8% estavam insatisfeitos devido à ausência de programas educativos, e dos fumantes que relataram conhecer os malefícios do tabaco, 66,6% não haviam diminuído o hábito de fumar. O estudo permitiu evidenciar essa prática no meio acadêmico, a importância e a necessidade de inclusão do tema tabagismo e suas consequências na formação dos graduandos de enfermagem.

Palavras-chave: Tabagismo. Estudantes de enfermagem. Conhecimento.

Abstract

Tobacco addition is still a critical and serious public health problem, in spite of all efforts in order to reduce and eradicate its prevalence among the population. It's an addition which jeopardizes physical and mental health, worldwide economy and, above all, the environment. Thus, the objective of this study was to identify whether the knowledge of tobacco addition was transmitted to the nursing students during their graduation in college. The present study was descriptive, transversal, using quantity approach, and the sample was constituted by 3rd and 4th degree students. The data were obtained through an instrument containing information about: physical education practice, tobacco use, and the College Institution participation in approaching the issue, and the health risks. Among the 76 people interviewed, 86.7% were women, and 13.2% were men, and prevailing people aged 19 to 25 years old (70.2%); 51.6% practiced physical activities regularly, and among them 7.9% were tobacco users. Although all of them had related knowledge of tobacco addition, 69.5% declared that the issue had not be approached in Disciplines of Internal Medicine, Mental Health, Collective Health, and others; 78.8% were not satisfied because there were not educative programs about tobacco addition, and among tobacco users who declared knowledge of how harmful to health tobacco may be, 66.6% had not reduced the smoking habit. The present study permitted to evidence this practice among college students, how important and necessary is to include the tobacco addition and its consequences as a formal discipline in college in order to make the nursing student aware of the risks.

Keywords: Tobacco addition. Nursing students. Knowledge.

Resumen

Pese a los intentos para erradicar y reducir el gran número de fumadores, el tabaquismo sigue siendo un problema de salud pública grave y crítico. Se trata de un vicio que compromete la salud física y mental de la población, la economía mundial y, sobre todo, el medio ambiente. En este sentido, el objetivo de este estudio ha sido identificar si durante la graduación en enfermería se han transmitido conocimientos a los alumnos sobre el tabaquismo. Estudio descriptivo del tipo transversal, con abordaje cuantitativa, cuya muestra fue compuesta por alumnos del 3º y 4º grados. Los datos fueron obtenidos por medio de un instrumento conteniendo: práctica de actividad física, uso del tabaquismo y participación de la Institución de Enseñanza Superior en el abordaje del tema y de los riesgos a la salud. De los 76 sujetos entrevistados, el 86,7% eran del sexo femenino y el 13,2% del sexo masculino. La edad predominante fue de 19 a 25 años (el 70,2%); el 51,6 practicaban actividad física, con un promedio de 7,9% fumadores. Aunque todos hubieran relatado conocimiento sobre el tabaquismo, el 69,5% razonaron que el tema no fue abordado en las asignaturas de clínica médica, salud mental y colectiva, entre otras; el 78,8% estaban insatisfechos debido a la ausencia de programas educativos, y de los fumadores que relataron conocer los daños del tabaco, el 66,6% no había disminuido el hábito de fumar. El estudio ha permitido evidenciar esa práctica en el medio académico, la importancia y la necesidad de inclusión del tema tabaquismo y sus consecuencias en la formación de los estudiantes de enfermería.

Palabras clave: Tabaquismo. Estudiantes de enfermería. Conocimiento.

* Acadêmicas da 4ª. Série do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP.

** Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, UNESP. Docente das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), nos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina. Contato: marimagri@terra.com.br

*** Doutora em Sociologia pela UNESP - Araraquara e docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA). Contato: lubibis@gmail.com

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS

Com o avanço científico e tecnológico, o tabagismo, antes mais relacionado ao estilo de vida, é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe as pessoas a inúmeras substâncias tóxicas¹. Nas últimas décadas, embora venham ocorrendo várias tentativas para a redução da prevalência dos fumantes, o tabagismo continua sendo um grave problema de saúde pública².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o tabagismo uma doença, desde 1992, pois resulta em desordem mental e de comportamento advindas da síndrome de dependência à nicotina. O tabagismo também é identificado como uma patologia pelo Código Internacional de Doenças (CID)³.

Dados da OMS⁴ revelam que o uso do tabaco aumenta substancialmente o risco de mortalidade por câncer de pulmão, câncer nas vias aéreas superiores, no trato digestivo alto e em outras localizações, cardiopatias, doenças cerebrovasculares e respiratórias crônicas entre outras afecções orgânicas.

Em países industrializados, estima-se que o fumo cause mais de 90% de todos os cânceres de pulmão em homens e cerca de 70% dos cânceres de pulmão em mulheres. No mundo, a proporção de doenças causadas pelo tabagismo corresponde a 12% para doença vascular, 66% para câncer da traquéia, brônquios e pulmão e 38% para doenças respiratórias crônicas. Além disso, os fumantes passivos também estão expostos aos problemas decorrentes do tabagismo⁴.

A OMS também considera o tabagismo como uma das principais causas de morte evitável em todo o mundo e suas estimativas mostram que um terço da população mundial adulta (1 bilhão e 200 milhões de pessoas, entre as quais 200 milhões de mulheres) seja fumante. Ainda segundo dados da OMS, o número de homens fumantes é maior que o de mulheres e, enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes representam 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos é maior a participação das mulheres, pois 42% dos homens e 24% das mulheres fumam⁵.

As estimativas da OMS também indicam que o tabaco causa cerca de 5 milhões de mortes anuais (mais

de 10 mil mortes por dia) e, caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, estima-se que em 2030 ocorram 10 milhões de mortes ao ano⁵.

O tabagismo causa mais mortes prematuras no mundo do que a soma de todas as mortes provocadas por AIDS, cocaína, heroína, álcool, acidentes de trânsito, incêndios e suicídios³.

No Brasil, as estimativas da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) mostram que cerca de 200.000 mortes por ano são decorrentes do tabagismo. Segundo dados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizado em 2002 e 2003, entre pessoas de 15 anos ou mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência de tabagismo variou de 12,9 a 25,2%. Constatou-se que os homens apresentavam prevalências mais elevadas do que as mulheres em todas as capitais⁶.

A OMS atribui os altos índices de consumo do tabaco a diversos fatores, entre eles: o baixo preço do produto, a grande comercialização, a baixa consciência quanto aos perigos do tabagismo e a falta de políticas públicas efetivas de combate ao consumo. A maior parte dos perigos advindos do uso do tabaco só se manifesta após décadas de uso⁷.

Milhares de jovens começam a fumar todos os anos, sem consciência de que estão iniciando um hábito com consequências sérias para a saúde e seu bem-estar psicossocial. Assim, é importante conscientizá-los quanto às situações devastadoras provocadas pelo fumo.

Quanto aos jovens universitários, as mudanças nesta fase são profundas, pois envolvem a escolha de uma carreira profissional e um processo de socialização totalmente diferente do mantido até então. Nesta fase, os jovens não são mais vistos pela sociedade como adolescentes e sim como adultos capazes de assumir responsabilidades financeiras e sociais. O hábito de fumar concorre para um maior afastamento da família, com aumento da liberdade e da autonomia. Assim, todas essas alterações podem influenciar o estilo de vida dos universitários que, além dos hábitos adquiridos e/ou consolidados, poderão, inclusive, adotar o hábito do tabagismo⁸.

O consumo de tabaco tem aumentado e se tornado um hábito comum entre as pessoas de ambos

os sexos e de todas as idades⁹. Neste sentido, visando a redução da prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, existem programas que investem em ações para reduzir a iniciação ao tabagismo entre jovens, promover o fim do hábito de fumar e reduzir a exposição à fumaça ambiental do tabaco¹⁰.

Embora o empenho em prol de ações e programas para diminuição do uso do tabaco, ainda é preciso agir de forma mais efetiva. Estima-se que, atualmente, somente 5% da população mundial seja afetada por intervenções com vistas à redução do consumo de tabaco¹¹.

É fundamental a adoção de trabalho preventivo, tanto em relação aos fumantes, como aos fumantes passivos, visando a uma vida mais saudável. Trata-se de um trabalho de conscientização a ser iniciado na infância, para que na adolescência os indivíduos já tenham alicerçada uma atitude negativa frente ao tabaco².

Acerca do tema, muitas escolas de formação profissional ainda não incluíram no currículo a abordagem do tabagismo como uma doença, conseqüentemente, formando profissionais despreparados para ajudar efetivamente o indivíduo fumante a evitar o vício¹².

Em se tratando de um profissional da área da saúde, as preocupações devem ser ainda maiores, já que o profissional de saúde deve servir de modelo para os pacientes⁸.

Ante a situação alarmante relativa ao uso do tabaco, é necessário promover a educação da população contra o tabagismo, em especial, oferecer conteúdos que abordem a temática aos graduandos de Enfermagem. Segundo Santos¹³, uma vez fumantes, estes futuros profissionais preparados para atuarem na área da saúde se sentirão pouco a vontade para participar de orientações antitabagismo, pois não serão considerados bons exemplos para o aconselhamento contra o uso do cigarro.

Diante do problema, os profissionais da área da saúde nas diversas áreas de atuação devem abordar pessoas fumantes como portadores de uma enfermidade, assim como são abordados portadores de distúrbios e de quaisquer outras doenças.

Frente a todas essas considerações e a crescente preocupação acerca dos efeitos nocivos que o tabaco traz a população, faz-se necessária uma investigação sobre a prevalência do número de tabagistas entre graduandos do curso de enfermagem, e também uma análise do conhecimento obtido sobre o tabagismo durante a graduação, caracterizando, portanto, a finalidade deste estudo.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar se durante a o Curso de Graduação em Enfermagem foi transmitido aos graduandos conhecimento sobre o tabagismo.

Objetivos Específicos

Caracterizar os graduandos de enfermagem da 3ª e 4ª séries, segundo: sexo, idade, prática de atividade física, ser fumante ou não fumante.

Identificar o percentual de graduandos de enfermagem tabagistas nas séries estudadas.

Verificar se a Instituição de Ensino Superior (IES) contribuiu para o conhecimento dos graduandos sobre o risco do tabagismo para a saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado em uma IES do interior paulista que oferece diversos cursos de graduação, entre eles o de Enfermagem.

A amostra foi constituída por 39 alunos da 3ª série e 39 da 4ª série, fumantes e não fumantes, de ambos os sexos e com faixa etária entre 19 e 38 anos, matriculados no Curso de Graduação em Enfermagem no ano de 2009.

Foram excluídos da amostra dois alunos da 3ª série, por serem autores da pesquisa, totalizando 37 alunos na 3ª série.

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento com os seguintes temas e variáveis: sexo, faixa etária, prática de atividade física, uso do tabaco e participação que a IES exerceu sobre o conhecimento do risco causado pelo tabaco.

A coleta de dados foi realizada em junho de 2009, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

da instituição na qual o estudo foi realizado (parecer nº49/09), mediante o seguinte procedimento: as pesquisadoras reuniram os alunos em sala de aula, separadamente os da 3ª e 4ª séries, em horários de atividades regulares. Todos receberam o instrumento de coleta de dados e as orientações sobre o seu preenchimento.

Os sujeitos assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme o artigo 35, da Resolução nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, garantindo a sustentação do sigilo e anonimato de identidade dos participantes, além do direito de se recusarem a participar de qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer interferência em suas atividades acadêmicas.

Os dados foram analisados quantitativamente, considerando-se a estatística descritiva em números absolutos e percentuais, de acordo com as respostas obtidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados a seguir foram apresentados na forma de gráficos acompanhados do percentual estatístico. São pequenos os resultados encontrados no estudo se comparados com pesquisas semelhantes que demonstram percentual estatisticamente elevado de graduandos fumantes¹⁴.

Ao se pesquisar a variável relativa ao sexo dos graduandos entrevistados, 86,7% eram do sexo feminino e 13,2% correspondiam ao sexo masculino. A predominância do sexo feminino era esperada, pois tal proporção reflete o fato da enfermagem ainda ser uma profissão essencialmente feminina².

Quanto à faixa etária dos sujeitos, observou-se que a maioria (70,2%) tinha idade entre 19-25 anos, sendo essa predominante no estudo; 16,7% estavam na faixa etária de 26 a 30 anos e 12,9% entre 31 e 38 anos.

No Brasil o consumo precoce do cigarro preocupa cada vez mais as autoridades e os profissionais de saúde. Estatísticas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) mostram que é alto o número de crianças e adolescentes que já experimentaram o tabaco e seus derivados¹⁰. Neste estudo, os alunos indicaram ter iniciado seu hábito tabágico na adolescência, em média aos 15 anos de idade.

Para Nascimento e colaboradores¹⁵, os adolescentes entram em contato com o tabaco muito cedo, sendo a adolescência média a população de maior risco, independente do gênero e grau de escolaridade dos pais. Os profissionais de saúde devem oferecer uma atenção especial para a fase média da adolescência, pois nela os jovens são mais propensos a adquirir o hábito de fumar. Propostas educativas e preventivas devem abordar o adolescente ainda na fase precoce.

Os entrevistados eram na maioria indivíduos ativos (51,6%), com uma diferença mínima de pessoas cuja vida era sedentária (48,3%). Pela implicação da grande semelhança e profunda gravidade que têm o tabagismo e o sedentarismo, mais estudos são necessários para determinar se o tabagismo influencia o sedentarismo em universitários, visto que esses dois fatores podem ser evitados e sua coexistência predispõe os indivíduos a doenças¹⁶.

É necessário o incentivo da atividade física, haja vista o sedentarismo levar ao desencadeamento de doenças que relacionadas ao uso do tabaco potencializam o alto índice de morbi-mortalidade.

Deve-se ainda ressaltar que os elevados casos de câncer, doenças cardiovasculares, entre outras, estão relacionados não só ao tabagismo, mas à alimentação inadequada e ao sedentarismo.

Ao se analisar os resultados obtidos nesse estudo, identificou-se apenas uma minoria de graduandos fumantes com média de 7,95%. O Gráfico 1 refere os índices para cada série em relação ao uso do tabaco.

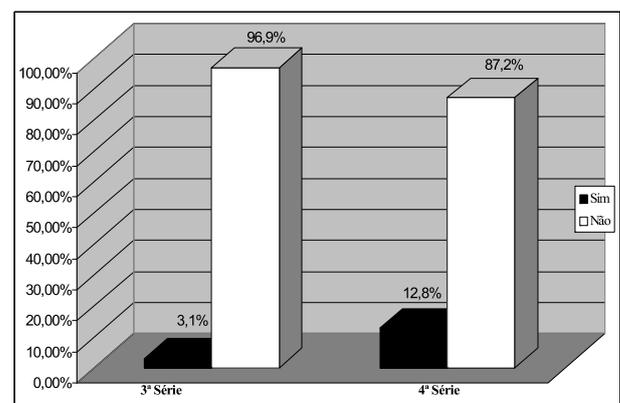


Gráfico 1 - Distribuição dos graduandos de enfermagem da 3ª e 4ª séries, quanto ao fato de serem fumantes e não-fumantes (Catanduva, 2009)

Pesquisa feita pelo INCA³ em duas universidades brasileiras, no Rio de Janeiro e em Porto Alegre, com estudantes de 18 a 24 anos, mostrou que ter amigos, irmão, namorado ou companheiro fumante aumenta em mais de seis vezes a chance de fumar.

Neste estudo, alguns alunos que negaram ser tabagistas, podem não ter sido verdadeiros, pois em outras ocasiões foram flagrados em fumódromos, corroborando com os resultados da pesquisa de Gonçalves e colaboradores¹².

É preciso destacar que desde 2002, a portaria interministerial nº 1.498 recomenda às instituições de saúde (clínicas e hospitais) e de ensino (escolas e universidades) que implantem programas de ambientes livres de tabaco. Uma estratégia bastante eficaz de controle do uso do tabaco tem sido a restrição ao fumo dentro de ambientes públicos fechados, além de ser uma das seis medidas recomendadas pela OMS para estimular o hábito de parar de fumar³.

Estudo realizado com estudantes de enfermagem de uma Escola Superior de Lisboa, Portugal, a fim de verificar suas representações sobre o fumo e a saúde, demonstrou que o fumo é visto como algo desagradável e causador de doenças como o câncer, porém também é citado como algo que dá prazer, especialmente quando no convívio coletivo¹⁷.

Pesquisa com estudantes da Faculdade de Enfermagem da UERJ, no Rio de Janeiro, aponta que embora o hábito de fumar seja uma prática disseminada entre os jovens, a ocorrência de fumantes foi pequena: 23 alunos (26%) de um total de 90 que experimentaram o fumo alguma vez na vida. Os autores enumeraram os principais fatores que levaram os estudantes a fumar, em ordem de importância: curiosidade e desejo, influência do grupo extrafamiliar e ajuda para aliviar tensões e estudos. Além destes dados, o estudo mostrou que a maioria dos que tentaram parar de fumar teve sucesso¹⁸.

Quanto ao conhecimento dos malefícios do uso do tabaco, todos os sujeitos, em ambas as séries, afirmaram conhecê-los. Contudo, conforme estudos de Sawicki e Rolim², muitos fumantes não têm consciência dos riscos do tabagismo à saúde e da adição de nicotina em seu organismo.

Evidencia-se, portanto, a importância de incessante empenho para desenvolver trabalhos de conscientização e inclusão do tema entre os jovens, com maior ênfase entre os graduandos da área de saúde, pois serão futuros multiplicadores de informações que podem refletir positivamente em decisões conscientes, a fim de diminuir consideravelmente o alto índice de tabagismo, mundialmente preocupante.

Quanto à abordagem do tabagismo em disciplina regular do curso, 69,5% dos sujeitos referem que isto não foi feito de forma adequada. O Gráfico 2 mostra os índices de acordo com as séries.

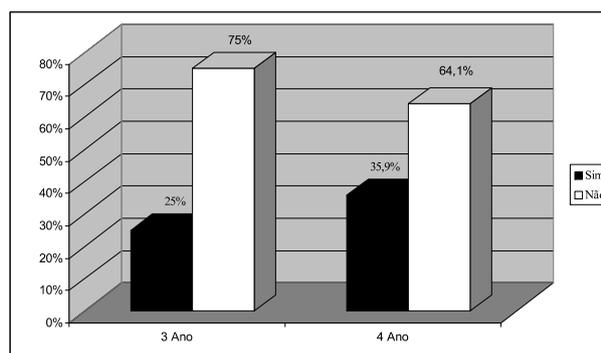


Gráfico 2 - Distribuição dos graduandos de enfermagem da 3ª e 4ª séries, segundo abordagem do tema tabagismo em disciplina regular da graduação (Catanduva, 2009)

Corroborando com os dados acima e em concordância com Santos, Rodrigues e Reinaldo¹⁹, é necessário também incentivar que este conteúdo seja trabalhado em outras disciplinas, além das específicas, e que o aluno tenha a possibilidade de realizar ações práticas, quer seja nos estágios curriculares ou em ações vinculadas a projetos de extensão. Os sujeitos da pesquisa referiram não ter recebido, durante a graduação, conteúdos específicos sobre o tabaco. Este é um aspecto fundamental, pois poderia ser trabalhado, mesmo que aos poucos, transmitindo aos graduandos de enfermagem os problemas que o tabagismo ocasiona a saúde.

Como esperado, os sujeitos responderam que o tema tabagismo deveria ser mais abordado (89,9%), e apenas a minoria (10,1%) não expressou a necessidade de receber conhecimentos específicos, por meio de conteúdos em sala de aula, mostrando-se satisfeita. O Gráfico 3 mostra os dados encontrados, segundo a série pesquisada.

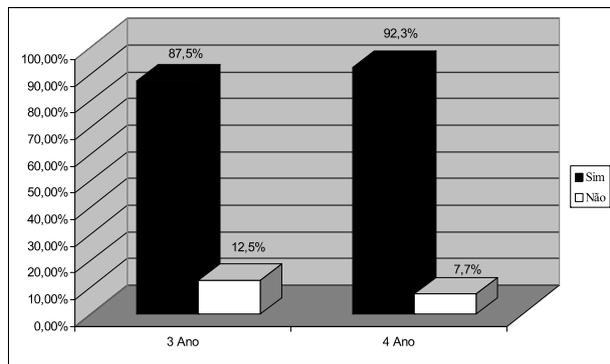


Gráfico 3 - Distribuição dos graduandos de enfermagem da 3ª e 4ª séries, segundo a abordagem do tabagismo em sala de aula (Catanduva, 2009)

Temáticas acerca da prevenção e conscientização das alterações orgânicas e malefícios do tabagismo durante a graduação de enfermagem são de suma importância, no entanto, por vezes desconsideradas ou subestimadas. Pesquisa do INCA³, realizada em quatro capitais do país, mostrou que apenas 50% dos estudantes universitários do terceiro ano dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e farmácia receberam na faculdade conhecimentos sobre métodos e tratamentos que lhes permitiram aprender a evitar o tabagismo e a parar de fumar.

A esfera profissional pode sofrer prejuízos, em se tratando da conquista de um vínculo empregatício, como também na relação de confiança que deve existir entre o binômio profissional-paciente, visto que um futuro profissional de saúde deveria, por todas as informações que possui, ser exemplo de um indivíduo portador de hábitos e estilo de vida saudáveis. Deve-se considerar que o enfermeiro tabagista será uma influência negativa ao cliente que deseja deixar o tabagismo⁸.

Pesquisa realizada com estudantes de 18 a 24 anos de universidades públicas e privadas de quatro capitais brasileiras mostra que apenas a metade dos entrevistados discutiu em aula os mecanismos psicológicos e comportamentais diretamente ligados ao ato de fumar. Esse é um dado preocupante, pois se trata de um conhecimento que o profissional precisa ter para abordar e cuidar de pessoas fumantes. Além disso, 20% dos estudantes não acreditam que é papel do profissional de saúde aconselhar o paciente a parar de fumar³.

Outro dado apontado pela pesquisa refere que 90% dos alunos receberam informações sobre os perigos do consumo do tabaco para a saúde dos fumantes. Porém,

30% dos sujeitos não acreditam que os profissionais de saúde sejam um modelo de comportamento para os pacientes; também não creem que seu comportamento em relação ao fumo possa influenciar o paciente a deixar de fumar³.

Contudo, a OMS defende que uma das ações dos profissionais de saúde seja a de propor às pessoas que assistem a cessação do hábito de fumar. O Ministério da Saúde no Brasil também faz essa recomendação, afirmando que o aconselhamento pode ser feito de forma breve, durante a rotina de atendimento. Desde 2004, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde, o Ministério vem implantando o tratamento do tabagismo na rede do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

Os dados do Gráfico 4 revelam o conhecimento dos sujeitos acerca do hábito de fumar, segundo a divisão em séries. No total, 76,5% sujeitos afirmam conhecer os prejuízos dessa prática, contra 23,2% cuja resposta não se mostrou adequada.

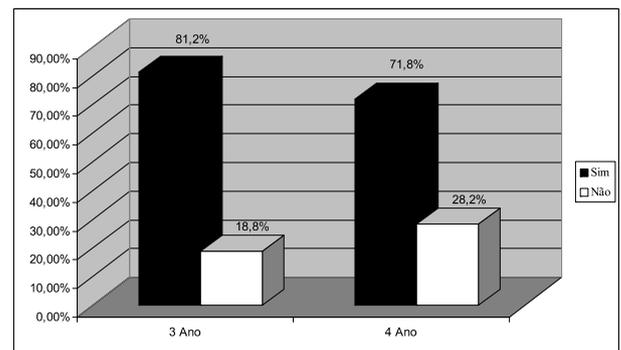


Gráfico 4 - Distribuição dos graduandos da 3ª e 4ª séries, segundo a obtenção de conhecimento acerca dos prejuízos do hábito de fumar (Catanduva, 2009)

Ressalta-se a evidência de um grande percentual de futuros enfermeiros sensibilizados acerca dos efeitos nocivos do tabagismo, embora pudessem ter recebido na graduação uma melhor formação sobre o vício e maior acesso a informação sobre os efeitos negativos do uso do tabaco.

Apesar de insatisfeitos quanto ao conteúdo oferecido pela IES sobre tabagismo, durante a graduação os acadêmicos de enfermagem adquiriram conhecimento quanto ao uso do tabaco por meio de campanhas oferecidas ao público pelo Ministério da Saúde, além das campanhas publicitárias e comerciais.

O Gráfico 5 demonstra a insatisfação dos graduandos de enfermagem, divididos por série, quanto à participação da IES em relação aos programas educativos oferecidos. No total, um percentual elevado (78,8%) de estudantes referiu sua insatisfação.

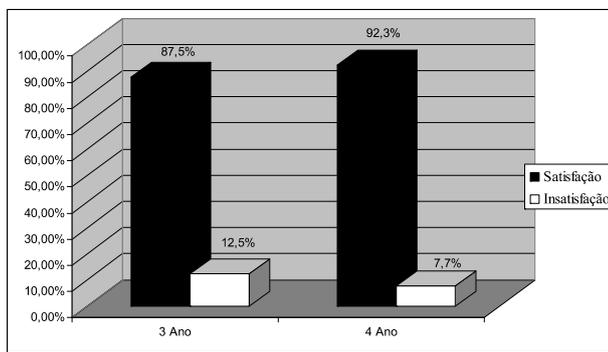


Gráfico 5 - Distribuição dos graduandos da 3ª e 4ª séries, segundo a satisfação em relação às campanhas educativas oferecidas pela IES (Catanduva, 2009)

Conhecimento acerca da prevalência do tabagismo entre universitários e sua divulgação pode levar acadêmicos, educadores e gestores na área da educação à conscientização e posterior elaboração e implantação de programas preventivos contra o tabagismo¹⁶.

Durante a graduação, podem ser oferecidas aos universitários oportunidades de intervenção no hábito de fumar, por meio de medidas antitabágicas que auxiliem a cessação do vício do fumo, capazes de contribuir, ao longo do tempo, na queda da morbimortalidade relacionada a esse vício¹⁴.

A IES tem papel fundamental na adoção de planos e ações preventivas para proporcionar aos graduandos a possibilidade de modificar junto à comunidade na qual estejam inseridos, hábitos prejudiciais a saúde.

O Gráfico 6 apresenta dados acerca do uso do tabaco entre os sujeitos fumantes da pesquisa, durante o curso. Tabagistas que alegaram estar "conscientes" dos prejuízos causados pelo fumo não diminuíram o hábito de fumar (66,6%), o que coincide com os achados de Cardoso, Santos e Berardinelli⁸.

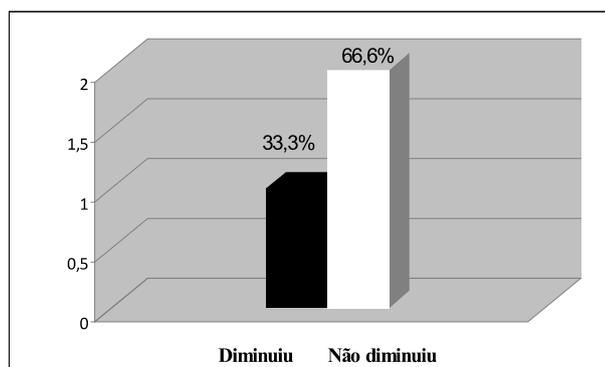


Gráfico 6 - Distribuição dos graduandos de enfermagem da 3ª e 4ª séries, segundo o hábito de fumar durante a graduação (Catanduva, 2009)

Estudo realizado com estudantes universitários no Chile, nas carreiras de medicina e engenharia, mostrou que à medida que os estudantes de medicina avançam na carreira, aumenta seu conhecimento do tabagismo como fator determinante de enfermidades, porém, as taxas de uso do tabaco entre os estudantes não diminuem²⁰.

Pesquisa com estudantes universitários de Cuiabá-MT, em 1999, com o objetivo de caracterizar o perfil psicológico e a correlação com o consumo de tabaco, a fim de fornecer subsídios para melhor compreender a problemática do abandono do tabagismo, sugere a hipótese de que universitários fumantes tendem a ser descuidados consigo próprios e com sua saúde. Por isso, os argumentos a serem utilizados para convencer alguém a deixar de fumar devem ter abordagem diferenciada da visão comum sobre prováveis doenças ocasionadas pelo fumo. Neste sentido, são importantes as terapias com base no reforço da autoestima e cuidado pessoal, já que o estudo revelou que estudantes que fumam mais, possivelmente, apresentam maior necessidade de aprovação e aceitação social. Por outro lado, fumantes tendem a ser mais descuidados, relaxados e imprudentes²¹.

Nos Estados Unidos, um estudo com estudantes universitários que faziam uso do tabaco, apontou que estes estavam mais propensos a seguir comportamentos de risco, tais como uso de álcool em excesso e sexo sem proteção, do que estudantes não fumantes²².

Estudo que avaliou a participação de estudantes da Universidade de Caxias do Sul em um programa de tratamento do tabagismo revelou que 58,5% dos estudantes não se inscreveram no programa porque não se consideravam viciados. Os autores afirmam que entre os estudantes a ideia de vício não está clara e que o tabagismo não é considerado um problema. Eles não se consideram viciados e acreditam que podem parar de fumar quando quiserem. Em graus variados reconhecem que fumar prejudica a saúde e ocasiona doenças, porém não sentem necessidade de parar²³.

Para o INCA³ há um cenário favorável para a implantação de um programa de cessação do uso do tabaco entre estudantes universitários, apesar das universidades serem ambientes favoráveis à iniciação dos

jovens no tabagismo. Entre as propostas estão contempladas ações para manter o ambiente universitário livre de tabaco, para inserir o tema tabagismo no conteúdo programático dos cursos e para realizar ações educativas e de comunicação sobre o tema.

É importante pensar em políticas públicas de promoção da saúde que possam modificar comportamentos de grandes grupos como crianças e jovens, já que ambos, principalmente, são mais vulneráveis ao hábito de fumar. É preciso conscientizá-los acerca da adoção de hábitos saudáveis¹⁷.

Também há necessidades de reflexões sobre o custo que o tabagismo representa para a saúde pública em termos de mortes prematuras, inaptidão da população produtiva e deterioração da qualidade de vida dos fumantes (passivos ou não), além dos sofrimentos crônicos causados pelo tabagismo afetando o orçamento dos sistemas de atenção à saúde¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os vícios adotados por universitários, o tabagismo ainda é uma prática frequente, apesar dos inúmeros malefícios à saúde, ao meio ambiente e à economia. Neste estudo evidenciou-se a necessidade de inclusão do tema tabagismo e suas

consequências nas disciplinas do curso de graduação em enfermagem.

O enfermeiro pode e deve realizar muitas atividades no combate ao tabagismo, utilizando vários meios para este fim, mas para isso é necessário que receba formação adequada. Entretanto, deve modificar hábitos e atitudes frente ao tabagismo, possibilitando prevenir prejuízos causados à saúde pelo uso do tabaco.

Informações obtidas por meio de estudos científicos podem contribuir na inserção do tema em diferentes momentos das disciplinas da graduação, em especial aquelas que fazem interface com a problemática, como clínica médica, enfermagem psiquiátrica, saúde pública, saúde da criança e do adolescente, dentre outras. Entretanto, as medidas tomadas devem interpor-se em uma composição multi e interdisciplinar.

Dada a importância e responsabilidade das IES, não somente junto aos graduandos e servidores, mas com a sociedade em geral, sugere-se a implantação de ações educativas multivariadas no combate ao tabaco, promovendo reflexões e medidas de suporte que auxiliem a diminuir o tabagismo entre estudantes e a população em geral. É essencial também, intermediar conhecimento com ações de prevenção ao uso do tabaco, de forma a tornar as propostas mais efetivas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e tratamento do fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro; 2001.
2. Sawicki WC, Rolim MA. Graduandos de enfermagem e sua relação com o tabagismo. Rev Esc Enferm USP. 2004 jun; 38(2):181-9.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Vigilância do Tabagismo em Universitários da Área da Saúde, Agência INCA de Notícias, 28/08/2009 [acesso em 2009 Jul 9]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=2191
4. Organização Mundial de Saúde. Tabagismo e saúde nos países em desenvolvimento. Fev. 2003. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer (INCA) [acesso em 2009 Jul 9]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo_saude.pdf
5. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tabagismo: dados e números. [acesso em 2009 Jul 9]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>
6. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer (INCA). [acesso em 2009 Jul 9]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=brasil.htm>
7. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la epidemia de tabagismo y el control mundial del tabaco. Reportajes, cifras y datos. 7 febrero 2008. [acesso em 2009 Jul 9]. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es/index.html
8. Cardoso BAP, Santos MLSC, Berardinelli LMM. A relação estilo de vida e tabagismo entre acadêmicos de enfermagem. Rev Eletrônica de Enferm. 2009 [acesso em 2009 Ago 11];11(2):368-74. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a18.htm>
9. Oguisso T, Seki LK. A prevalência do tabagismo entre estudantes de graduação da escola de enfermagem da universidade de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2001 Mar; 35(1):19-27.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer (INCA). O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. 2004 [acesso em 2009 Jul 01]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2004/tabag_br_folheto_04.pdf
11. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer (INCA). Relatório de OMS sobre a epidemia global de tabagismo. Pacote MPOWE. 2008 2004 [acesso em 2009 Jul 01]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_relatorio.pdf
12. Gonçalves MTAM, Buzo AAOB, Kinock BCT, Mapo MBL. O enfermeiro na educação continuada sobre o tabagismo. Rev Ciências Biológicas e Saúde [acesso em 2009 Maio 29]. 2006;1(1):38-44. Disponível em: <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/rencs/article/viewArticle/332>
13. Santos M. Tabagismo na enfermagem. Rev Coren-SP [acesso em 2009 Ago 11]. 2005 Jun;(57):22-23. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/072005/noticias/revista/anteriores/57/22.pdf>
14. Andrade APA, Bernardo ACC, Viegas CAA, Ferreira DBL, Gomes TC, Sales MR. Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. J Brasil de Pneumol. 2006; 1(32):23-8.
15. Nascimento D, Soares EA, Feitosa S, Colares V. O hábito do tabagismo entre adolescentes na cidade de Recife. Rev Odonto Ciência. 2005 Out; 20(50):348-53.

16. Rodrigues ESR, Cheik NC, Mayer AF. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. *Rev. Saúde Pública* [acesso em 2009 Ago 17]. 2008;42(4):672-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000400013&script=sci_abstract&lng=pt
17. Silva AO, Sousa CMM, Gaspar MFM, Paredes MAS, Tura LFR, Jesuíno JC. Tabaco e saúde no olhar de estudantes universitários. *Rev. Bras. Enferm.* [acesso em 2009 Jul 11]2008 Aug;61(4):423-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000400004&script=sci_arttext
18. Matsumoto KS, Craveiro MF, Rocha PR, Lopes GT. O uso do tabaco entre os universitários de enfermagem da Universidade do estado do Rio de Janeiro (UERJ). *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.) 2005 Ago [acesso em 2009 Jul 11];1(2):1-13. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100013&lng=pt&nrm=iso
19. Santos KP, Rodrigues A, Reinaldo MAS. Relação entre a formação acadêmica dos estudantes de enfermagem e sua percepção quanto ao tabagismo. *Rev Eletrônica Enferm.* 2007 [acesso em 2009 Ago 14];9(2):432-42. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a11.htm>
20. Grazia J, Faivovich D, Falcón F, Díaz R, Yentzen G, Kunstmann S. Prevalencia de tabaquismo y actitud de cambio frente al hábito tabáquico en universitarios chilenos: importancia de la formación médica. *Rev Chil Salud Pública.* 2009; 13(2):72-81.
21. Rondina RC, Moratelli HB, Botelho C. Tabagismo e características da personalidade em estudantes universitários. *Rev Psiquiatria Clínica.* 2001 [acesso em 2009 Ago 11];28(2). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n2/artigos/art52.htm>
22. Copeland AL, Kulesza M, Patterson SM, Terlecki MA. College student smokers' cognitive appraisal of high-risk activities. *J Am Coll Health.* 2009 Nov-Dec; 58(3):203-12.
23. Spiandorello WP, Filippini LZ, Dal Pizzol A, Kreische F, Soligo DS, Spiandorello T et al. Avaliação da participação de pequeno número de estudantes universitários em um programa de tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2007 Fev [acesso em 2009 Ago 11];33(1):69-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33n1/a14v33n1.pdf>

LIDERANÇA NA ENFERMAGEM: APRENDIZADO NA GRADUAÇÃO

LEADERSHIP IN NURSING: LEARNING IN GRADUATE

LIDERAZGO EN ENFERMERÍA: LICENCIADO EN EL APRENDIZAJE

Maria Regina Lourenço Jabur*, Mariana da Silva Dusso**, Melina Cano de Haro**

Resumo

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação propõe que os egressos possam vir a ser profissionais críticos e reflexivos, diante das demandas atuais do mercado de trabalho e aponta, dentre as competências e habilidades gerais dos profissionais de saúde, a liderança como uma das principais competências a ser adquirida. O objetivo geral do estudo foi avaliar a percepção dos egressos de um curso de graduação em enfermagem de uma instituição de ensino do interior paulista, quanto ao conteúdo programático de liderança desenvolvido na graduação e os objetivos específicos: verificar se o conteúdo favoreceu o aprendizado; identificar se as habilidades necessárias ao líder foram desenvolvidas na graduação; identificar as facilidades e dificuldades dos egressos no exercício da liderança e as possíveis sugestões para modificação do conteúdo programático. Estudo descritivo, quantitativo envolvendo 36 egressos que atuavam no mercado de trabalho há mais de um ano na cidade de Catanduva-SP. A coleta ocorreu no período de junho a agosto de 2009 por meio de uma entrevista semi-estruturada. Dos sujeitos participantes 22 (61,1%) se encontravam com idade entre 25 a 29 anos; 28 (77,8%) eram do gênero feminino, 23 (63,9%) haviam se formado entre três e cinco anos. Quanto ao conteúdo programático sobre liderança 24 (66,7%) disseram ter sido satisfatório; 12 (33,3%) o consideraram insatisfatório apresentando as justificativas, e 30 (83,3%) referiram que favoreceu o aprendizado. As habilidades apreendidas citadas foram: relacionamento interpessoal; comunicação; negociação e bom senso. Para 9 (25%) todas as habilidades citadas foram desenvolvidas durante a graduação, 16 (44,5%) em parte e 11 (30,5%) alegaram que nenhuma delas foi aprendida durante o curso de graduação. Facilidades fundamentais referidas para o exercício da liderança: "saber ouvir" e "negociação". Quanto às dificuldades: "falta de experiência", "relacionamento com funcionários mais antigos", "não ser autoritário". Foram apontadas como sugestões: oferecer mais dinâmicas e vivências, palestras, além de aumentar a carga horária dessas disciplinas.

Palavras-chave: Liderança. Egressos. Graduação.

Abstract

The Law of Directives and Bases of Education proposes that the graduates are likely to be critical and reflective practitioners, given the current demands of the labor market and points, among the general competencies and skills of health professionals, leadership skills as a major to be acquired. The overall objective of the study was to evaluate the perception of graduates of an undergraduate degree in nursing from an educational institution in São Paulo, on the syllabus developed leadership in undergraduate and specific objectives: to determine if the content encouraged learning, identify if the skills were developed to the leader in undergraduate, identify the advantages and difficulties of graduates to exercise leadership and possible suggestions for modification of the curriculum. Descriptive study, quanti involving 36 students who worked in the labor market for over a year in the city of Catanduva SP. Data collection occurred during June-August 2009 through a semi-structured interview. Of the 22 participating subjects (61.1%) were aged 25-29 years, 28 (77.8%) were female, 23 (63.9%) had been formed between three and five years. As for the syllabus on leadership 24 (66.7%) said they had been satisfactory, and 12 (33.3%) considered unsatisfactory presenting the justifications, and 30 (83.3%) reported that fostered learning. The skills learned mentioned were: interpersonal relationships, communication, negotiation and common sense. For 9 (25%) mentioned all the skills were developed during graduation, 16 (44.5%) partially and 11 (30.5%) claimed that none were taught during the undergraduate course. Basic facilities mentioned for the exercise of leadership, "to listen" and "negotiation." As for the difficulties: "lack of experience", "relationship with senior officials," not authoritative ". Suggestions have been identified as: providing the most dynamic and experiences, lectures, and increase the workload of these disciplines.

Keywords: Leadership. Graduates. Graduation.

Resumen

La Ley de Directrices y Bases de Educación propone que los graduados puedan ser profesionales críticos y reflexivos, dadas las exigencias actuales del mercado de trabajo y los puntos, entre las competencias generales y competencias de los profesionales de la salud, habilidades de liderazgo como una de las principales a adquirir. El objetivo general del estudio fue evaluar la percepción de los graduados de una licenciatura en enfermería de una institución educativa en São Paulo, a los dirigentes programa desarrollado en los objetivos de pregrado y específicos: determinar si el contenido de fomentar el aprendizaje, identificar si las competencias se desarrollaron para el líder en pregrado, identificar las ventajas y dificultades de los titulados para ejercer el liderazgo y posibles sugerencias para la modificación del plan de estudios. Estudio descriptivo, las cantidades con 36 estudiantes que trabajaron en el mercado laboral durante más de un año en la ciudad de Catanduva SP. Los datos fueron recolectados durante junio-agosto de 2009 a través de una entrevista semi-estructurada. De los 22 sujetos participantes (61,1%) tenían entre 25-29 años, 28 (77,8%) eran mujeres, 23 (63,9%) se había formado entre tres y cinco años. En cuanto al programa de estudios sobre el liderazgo de 24 (66,7%) dijeron que habían sido satisfactorios, y 12 (33,3%) consideró insatisfactoria la presentación de las justificaciones, y 30 (83,3%) informaron que fomenta el aprendizaje. Las habilidades aprendidas citados fueron: las relaciones interpersonales, la comunicación, la negociación y el sentido común. Durante 9 (25%) mencionaron todas las competencias se desarrollaron durante la graduación de 16 (44,5%), parcialmente y 11 (30,5%) afirmó que ninguno se enseñan en el curso de graduación. Las instalaciones básicas para

* Doutora em Enfermagem. Docente das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: mrl.jabur@terra.com.br

** Discentes do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil.

ejercer el liderazgo, "escuchar" y "negociación". En cuanto a las dificultades: "la falta de experiencia", las "relaciones con altos funcionarios," no autorizada ". Sido identificados como sugerencias: oferta más dinámica, experiencias, conferencias, además de aumentar la carga de trabajo de estas disciplinas. Las instalaciones básicas mencionadas para el ejercicio de liderazgo, "escuchar" y "negociación". En cuanto a las dificultades: "la falta de experiencia", las "relaciones con altos funcionarios," no autorizada ". Sugerencias han sido identificados como: abastecimiento de las más dinámicas y experiencias, conferencias, y aumentar la carga de trabajo de estas disciplinas.

Palabras clave: Liderazgo. Losgraduados. Graduación.

INTRODUÇÃO

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) oferece às escolas bases filosóficas, metodológicas e conceituais, norteadas por ocasião da elaboração dos projetos pedagógicos¹. As Diretrizes Curriculares Nacionais propõem que a formação do enfermeiro seja vinculada às demandas e as necessidades da comunidade, de acordo com o quadro epidemiológico da região². Aponta a LDB que os egressos, a partir de projetos pedagógicos bem elaborados, possam vir a ser profissionais mais críticos e reflexivos, diante do mercado de trabalho, indicando, portanto as competências e habilidades gerais dos profissionais de saúde.

São várias as competências apontadas pela LDB, dentre elas: atenção a saúde; tomada de decisão; liderança; educação permanente; comunicação; administração e gerenciamento, destacando-se a liderança como uma das principais competências a ser adquirida¹.

O enfermeiro, inserido no contexto institucional de saúde, é o profissional que, cada vez mais assume a coordenação da equipe de enfermagem e/ou multiprofissional. Portanto, é imprescindível que esta competência seja desenvolvida já na graduação e aprimorada durante a prática profissional.

A liderança é fundamental para a gestão e a assistência de enfermagem³. Liderança consiste na capacidade de persuadir servidores a aceitar idéias novas e a implementá-las⁴. Também, é definida como o processo de influenciar indivíduos ou grupos para a consecução de um objetivo numa dada situação⁵.

A liderança servidora define o líder como o indivíduo que desenvolveu habilidades que irão ao encontro das reais necessidades dos sujeitos liderados, influenciando-os a trabalharem entusiasticamente, visando atingir objetivos comuns, além de inspirar a confiança a ser obtida pela força do caráter⁶.

No conjunto variado de habilidades que um líder deve ter, destacam-se como essenciais, o bom

relacionamento interpessoal e a comunicação, o bom senso e capacidade para tomar decisões, negociação e visão para antever o futuro.

Considera-se, portanto, que o conteúdo programático acerca da liderança desenvolvido nos cursos de graduação deva ser adequado ao desenvolvimento das habilidades pessoais para que a pessoa possa liderar com segurança nas diferentes situações no ambiente cotidiano de trabalho. É fundamental uma avaliação do desenvolvimento dessas habilidades, logo após a conclusão do curso, quando os profissionais já estão inseridos no mercado de trabalho, considerada esta uma adequada forma de avaliar o conteúdo programático desenvolvido durante o curso de graduação.

A avaliação educacional se configura como um campo em expansão no Brasil. É uma prática que possibilita a transparência das realizações institucionais voltadas para a comunidade universitária e para a sociedade. Dentre as diversas alternativas de avaliação, a opinião dos egressos quando este já está exercendo sua profissão, é fundamental⁷.

Os egressos, após a sua inserção no mercado de trabalho, enfrentam cotidianamente, situações complexas que os levam a confrontar o ensino e as competências adquiridas durante o curso, com as requeridas no exercício profissional. Este aspecto é considerado elemento chave para avaliar a adequação da estrutura pedagógica e os aspectos da formação acadêmica. Entretanto, no Brasil existem poucos estudos avaliando os enfermeiros logo após a conclusão do curso, buscando evidenciar as percepções dos egressos, enquanto um indicador de avaliação institucional⁷.

Na revisão bibliográfica, sobre a temática, evidenciou-se na literatura nacional, que estudiosos já concentram buscas para verificar a inserção dos egressos no mercado de trabalho, bem como suas dificuldades e facilidades, servindo também de subsídios para que mudanças curriculares possam ocorrer.

Dentre os estudos desenvolvidos sobre essa temática, uma pesquisa desenvolvida por docentes do curso de graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP com 59 egressos de enfermagem graduados até 1996, teve como objetivo verificar a inserção dos profissionais no mercado de trabalho, enquanto um parâmetro para avaliar a qualidade do ensino⁸.

Um estudo realizado para verificar a inserção dos egressos do programa de especialização em enfermagem na Modalidade Residência em UTI da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP) realizado em 2004, apontou que na prática administrativa e de gerenciamento da unidade de terapia intensiva, a liderança da equipe de trabalho e o relacionamento interpessoal foram as dificuldades mais citadas pelos egressos em seus locais de trabalho, estando relacionadas a conteúdos teórico-práticos deficitários durante o período da residência⁹.

Na instituição onde foi desenvolvido este estudo, uma pesquisa do curso de graduação em enfermagem verificou as expectativas e as oportunidades no mercado de trabalho, junto a 46 egressos. Destes, 30 (65%), apontaram como principal expectativa a rápida inserção no mercado de trabalho após a graduação, alegando que a formação acadêmica recebida no curso de graduação foi suficiente para boa inclusão no mercado de trabalho¹⁰.

Um outro estudo desenvolvido sobre a opinião de enfermeiros acerca da formação acadêmica, relacionada ao aprendizado da liderança, também apontou a insatisfação por parte da maioria dos profissionais frente ao ensino-aprendizagem, tanto referente à abordagem teórica quanto a falta de modelos de liderança e diferentes oportunidades para vivenciar as situações de liderança durante o ensino clínico¹¹.

Uma pesquisa realizada com 32 egressos inseridos no mercado de trabalho, visou avaliar a formação dos enfermeiros através da percepção dos egressos de 2003 do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo. Neste estudo, os sujeitos sugeriram a inclusão de metodologias de ensino que valorizem a interdisciplinaridade, destacando a necessidade de uma revisão da carga horária das disciplinas relacionadas a administração e liderança em enfermagem.

Assim, este estudo se propôs a avaliar a percepção de egressos quanto ao conteúdo oferecido sobre liderança, nas disciplinas de administração e gestão hospitalar, cujo propósito é, diante dos resultados, apresentar subsídios para a revisão do conteúdo programático, atualmente oferecido pela instituição de ensino.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a percepção dos egressos de um Curso de Graduação em Enfermagem em uma instituição de ensino do interior paulista, quanto ao conteúdo de liderança desenvolvido durante o curso da graduação em enfermagem.

Nos objetivos específicos buscou-se verificar se o conteúdo favoreceu o aprendizado; identificar as habilidades necessárias ao líder e se estas foram desenvolvidas na graduação; identificar as facilidades e dificuldades dos egressos no exercício da liderança, enquanto profissionais, e as sugestões dos mesmos para modificação no conteúdo programático.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, quantitativo realizado com 36 egressos que atuavam no mercado de trabalho há mais de um ano na cidade de Catanduva-SP. A coleta dos dados ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Padre Albino e foi realizada nos meses de junho, julho e agosto de 2009, autorizada sob o parecer nº. 66/09. Utilizou-se a técnica de entrevista com um roteiro semiestruturado, após os participantes terem assinado o termo de consentimento pré e pós-esclarecido. Os dados foram analisados em frequência simples e na forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A entrevista semi-estruturada abordou questões referentes ao conteúdo de liderança oferecido no curso de Graduação em Enfermagem, mais especificamente nas disciplinas relacionadas a administração e gestão hospitalar.

Dos 36 sujeitos que participaram do estudo, 22 (61,1%) se encontravam na faixa etária de 25 a 29 anos; 28 (77,8%) eram do gênero feminino, 23 (63,9%) haviam se formado há três, quatro ou há cinco anos, 22 (61,1%)

trabalhavam na área hospitalar; 8 (22,2%) em saúde coletiva e 6 (16,7%) trabalhavam atuando nas duas áreas.

Em relação ao conteúdo de liderança oferecido nas disciplinas, 24 (66,7%) dos sujeitos alegaram ter sido satisfatório, referindo que o conteúdo "forneceu conhecimento e base para liderar a equipe, com visão suficiente para exercer a liderança em diferentes contextos". Entretanto, na opinião de 12 sujeitos (33,3%) o conteúdo oferecido na graduação foi considerado insatisfatório, cuja justificativa atribuída, foi assim expressa "foi focada a teoria, deixando a desejar a prática e a realidade nas instituições".

Em estudo semelhante, realizado em 2000 com 17 enfermeiros, os autores evidenciaram o sentimento de insatisfação por parte da maioria dos entrevistados quanto ao conteúdo oferecido sobre o tema liderança na graduação de enfermagem. Na visão dos sujeitos, a insatisfação ficou caracterizada por meio de relatos que registravam falhas no processo ensino-aprendizagem da liderança, destacando-se também a falta de oportunidades para vivenciarem situações práticas¹¹.

Quando os sujeitos do estudo foram interrogados se o conteúdo disponibilizado havia favorecido o aprendizado durante o curso: 30 (83,3%) dos entrevistados afirmaram que sim, alegando "forneceu uma boa noção do que é liderança" e "o conteúdo auxiliou no momento em que foi preciso colocar o aprendizado em prática em diferentes situações, foi primordial". Porém, 6 pessoas (16,6%) alegaram que o conteúdo não favoreceu o aprendizado, referindo "o conteúdo foi muito informativo e vago, ficando o conteúdo prático a desejar".

Na análise das primeiras questões pesquisadas, foi possível inferir que apesar da maioria apontar que o conteúdo favoreceu o aprendizado, foi destacada também a necessidade de uma melhor relação entre o conteúdo teórico-prático, enquanto um manifesto de anseio dos egressos para que ocorra uma boa aprendizagem.

Quanto às habilidades, as mais apontadas pelos egressos, como necessárias ao exercício da liderança foram: relacionamento interpessoal; comunicação; negociação e bom senso. Os egressos foram interrogados quanto às habilidades citadas e se estas haviam sido desenvolvidas na graduação de enfermagem, obtendo-se como resultado:

9 (25%) dos sujeitos alegaram que todas as habilidades foram desenvolvidas, 16 (44,5%) responderam que em parte e 11 (30,5%) informaram que nenhuma habilidade fora desenvolvida. As habilidades em liderança são abordadas durante todo o curso de graduação, pois estas perpassam várias disciplinas em vários momentos de ensino-clínico, além da ênfase e o destaque durante as disciplinas de administração e gestão hospitalar. Foi notória também a necessidade de serem desenvolvidos tais conceitos, por meio de vivências e situações mais concretas.

Foi perguntado também aos egressos sobre as facilidades e dificuldades que sentiram ao exercitar a liderança na profissão. As facilidades apontadas foram "saber ouvir" e "negociar" como respostas mais prevalente. Foi também referido que estas habilidades ajudaram nas inter-relações com a equipe de trabalho.

Analisando as respostas emitidas, percebeu-se um contra senso, pois apesar de alguns sujeitos do estudo terem alegado na resposta anterior que estas habilidades não haviam sido desenvolvidas, relataram facilidade para o exercício dessas habilidades na liderança profissional.

Acerca das dificuldades no exercício da liderança foram alegadas: "falta de experiência" gerando insegurança; "relacionamento com funcionários mais antigos", principalmente para obterem a colaboração ante o sistema de trabalho proposto; "não ser autoritário" e "lidar com personalidades diferentes em uma mesma equipe de trabalho".

Todas estas dificuldades são esperadas em relacionamentos interpessoais e junto a grupos de egressos jovens, como os pertencentes à população do estudo, principalmente pela inexperiência e pouca experiência profissional.

Quanto às sugestões para mudanças no conteúdo programático, visando a um melhor aprendizado, 27 (75%) dos egressos apontaram ser necessário modificar a apresentação do conteúdo, devendo este ser desenvolvido através de dinâmicas de grupo e vivências de situações que representem e melhor contemplem a realidade do cotidiano das instituições de saúde, além de palestras. Sugeriram também, aumentar a carga horária das disciplinas sobre liderança em administração e gestão hospitalar e ainda oferecer como disciplina optativa, cursos de extensão sobre liderança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo com 36 egressos proporcionou a identificação de questões centrais para o exercício da liderança, na aprendizagem desse conteúdo durante o curso de graduação de enfermagem. Destacou-se como importante a avaliação dos egressos quanto ao conteúdo programático das disciplinas, principalmente de administração e gestão.

Os egressos relataram que após a conclusão do curso, no exercício profissional, especialmente na

coordenação da equipe de enfermagem, emergem situações, as quais exigem, não apenas o conhecimento teórico, mas a aplicação imediata dos conceitos de liderança.

Foi referido também que apesar do ensino de liderança oferecido na graduação ter favorecido o aprendizado, é necessário aumentar a carga horária e diversificar a apresentação do conteúdo, e que este esteja vinculado à prática clínica, para que ainda na fase de aprendizagem o graduando conheça melhor a realidade das instituições de saúde.

REFERENCIAS

1. Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(3):492-9.
2. Meira MDD. Avaliação da formação do enfermeiro: percepção de egressos de um curso de graduação em enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP; 2007.
3. Lourenço MR. Práticas de liderança de sucesso na enfermagem brasileira [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP; 2000.
4. Kouzes JM, Posner BZ. O desafio da liderança. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
5. Hersey P, Blanchard KH. Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional. São Paulo: EPV; 1986.
6. Hunter JC. Como se tornar um líder servidor. Rio de Janeiro: Sextante; 2006.
7. Meira MDD, Kurcgant P. Avaliação de curso de graduação segundo egressos. *Rev Esc Enferm USP [periódico na internet]*. 2009 Jun. [acesso em 2009 out 21]; 43(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0080-62342009000200031>
8. Soler ZASG, Perroca MG, Santos MSLG, Santos MR. Inserção dos egressos do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto no mercado de trabalho parâmetros para avaliação da qualidade de ensino. *Acta Paul Enferm*. 2001; 14(1):37-47.
9. Santos VP, Whitaker IY, Zanei SSV. Especialização em enfermagem modalidade residência em unidade de terapia intensiva: egressos no mercado de trabalho. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007; 28(2):193-9.
10. Zborowski IP, Jabur MRL, Lúcio DE, Sperandio DB, Dias E. Enfermeiros egressos: expectativas e oportunidades no mercado de trabalho. *CuidArte Enferm*. 2009; 3(1):41-5.
11. Simões ALA, Fávero N. Aprendizagem da liderança: opinião de enfermeiros sobre a formação acadêmica. *Rev latinoam Enferm*. 2000; 8(3):9-6.

AUTISMO: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

AUTISM AND NURSING STAFF'S KNOWLEDGE

AUTISMO: CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Sandra Cristina Nunes*, Tainá Zamboni Souza*, Carina Tatiana Giunco**

Resumo

O autismo decorre de um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por déficit nas áreas de interação social, comunicação e comportamento. O diagnóstico é difícil e basicamente clínico, porém, quando detectado precocemente permite a escolha de um tratamento adequado e individualizado, melhorando a qualidade de vida do autista e da família. Investigar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o autismo é de grande importância, visto ser ela, geralmente quem detecta os primeiros sinais e sintomas contribuindo para uma intervenção melhor. O estudo teve como objetivo verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os sinais e sintomas precoces no indivíduo autista. Estudo quantitativo e exploratório, desenvolvido por meio de um questionário com questões fechadas, aplicado a 78 profissionais, dentre eles, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família em um município do interior paulista. Os resultados evidenciaram que 12 sujeitos (15%) já haviam entrado em contato com crianças autistas e suas famílias e 49 (43%) sabiam reconhecer a tríade comportamental que envolve esse tipo de distúrbio. Embora 8 sujeitos (10%) tivessem conhecimento dos sinais precoces relacionados à manifestações no primeiro ano de vida e 77 (99%) profissionais reconhecessem a necessidade de tratamento para essas crianças, os tipos de terapias utilizadas e os profissionais envolvidos não estavam claros. Concluiu-se que embora os profissionais de enfermagem conhecessem o distúrbio, o conhecimento era insuficiente. A literatura refere que as informações imprecisas, a falta de conhecimento e o despreparo dos profissionais da área da saúde causam prejuízos aos autistas e a seus familiares. A partir deste estudo se propõe que sejam oferecidos cursos de capacitação aos profissionais da área da saúde pública no Brasil, visando contribuir para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo autista e seus familiares.

Palavras-chave: Transtorno autístico. Unidade básica de saúde. Equipe de enfermagem.

Abstract

Autism results from a developmental disorder difficult to diagnose that, when detected early, allows the choice of an appropriate and individualized treatment, thereby, improves the quality of life for autistic and family. To investigate the nursing staff's knowledge about autism is of great importance, since it is the nurse the one who detects the first signs and symptoms in order to make an effective intervention. This study aimed to verify the knowledge of the nursing staff about the signs and symptoms of autism in its early stages. Therefore, we performed a quantitative and exploratory study, using a closed questionnaire applied to nurses, technicians and nursing assistants from the Basic Health Units (UBS) and Units of Family Health (USF) in the city of Catanduva/SP. In this work, we can see that a considerable part of the population studied of 12 (15%) has come into contact with autistic children and their families and 49 of the studied (43%) recognizes the behavioral triad involving the disorder. However, 8 (10%) have little knowledge of early signs related to events in the first year of life, and although 77 (99%) of the professionals recognize treatment for these children, the types of therapies used and the professionals involved are not clear. Therefore, the nurses studied in this work are familiar with autism, but their information about it is incomplete. The literature shows that inaccurate information, lack of knowledge and lack of preparation from health professionals bring harm to autistic and their families. Thus this study suggests the need for training of professionals working in public health in Brazil in order to improve the quality of life of these families.

Keywords: Autistic disorder. Health centers. Nursing team.

Resumen

Autismo resulta de un trastorno del desarrollo difícil de diagnosticar que cuando se detecta a tiempo le permite elegir un tratamiento adecuado e individualizado, proporcionando así una mejor calidad de vida de los autistas y la familia. Investigar el conocimiento del personal de enfermería sobre el autismo es de gran importancia, ya que es ella la que detecta los primeros signos y síntomas de la toma de intervención eficaces. Este estudio tuvo como objetivo evaluar los conocimientos del personal de enfermería sobre los signos y síntomas del autismo. Para ello, se realizó un estudio cuantitativo, exploratorio mediante un cuestionario cerrado para enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería de las Unidades Básicas de Salud (UBS) y Centros de Salud Familiar (USF) en el municipio de Catanduva-SP. En este trabajo, podemos ver que gran parte de la población estudiada 12 (15%) ha entrado en contacto con niños autistas y sus familias y 49 (43%) puede reconocer una tríada que involucra el trastorno de conducta. Sin embargo, 8 (10%), pocos son conscientes de los primeros signos relacionados con eventos en el primer año de vida, y aunque 77 (99%) de los profesionales de reconocer la existencia de tratamiento para estos niños, los tipos de terapias y profesionales que participan no están claros. Por lo tanto, los participantes conocen la investigación en autismo, pero su información acerca de su carácter es incompleta. La literatura muestra que la información inexacta, la falta de conocimiento y falta de preparación de profesionales de la salud son perjudiciales para los niños autistas y sus familias. Así, este estudio sugiere la necesidad de formación de los profesionales de la salud pública del país, para mejorar la calidad de vida de estas familias.

Palabras clave: Transtorno autístico. Centros de salud. Grupo de enfermería.

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

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

INTRODUÇÃO

A palavra "autismo" foi utilizada pela primeira vez por Eugene Bleuler, em 1911, para descrever um sintoma da esquizofrenia, definido como sendo uma "fuga da realidade". Após alguns anos, em 1942, Leo Kanner utilizou a mesma expressão para descrever um grupo de onze crianças que apresentavam comportamentos comuns como: obsessividade, estereotípias e ecolalia. Esse conjunto de características foi denominado por ele de autismo infantil precoce¹.

Autismo é uma doença complexa, decorrente de um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por déficit em três áreas: interação social, comunicação e comportamento. Essas alterações são evidentes até os três anos de idade^{2,3}. Os sinais e sintomas presentes nos primeiros meses de vida da criança são detectados, geralmente, pelos pais que costumam relatar que seus filhos se isolam, não gostam de carinho, não choram, não conseguem manter um contato visual, além de apresentarem hipoatividade⁴. Mais tarde, apresentam uma inflexibilidade nas rotinas, movimentos repetitivos e estereotipados, hiperatividade, irritabilidade, déficit na fala e nas interações sociais⁵.

O diagnóstico da doença é basicamente clínico e envolve uma avaliação de profissionais da saúde⁶, da área da genética. O critério diagnóstico utilizado no Brasil é descrito no Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM-IV conforme apresentado no Quadro 1⁷.

Quadro 1 - Critério diagnóstico para distúrbio autista (DSM-IV)

A.	Pelo menos seis dos 12 critérios abaixo, sendo dois de (1) e pelo menos um de (2) e (3)
1)	Déficits qualitativos na integração social, manifestados por: <ol style="list-style-type: none"> dificuldades marcadas no uso de comunicação não-verbal falhas do desenvolvimento de relações interpessoais apropriadas no nível de desenvolvimento falha em procurar, espontaneamente, compartilhar interesses ou atividades prazerosas com outros falta de reciprocidade social ou emocional
2)	Déficits qualitativos de comunicação, manifestados por: <ol style="list-style-type: none"> falta ou atraso do desenvolvimento da linguagem, não compensada por outros meios (apontar, usar mímica) déficit marcado na habilidade de iniciar ou manter conversação em indivíduos com linguagem adequada uso estereotipado, repetitivo ou idiossincrático de linguagem inabilidade de participar de brincadeiras de faz-de-conta ou imaginativas de forma variada e espontânea para o seu nível de desenvolvimento
3)	Padrões de comportamento, atividades e interesses restritos e estereotipados: <ol style="list-style-type: none"> preocupação excessiva, em termos de intensidade ou de foco, com interesses restritos e estereotipados aderência inflexível a rotinas ou rituais maneirismos motores repetitivos e estereotipados preocupação persistente com partes de objetos
B.	Atrasos ou função anormal em pelo menos uma das áreas acima, presente antes dos 3 anos de idade.
C.	Esse distúrbio não pode ser melhor explicado por um diagnóstico de síndrome de Rett ou transtorno desintegrativo da infância.

A conclusão diagnóstica é obtida quando se atinge um mínimo de 4 pontos, distribuídos nas 3 áreas atingidas, permitindo aos profissionais da saúde, especializados ou não sobre o transtorno autístico, uma avaliação precoce, facilitada e precisa do diagnóstico⁷.

O autismo é encontrado em todos os grupos étnicos e socioeconômicos, numa incidência de um caso para cada 1.000 habitantes, afetando cerca de três indivíduos do gênero masculino para cada pessoa do sexo feminino. Entretanto, o gênero feminino tende a apresentar um quadro mais severo da doença. A causa não está definida, mas há evidências de que seja um distúrbio hereditário, indicado pela taxa de concordância de 92% para gêmeos monozigóticos e de 10% para gêmeos dizigóticos. A taxa de recorrência em irmãos de afetados é de, aproximadamente, 2,2% contra 0,13% da população geral².

Múltiplos fatores genéticos estão implicados aos casos de autismo, como anormalidades cromossômicas e, principalmente, a Síndrome do Cromossomo X Frágil; a maior causa de retardo mental hereditário prevalece em pessoas do sexo masculino⁸. Fatores pré e pós-natais, alterações bioquímicas e anormalidades cerebrais foram relacionados ao transtorno autístico, embora juntos somem uma pequena porcentagem dos casos.

Diagnósticos diferenciais dos quadros autísticos incluem Distúrbios Invasivos do Desenvolvimento, como a síndrome de Asperger, a síndrome de Rett, Transtornos Desintegrativos da Infância e os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento não Especificados².

A identificação dos diagnósticos diferenciais ainda oferece grande dificuldade para os profissionais, devido ao grande número de características propostas, no entanto, permitem uma confirmação diagnóstica precisa e abordagem terapêutica⁹. Apesar de não contemplar a cura, o tratamento adequado fornece ajuda ao autista, diminuindo os comportamentos indesejáveis, promovendo a sua independência e as orientações aos familiares sobre todos os aspectos da doença, contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas envolvidas no processo¹⁰.

A abordagem terapêutica introduzida em meados de 1950, foi predominantemente medicamentosa e hospitalar, devido a sua similaridade aos quadros esquizofrênicos¹¹. Diante de várias alterações na

sua concepção, drogas psicoterápicas continuam sendo utilizadas, na tentativa de diminuir os sintomas alvo, tais como: hiperatividade, estereotípias, autoagressividade, irritabilidade, entre outros¹². As principais drogas utilizadas para o tratamento da doença são os neurolépticos, estimulantes, anorexígenos e antagonistas opiáceos. Estas drogas, utilizadas de forma isolada ou combinada promovem a redução dos sintomas, permitindo ao indivíduo autista submeter-se a outras terapias¹³. As formas de tratamento que contemplam as ações comportamentais envolvem técnicas de mudança de comportamento, programas educacionais e terapia de linguagem¹⁴.

A importância da intervenção precoce se baseia, primeiramente, no risco que essas crianças têm quanto à possibilidade de agravamento dos sintomas, tornando o transtorno um quadro de difícil manejo. Estudos revelam que quando precocemente identificadas e tratadas, estas doenças podem, em idades tenras, promover, além da independência, relacionamentos de afetividade e intimidade¹⁵, e ainda, facilitar a adaptação da criança aos transtornos próprios à patologia¹⁶.

A evidência da doença é, primeiramente, percebida pelos profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, haja vista serem profissionais responsáveis pela triagem nas unidades básicas de saúde e ambulatoriais, onde, geralmente, fazem a avaliação do desenvolvimento infantil e da interação social da criança, e devem portanto, estarem preparados e atentos a quaisquer alterações. Entretanto, conforme um estudo realizado na região de Catanduva-SP, apenas 25% dos profissionais da área da saúde foram capazes de detectar essas primeiras alterações em crianças autistas, o que sugere a necessidade de aprimoramento sobre o tema¹⁷.

Entende-se, que o conhecimento desses sinais e sintomas, dos diagnósticos diferenciais e tratamentos são importantes para os profissionais da saúde, especialmente para a equipe de enfermagem, devido ao contato direto com a pessoa autista e seus familiares no atendimento na rede de atenção básica, sendo de fundamental importância perceber os primeiros indícios desse distúrbio, para que seja indicada uma intervenção pertinente e eficaz¹⁸.

Avaliar esse conhecimento é premissa fundamental na detecção da necessidade de capacitação desses

profissionais, para que um número maior de profissionais se capacitem, objetivando desenvolver habilidades para identificação precoce, melhorando, por consequência a qualidade de intervenção do autista e família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritiva e exploratória, desenvolvido por meio de questões fechadas, elaboradas a partir de um plano piloto, testado em 15 pessoas da área da saúde e 15 de outras áreas (professores universitários, secretárias, empresários e comerciantes). Após a calibragem, o instrumento de coleta de dados foi aplicado à população do estudo, acompanhado de informações prévias e aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa, sob protocolo nº 05/08, segundo as normas da Resolução CNS 196/96, e sob assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram sujeitos da pesquisa 78 profissionais componentes da equipe de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes nesses serviços e que consentiram em participar da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A princípio foram distribuídos 89 questionários aos membros da equipe de enfermagem das 7 UBS e 11 USF do município de Catanduva-SP. Destes, retornaram apenas 78 questionários respondidos, correspondendo à população do estudo, representando 88% de agentes do município.

As características sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa e que contemplam a parte I do instrumento de coleta de dados, evidenciaram uma casuística formada por 24 (31%) enfermeiros, 20 (26%) técnicos e 34 (44%) auxiliares, com predominância de 95% de pessoas do sexo feminino.

Os membros da equipe tinham um curto período de formação profissional e de atuação na área, ou seja entre um a dois anos. Pouco tempo de formação constitui uma variável importante neste trabalho, pois a informação sobre o autismo, embora geralmente seja ministrada durante os cursos técnicos e de graduação em enfermagem, requer também conhecimento e

desenvolvimento de habilidades, geralmente adquiridos durante o exercício da prática profissional.

Numa primeira análise, foram consideradas corretas apenas as questões que estavam respondidas integralmente, ou seja, com todas as alternativas corretas assinaladas e nenhuma incorreta especificada, havendo apenas 43% das questões respondidas corretamente por um ou mais participantes. Esse dado evidencia que a equipe já havia entrado em contato com o tema em algum momento na sua vivência acadêmica ou durante a prática profissional, embora sem conhecimentos específicos suficientes para caracterização global do distúrbio na clientela por ela assistida.

Quando os sujeitos do estudo foram questionados se haviam recebido, em algum momento, orientações técnicas sobre o autismo, 41 pessoas (53%) responderam afirmativamente. Dos 41 sujeitos que responderam sim, 19 (24%) afirmaram ter recebido essa informação durante a graduação, 15 (19%) em cursos técnicos e 12 (15%) por meio de jornais, revistas e programas de televisão. Analisando mais detalhadamente as respostas quanto ao reconhecimento e tratamento do autismo, observou-se que os sujeitos haviam recebido poucas informações sobre o tema, o que é preocupante, devido à alta incidência de casos de autismo.

O déficit de informação por parte dos profissionais entrevistados foi percebido, ao receberem o questionário, pois estes verbalizaram desconhecimento sobre o assunto e necessidade de uma capacitação sobre o tema, alegando cotidianamente assistirem crianças autistas no trabalho, embora apresentassem dúvidas e dificuldades para oferecer informações esclarecedoras e adequadas às famílias, a fim de ajudá-las a entender às necessidades decorrentes da doença.

Pesquisas recentes indicam que uma das dificuldades dos profissionais da saúde está na abordagem aos familiares de criança autista¹⁸. Para a maioria dos casos, as mães são as pessoas mais expostas às dificuldades ao lidar com essas crianças e podem apresentar um quadro de estresse emocional, necessidade de abandonar a carreira profissional e, em alguns casos, inclusive, apresentar problemas conjugais. Muitas famílias referem que cuidar de uma criança autista constitui uma sobrecarga emocional, física e financeira¹⁹.

Quanto ao conhecimento dos profissionais em relação aos fatores que caracterizam o espectro autista, percebe-se que pelo menos 49 (63%) deles reconheceram os três fatores envolvidos (déficit de comunicação, comportamento e interação social), entretanto, outros fatores como o retardo mental, foram relacionados erroneamente enquanto características definidoras do autismo, conforme evidenciado no gráfico Gráfico 1.

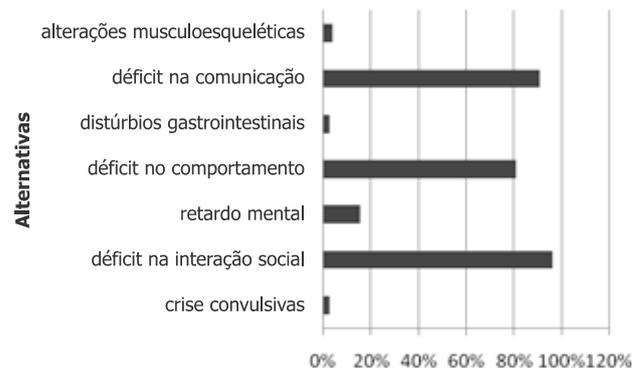


Gráfico 1 – Distribuição percentual das alternativas relacionadas às características definidoras de autismo identificadas pelos profissionais de enfermagem

Embora o retardo mental seja encontrado em, aproximadamente, 60 a 70% dos indivíduos com autismo, além de não causar, também não é classificado como um sintoma do autismo. Este tipo de retardo está associado, na maior parte dos casos, a outros atrasos do desenvolvimento, específicos ou globais⁴.

As características relacionadas ao déficit de comunicação, interação social e comportamento, são básicas para o entendimento e reconhecimento da idade em que ocorre o início dos sintomas, oferecendo suporte aos primeiros caminhos que o profissional da saúde deverá percorrer após o diagnóstico de autismo e os problemas deles correspondentes.

Um aspecto de importância para o entendimento deste complexo distúrbio é a idade em que se iniciam os sintomas. A literatura demonstra que a dificuldade do diagnóstico precoce se dá pelo fato de desconhecem a idade de início da manifestação e a não identificação correta das alterações que a criança apresenta, levando a família a procurar assistência tardiamente, assim, dificultando, muitas vezes, o diagnóstico e a adaptação aos tratamentos¹¹. Apesar de 41% dos entrevistados terem reconhecido os sintomas na fase em que se

tornam mais evidentes, ou seja, após o primeiro ano de vida, apenas 32% haviam entendido que esses sintomas estão presentes desde os primeiros meses de vida.

No Gráfico 2 estão demonstrados os dados referentes a essa variável, segundo a visão dos sujeitos do estudo.



Gráfico 2 – Distribuição percentual dos dados relacionados à idade de início dos sintomas do autismo, no conhecimento da população do estudo

Dentre as barreiras para detecção precoce do autismo estão a falta de conhecimento, o medo da abordagem junto aos pais e, muitas vezes, o desinteresse dos profissionais da saúde sobre o significado e a importância à síndrome. Alguns autores relatam a importância do conhecimento específico para os profissionais da saúde, visando levá-los a reconhecerem as etapas do desenvolvimento infantil a subsidiarem literaturas específicas sobre a saúde e as doenças infantis. Entretanto, profissionais que atuam nessa área, necessitam ser sensibilizados e capacitados para compreender a sua real importância e papel na avaliação do desenvolvimento e na assistência integral à criança autista^{11,13}.

Na Tabela 1 foram apresentados dados referentes aos primeiros sinais apresentados pela criança autista, referidos pelos profissionais de enfermagem.

Tabela 1 – Distribuição percentual de respostas relacionadas pelos profissionais quanto aos primeiros sinais e sintomas apresentados pelo autista

Alternativas	Porcentagem de Respostas
Isolamento	94%
Não mantém contato visual	68%
Hipoatividade	55%
Não chora	40%
Não gosta de colo	36%
Apresenta baixo peso	3%
Microcefalia	0%
Náusea	0%
Vômito	0%

Evidenciou-se que 73 sujeitos (94%) haviam entendido que o “isolamento” é um sintoma clássico do autismo. Realmente, o isolamento está presente em todos os casos autísticos, sendo mais evidente quando se inicia a socialização com outras crianças.

Entretanto, observa-se que sintomas mais importantes e precoces caracterizados quando a criança: “não gosta de colo”, “não chora”, “não mantém contato visual” e tem “hipoatividade”, geralmente não são notados pelos profissionais. Esse dado revela falta de conhecimento, pois esses são sinais que as crianças autistas apresentam nos primeiros meses de vida e que, na maioria dos casos, são relatados pelos pais para os profissionais da saúde⁵. A percepção precoce desses sinais possibilita, ao profissional da enfermagem, uma ação rápida e o encaminhamento precoce para equipe especializada, facilitando a escolha de um tratamento adequado ao autista.

Inicialmente, as mães, diante do bebê que não chora, não gosta de colo e é hipoativo, pensam que seu filho é apenas uma criança reservada¹⁸. Os profissionais de enfermagem, por ocasião do momento da triagem nas UBS e USF, devem estar aptos a reconhecer/detectar esses sinais como indício de alguma alteração no desenvolvimento infantil e encaminhá-los à equipe médica para avaliações e a realização de testes específicos.

A família de crianças autistas também tem um papel importante na detecção precoce da síndrome. Estudos mostram que dos casos de autismo notados pelos pais, 38% ocorrem em torno dos 12 meses, 41% entre 12 e 24 meses, 16% entre 24 e 36 meses e 5% mais tardiamente¹⁶.

Detecção e intervenção tardias causam, ao portador de autismo, dificuldades como: o agravo, a longo prazo, dos sinais e sintomas, o que prejudica a interação e a aceitação da criança pela sociedade¹⁹. Estudos mostram que uma abordagem adequada e precoce do autismo diminuem, significativamente, os problemas da pessoa com a sociedade, levando à escolha de tratamentos adequados que irão proporcionar-lhe, em idades tenras, relacionamentos de intimidade, afetividade e independência¹⁵.

Os profissionais entrevistados reconheceram a importância da detecção precoce do autismo, pois toda

a população do estudo respondeu afirmativamente a esta questão, porém, observou-se em outra questão que apenas 8 (10%) dos entrevistados sabiam quais eram os sinais precoces da síndrome autista. Sem o conhecimento e reconhecimento dos sinais e sintomas precoces do autismo, não há possibilidade do profissional de saúde, especificamente a enfermagem, auxiliar na investigação inicial do autismo.

Na questão que buscou ver se os sujeitos do estudo sabiam identificar todos os sinais e sintomas que a criança autista apresenta, apenas cinco (6%) profissionais assinalaram todas as alternativas corretas, enquanto para 13 (17%) havia “falha no desenvolvimento” como um sinal importante do autismo.

Estudos revelam²⁰ que um dos sintomas presentes em alguns casos de pessoas com autismo é a alteração alimentar, quando há preferência por alguns tipos de alimentos, levando assim, a desequilíbrios por supernutrição ou então por desnutrição. Para esta questão, três (4%) dos profissionais, por conhecerem tal informação relacionaram-na como um sintoma autista. Porém é importante destacar que a desnutrição não faz parte do quadro de sintomas precoce do autismo.

Baixo peso, diarreia, microcefalia e crises convulsivas já foram relatados em crianças com autismo e que também apresentam outras síndromes relacionadas, mas não fazem parte dos sinais e sintomas associados ao diagnóstico do espectro autista.

São descritos, a seguir, alguns sinais que normalmente são percebidos pela família quando a criança se encontra no período escolar ou quando começa a frequentar ambientes de creches como: “atraso no desenvolvimento da linguagem”, reconhecido no estudo por 62 (79%), “não brincar com outras crianças”, por 72 (92%) e “preferem se isolar”, por 75 (96%). Geralmente é neste período que a família tem a real confirmação de que há algo errado com a criança, procurando então a ajuda de um profissional da saúde, especificamente nas UBSs e USFs, geralmente relatando o caso da criança para a equipe de enfermagem¹⁷.

Acerca dos diferentes tratamentos utilizados para pessoas com autismo, 77 sujeitos (99%) foram capazes de reconhecer a existência de tratamento, destacando sua importância, assim como das terapias

comportamentais. Ainda nesta questão, apenas 20 entrevistados (13%) consideraram que o tratamento poderia incluir outras abordagens como as terapias de linguagem e farmacológica conforme demonstrado no Gráfico 3.

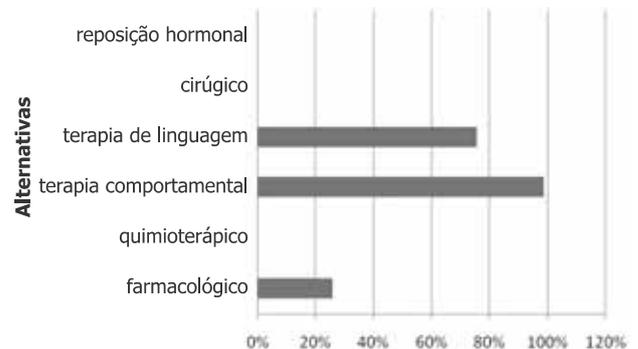


Gráfico 3 – Distribuição percentual dos dados relacionados pelos sujeitos do estudo quanto aos tipos de tratamento utilizados para o autismo

O autismo é uma síndrome rica em sinais e sintomas e sua severidade e manifestações podem variar bastante de indivíduo para indivíduo. É importante destacar que ainda não se obteve a cura para esta síndrome e, diante de tais fatos, as propostas de tratamento são variadas e possibilitam a escolha da terapêutica mais adequada, melhorando assim, o prognóstico e a qualidade de vida do paciente e família¹⁰. Estudos revelam que apenas 25% dos profissionais de enfermagem são capazes de detectar precocemente o autismo e encaminhar a criança a especialistas qualificados¹⁷.

Atualmente, os tratamentos mais usados consistem em diferentes terapias para atuação nas grandes dificuldades apresentadas pelas crianças autistas, quer seja no âmbito social, comportamental e comunicacional. Os tratamentos farmacológicos estão voltados para a redução dos sintomas-alvo, pois ao minimizá-los, as abordagens com a criança através das terapias se tornam mais fáceis^{12,13}.

No estudo, após o recolhimento dos questionários, alguns sujeitos verbalizaram algumas situações presenciadas junto a pacientes autistas, reconhecendo a importância das terapias de linguagem e comportamentais para o auxílio da criança na interação social.

Quanto ao atendimento oferecido à criança pela equipe multiprofissional especializada, 47 pessoas (60%) afirmaram que a avaliação do psicólogo é necessária, 35 (45%) que é importante o encaminhamento para um

pediatra, 22 (28%) para o fonoaudiólogo e 21 (27%) entendiam que é o psiquiatra o profissional que irá concluir o diagnóstico do autismo, juntamente com os demais elementos da equipe, visando contemplar a interdisciplinaridade. Conforme demonstrado no Gráfico 4.

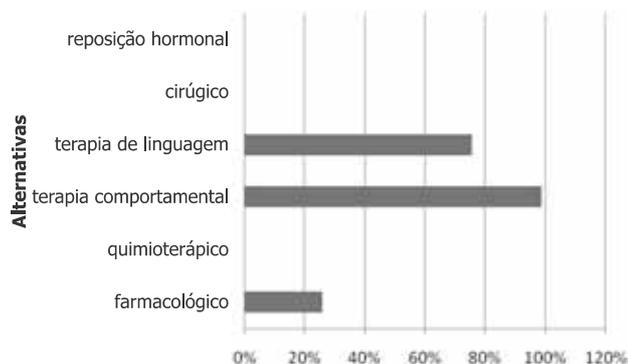


Gráfico 4 – Distribuição percentual dos dados relacionados ao atendimento multiprofissional à criança autista, segundo a população do estudo

Sobre este aspecto sete sujeitos (9%) assinalaram todas as alternativas, considerando importante a avaliação por uma equipe multiprofissional. Entretanto, na avaliação dos demais sujeitos, profissionais como o neurologista, fisioterapeuta e o oftalmologista são indicados somente em casos em que se detectam prejuízos específicos. No entanto, houve reconhecimento quanto à importância do tratamento multidisciplinar.

Quanto à avaliação neurológica, mais especificamente sobre a necessidade de atendimento, alguns autores defendem a ideia de que os autistas apresentam alterações cerebrais e que estariam relacionadas com as manifestações autistas. Apenas 10% dos casos de pessoas com autismo²⁰ apresentam alterações neurológicas, embora não confirmadas como causa ou sintoma de autismo.

A avaliação de profissionais da fonoaudiologia ao autista está indicada quando a criança apresenta uma alteração grave da linguagem, recusando-se ou apresentando dificuldade para falar, levando a família a acreditar na possibilidade de mutismo, fator que dificulta a interação da criança na sociedade. Estudos revelam que o acompanhamento do autista por esses especialistas melhora em até 50% a comunicação e a interação da criança com as demais pessoas.

Quanto ao papel do psicólogo, principalmente no acompanhamento da criança, também é fundamental,

pois a doença, além de afetar a pessoa com autismo, também atinge todo o círculo familiar. O atendimento realizado por este profissional, além dos esclarecimentos e o suporte oferecidos, ajudará na conscientização quanto à importância do apoio da família à criança, melhorando, assim, a qualidade de vida de todos.

O diagnóstico precoce do autismo é feito por uma equipe multiprofissional especializada²¹, formada por pediatras, psiquiatras, enfermeiros e psicólogos, e ainda, em alguns casos, por profissionais como fonoaudiólogos, neurologistas e fisioterapeutas, que irão complementar as avaliações através de instrumentos específicos de diagnóstico, colaborando para a detecção de alterações significativas na criança. A atuação de uma equipe multiprofissional permite que as intervenções sejam adequadas, facilitando o desenvolvimento e a interação da criança, bem como a sua qualidade de vida⁹. Os profissionais da enfermagem devem se instrumentalizar para reconhecerem as necessidades da pessoa com autismo, realizar a assistência e o encaminhamento aos profissionais específicos, segundo as necessidades da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As equipes de enfermagem das UBS e USF são responsáveis também, no âmbito de suas ações profissionais, pelo atendimento a pessoas com autismo, encaminhamento e solução de seus problemas, visando minimizá-los e promover uma melhor qualidade de vida a criança e aos familiares. Portanto, é fundamental identificar os caminhos esperados para o desenvolvimento infantil e também detectar precocemente as alterações decorrentes da doença.

Quando se evidencia a falta de informações e conhecimentos sobre a doença, ocorrem prejuízos e muitos casos de autismo podem passar despercebidos pelos profissionais de enfermagem e serão, provavelmente, detectados mais tardiamente, quando a criança apresentar um agravamento dos sintomas, dificultando, assim, o manejo precoce dessa síndrome.

Pode-se concluir por meio deste estudo que os sujeitos conheciam o tema autismo e sabiam reconhecer a tríade comportamental que envolve o distúrbio, apesar de terem relacionado aspectos não concernentes à síndrome. Entretanto, o conhecimento se mostrou

insuficiente para identificar os sinais precoces relacionados a manifestações no primeiro ano de vida e, embora a maioria tenha reconhecido a existência de tratamento para essas crianças, os tipos de terapias utilizadas e os profissionais envolvidos não estavam claros. Pode-se afirmar que os profissionais de enfermagem conheciam variáveis relacionadas ao autismo, embora as informações sobre a doença estivessem incompletas. Informações imprecisas, falta de conhecimento e despreparo dos profissionais da saúde ocasionam prejuízos aos autistas e a seus familiares.

Diante deste quadro, foi sugerida uma reciclagem à equipe por meio de um curso de capacitação

sobre o tema, sendo desenvolvido um modelo programático específico para a capacitação dos profissionais de enfermagem das UBS e USF onde foi desenvolvido o estudo. Com a aquiescência da enfermeira responsável pela Educação Continuada da Secretaria da Saúde do Município de Catanduva foi ministrado um curso para 34 enfermeiros, cujo propósito foi proporcionar condições favoráveis à atuação como multiplicadores junto às equipes.

O curso, embora específico sobre autismo, focou principalmente as questões com menor índice de acerto por ocasião do estudo, sendo desenvolvido, basicamente por referências atualizadas sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. Kanner L. Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nervous Child*. 1942; 2:217-50.
2. Gillberg C. Transtorno do espectro do autismo. Associação de Amigos do Autista (AMA). [acesso em 2008 fev. 15]. Disponível em: www.ama.org.br/html/apre_arti.php?cod=6.
3. OMS. CID-10 – Classificação Internacional de Doenças. 9ª ed. rev. São Paulo: USP; 2003. p. 367-8.
4. Klin A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Rev Bras Psiquiatria*. 2006; 28(supl. 1):S3-11.
5. Oliveira MCB, Contreras MM. Diagnóstico precoce de los trastornos del espectro autista en edad temprana (18-36 meses). *Arch Argent Pediatr*. 2007; 105(5):418-26.
6. Kuperstein AL. Autismo. [acesso em 2008 fev. 15]. Disponível em: www.autismo.com.br.
7. Autism Society of America (ASA). Autistic Disorder (299.00 DSM-IV). [acesso em 2007 dez. 28]. Disponível em: www.autism-society.org/site/PageServer?pagename=about_what_is_PDD#autism.
8. Giunco CT. Estudos genético-clínico, investigação da síndrome do cromossomo X frágil e polimorfismos da apolipoproteína e em autismo. [tese]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2004.
9. Santos IMC, Sousa PML. Como intervir na perturbação autista. [acesso em 2008 fev. 2]. Disponível em: www.psicologia.com.pt.
10. Morales LF. Autismo. *Acta Neurol Colomb*. 2006; 22(2): 85-90.
11. Nikolov R, Jonker J, Scahill L. Autismo: tratamentos psicofarmacológicos e áreas de interesse para desenvolvimentos futuros. *Rev Bras Psiquiatria*. 2006; 28(supl. 1):S39-46.
12. Associação de Amigos do Autista (AMA). Tratamento e diagnóstico [acesso em 2007 dez 21]. Disponível em: www.ama.org.br.
13. Ballone GJ. Estratégia de tratamento medicamentoso do autismo infantil. [acesso em 2007 dez. 21]. Disponível em: www.psiqweb.org.br.
14. Lampreia C. A perspectiva desenvolvimento para a intervenção precoce no autismo. *Estudo Psicológico*. 2007; 24(1):105-14.
15. American Psychiatric Association (APA). Autism and Other Pervasive Developmental Disorders Conference [acesso em 2008 ago 20]. Disponível em: www.psych.org.
16. Muñoz Yunta JA, Montserrat PB, Salvadó Salvadó B, Valls Santasusana A. Autismo: identificación e intervención temprana. *Acta Neurol Colomb*. 2006; 22(2):97-105.
17. Braga MR. A visão materna sobre os transtornos invasivos do desenvolvimento e seu processo diagnóstico. [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2004.
18. Monteiro CFS, Batista DONM, Moraes EGC, Magalhães TS, Nunes BMVT, Moura MEB. Vivências maternas na realidade de ter um filho autista: uma compreensão pela enfermagem. *Rev Bras Enfermagem*. 2008; 61(3):330-5.
19. Schmidt C, Dell'aglio DD, Bosa CA. Estratégia de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e a emoção. *Psicologia: Reflexão e Críticas*. 2007; 20(1):124-31.
20. Caycedo LS. Avances en Neurobiología del autismo. *Acta Neurol Colomb*. 2006; 22(2):91-6.
21. Valentim M. Autismo infantil: "o enigma da esfinge". [acesso em 2009 fev 15]. Disponível em: www.autistas.org/monografia_mv.html.

O PAPEL DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DO ENSINO MÉDIO DE ENFERMAGEM

THE TECHNICAL RESPONSIBLE FOR HIGH SCHOOL IN NURSING'S ROLE

EL PAPEL DE LA ESCUELA TÉCNICA SUPERIOR DE ENFERMERÍA

Juliana Fachim*, Silene Fontana**

Resumo

Trata-se de um estudo cujo objetivo foi verificar qual o significado que os responsáveis técnicos do ensino médio de Enfermagem atribuem à sua prática profissional docente. Pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. A coleta de dados ocorreu durante os meses de março e abril no ano de 2009. Para análise dos dados foi empregada a técnica da entrevista estruturada com os responsáveis técnicos do ensino médio de enfermagem de quatro escolas de um município do interior paulista. Os dados foram apresentados, analisados e reproduzidos por idade, sexo, graduação, ano de formação, especializações, tempo de experiência profissional, de experiência na docência e como Responsável Técnico - RT no ensino, principais problemas pedagógicos, conhecimento da portaria COREN-SP/DIR/27/2007. Também envolveu a informação sobre o cargo que estaria ocupando, dúvidas sobre as leis do COREN sobre RT, preocupações como RT, funções do RT, aulas que lecionava na escola, enquanto RT, se ocupava outra função, quantas horas por semana atuava como RT, quantas reuniões eram feitas a cada semestre com a participação dos professores e como avaliava as reuniões, o que é ser um RT, qual o maior desafio enfrentado por um RT e o maior problema já enfrentado no exercício do cargo. Este estudo busca despertar nos RTs aspectos sobre direitos, deveres e responsabilidades, pois a partir do momento em que se toma conhecimento de leis e regulamentos, amplia-se a consciência que proporciona o aumento da segurança nas ações e possibilita estar sempre exercendo as atividades pertinentes ao cargo, evitando possíveis implicações legais posteriores.

Palavras-chave: Enfermagem. Supervisão. Ensino.

Abstract

It is about a study which goal was to verify the meaning that the technical responsible for High School in Nursing give to the teaching professional practice. Qualitative-broaching research in descriptive and exploring ways. Data collection occurred during March and April in 2009. In order to analyse the data, the structured interview technique was used with the Technical Responsible for High School Nursing from four schools in a town in the countryside of São Paulo. The data was shown and analysed and reproduced by age, sex, education, year of graduation, specialization, time of professional experience, time of teaching experience, time of experience as a Technical Responsible in teaching, main pedagogic problems, knowledge of the governmental decree COREN-SP/DIR/27/2007. Also involved information about the job they have been working, doubts about COREN laws on TR, preoccupations such as TR, TR functions, classes he taught at the school, while RT, was occupied another function, how many hours per week worked as RT, how many meetings were performed each semester with the participation of teachers and evaluating how the meetings, which is to be an RT, which the greatest challenge faced by an RT and the biggest problem ever faced in office. This study seeks to arouse in RTs aspects of rights, duties and responsibilities, because from the moment it becomes aware of laws and regulations, extends the consciousness that provides the expansion of security and enables the actions to be always working in relevant activities the office, avoiding possible legal implications later.

Keywords: Nursing. Supervision. Teaching.

Resumen

Se trata de un estudio cuyo objetivo fue verificar la importancia que el responsable de la escuela Técnica Superior de Enfermería, atribuye a su práctica docente. Estudio cualitativo de tipo descriptivo y exploratorio. La recolección de datos ocurrió durante los meses de marzo y abril del año 2009. Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de entrevistas estructuradas con los responsables de la escuela técnica de enfermería en cuatro escuelas en un municipio del interior. Los datos fueron presentados, analizados y reproducidos por edad, sexo, año de graduación de la formación, conocimientos, experiencia profesional, duración de la experiencia en la enseñanza, el tiempo de experiencia como Técnico - RT en la educación, los principales problemas de tipo pedagógico, el conocimiento de la ordenanza COREN-SP / DIR/27/2007. Asimismo, participan la información sobre la posición que ocuparía, las dudas sobre las leyes de COREN RT por temores a RT, RT funciones, las clases se enseña en su escuela, tiene otra función como RT, cuántas horas trabaja por semana como RT, cuántas reuniones se llevan a cabo cada semestre para los profesores a participar y cómo evaluar las reuniones, que debe ser un tiempo de retención, que el mayor reto de RT y un problema mayor ahora se enfrentan durante la RT. Este estudio viene a abrir los ojos de la RT, porque desde el momento en que se entera de su ley se extiende a la seguridad en sus acciones y la posibilidad de ejercer siempre sus actividades en todo lo posible para evitar posibles consecuencias jurídicas más tarde. las clases se imparten en la escuela, mientras que RT fue ocupada otra función, cuántas horas por semana trabaja como RT, cuántas reuniones se llevaron a cabo cada semestre con la participación de los docentes y la evaluación de cómo las reuniones, que debe ser un tiempo de retención, que el mayor desafío que enfrenta una RT y el mayor problema enfrentado en el cargo. Este estudio tiene por objeto despertar en los aspectos RT de derechos, deberes y responsabilidades, porque desde el momento en que tenga conocimiento de las leyes y reglamentos, se extiende la conciencia de que dispone la ampliación de la seguridad y permite que las acciones para estar siempre trabajando en las actividades pertinentes la oficina, evitando las posibles consecuencias legales más adelante.

Palabras clave: Enfermería. Supervisión. Enseñanza.

* Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil. Pós-Graduação em Capacitação Docente pelas FIPA.

** Mestre em Educação pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Marília-SP, Brasil. Doutoranda em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Contato: sifontana@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Entende-se que, desde o nascimento até a morte, o homem assimila e vive o sentido das situações sugeridas pelo seu grupo. Assim, ele é aprendiz a vida toda.

Em educação, as principais preocupações dizem respeito ao ser humano, ao sentido da existência, à história, à cultura e ao projeto pessoal e coletivo de realização. "O filósofo considera a educação como aprendizagem da cultura, aprendizagem de uma determinada forma de existência, aprendizagem e interpretação do sentido da vida, tal como expresso na estrutura cultural, enquanto manifestativo de uma imagem e de um projeto propriamente humano"¹.

Os seres humanos se educam. Os indivíduos e os grupos, como a família e a sociedade, estão implicados na estrutura do processo educacional. Assim, a experiência da educação se torna uma das manifestações mais antigas e peculiares da condição humana.

O enfermeiro, em sua ampla área de atuação profissional, especificamente no âmbito educacional, pode assumir a função de Responsável Técnico (RT) nos estabelecimentos de ensino, em instituições de saúde públicas, privadas, conveniadas e filantrópicas, onde são realizadas atividades de enfermagem e assistência à saúde. Além disso, os enfermeiros são responsáveis pela formação de auxiliares, técnicos e enfermeiros, e pela direção e coordenação de instituições de ensino: escolas e cursos.

O Responsável Técnico de Ensino oferece condições para facilitar o desempenho do aluno, e a questão da competência passa a ser, para o profissional, um objetivo de realização constante, tendo em vista aquilo que está sendo realizado. O responsável almeja um crescimento dos professores e sua capacitação para o enfrentamento das tarefas cotidianas, bem como a eficiência do programa ao qual eles estão vinculados.

Ele conduz o processo de supervisão de modo a acompanhar a aprendizagem do aluno, permitindo clarear seus problemas e dúvidas. Deverá estar atento às preocupações trazidas pelo aluno, questionará com base naquilo que possa lhe trazer alguma significação. A tarefa do responsável ao facilitar o aprendizado, é reconhecer o potencial que existe e descobrir as possibilidades latentes no aluno. Presume, portanto, aceitação do

outro. "Por aceitação entende-se uma consideração afetuosa pelo aluno enquanto pessoa de autovalia incondicional de valor, independente de sua condição, de seu comportamento ou de seus sentimentos"².

Assim, o Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal - Brasília, Brasil, atribui ao enfermeiro a direção de Escolas de Enfermagem bem como o ensino ao enfermeiro, conforme determina a Lei nº 2.604/55, em seu artigo 3^o.

No processo de ensino-aprendizagem, a supervisão se caracteriza como um trabalho do professor-supervisor voltado para a orientação do ensino e atividades de estágio. O processo de supervisão exige procedimentos técnicos, administrativos, pedagógicos e operacionais, visando à capacitação profissional.

A experiência do aprendizado e da reflexão do RT é indispensável para que este possa adquirir suporte que o capacite a acompanhar e ajudar os professores e alunos. E, para que haja facilidade no processo de desenvolvimento pessoal do aluno, o responsável precisa desenvolver-se igualmente.

Conjuntamente, à medida que busca criar condições para que a supervisão seja um espaço de aprendizagem significativa para os alunos, fará uma maior articulação do ensino provavelmente pelo o trabalho de coordenação como RT, utilizando-se de uma comunicação mais reflexiva e objetiva junto aos docentes, visando complementar de maneira significativa o ensino. Tem, portanto, sob sua responsabilidade, a direção, organização, planejamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares⁴.

No processo de trabalho gerencial de um responsável técnico, o planejamento pode ser definido como um importante instrumento que favorece fazer escolhas e elaborar planos que o ajudem a enfrentar os processos de mudança⁵.

Nesse contexto, compreende um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos ordenados de modo a possibilitar a interação com a realidade, programar as estratégias e as ações necessárias. Portanto, é um processo contínuo que permite uma postura ativa dos RTs de uma organização na sua relação com os alunos e com o meio social.

Tendo em vista que o gerenciamento pressupõe o direcionamento das atividades da equipe de trabalho para a organização do processo de ensino e, conseqüentemente, para o alcance da qualidade educacional, torna-se imperativo que os RTs dos cursos de enfermagem gerem novas e criativas estratégias, visando capacitar os alunos no desenvolvimento de atividades técnicas e intelectuais⁶.

Conforme a portaria COREN-SP/DIR/27/2007, o Certificado de Responsabilidade Técnica (CRT) é concedido pelo prazo de 12 meses, podendo ser renovado por igual período. A concessão do CRT está limitada ao máximo de dois Certificados de Responsabilidade Técnica para cada Enfermeiro(a), em horários que não sejam coincidentes.

A carga horária para cada concessão de Responsabilidade Técnica no Ensino, mínima, é de 20 horas semanais⁷.

A CRT tem como objetivo formalizar, de fato e de direito, o enfermeiro como aquele que responde, técnica, legal e eticamente pela profissão, mantendo um referencial de enfermagem na instituição/empresa.

O RT que infringir as leis determinadas pelo COREN incorrerá na perda da Certidão de Responsabilidade Técnica que será suspensa pelo prazo de 90 dias, e caso continue a exercer a função neste período, poderá ser cassado ou suspenso.

São apresentadas no Quadro 1 as onze competências do enfermeiro RT de ensino definidas recentemente pelo COREN⁸.

Quadro 1 - Competências do RT

Competência	Conceitos
Liderança	Capacidade de influenciar pessoas de forma a atingir ou superar os objetivos propostos pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diversidades.
Comunicação	Processo pelo qual ocorre à interação interpessoal, por meio do compartilhamento de informações, conhecimentos, experiências, idéias e emoções que se expressam de maneira verbal e não-verbal.
Tomada de decisão	Processo de escolha da melhor alternativa, utilizando os conhecimentos adquiridos, visando uma solução adequada para cada decisão, considerando limites e riscos.
Negociação	Capacidade de alcançar os resultados desejados, utilizando, como premissa o consenso e conhecimento dos fatos, permeados pelos preceitos éticos, legais e técnico-científicos.
Trabalho em equipe	Habilidade de interagir com um grupo de pessoas, articulando ações que visem alcançar os objetivos comuns, respeitando os limites, necessidades e diferenças individuais.
Relacionamento Interpessoal	Capacidade de agregar e interagir com pessoas de forma cordial, empática e profissional, proporcionando ambiente favorável ao desenvolvimento das atividades.
Flexibilidade	Capacidade de se adaptar a mudanças, de ser receptivo a críticas e sugestões e de rever conceitos, mantendo o foco nos objetivos institucionais, preservando seus valores profissionais.
Empreendedorismo	Identifica oportunidades inovadoras, prevendo riscos e executando ações de forma segura.
Criatividade	Desenvolver idéias inovadoras, facilitando ações do cotidiano.
Visão Sistemática	Visualizar, analisar e compreender a instituição como um todo e a relação entre as partes.
Planejamento e Organização	Planeja, organiza e prioriza atividades a serem desenvolvidas, conduzindo as ações de modo que favoreçam a continuidade da assistência e do trabalho em equipe.

Todo enfermeiro que exerce uma função de RT deve estar seguro de suas competências quanto ao exercício e a legislação, a fim de evitar futuros problemas legislativos. Porém, a maioria dos RTs de ensino desconhece as leis vigentes ou não está familiarizado com os regimentos e as competências ético-legais, restringindo-se mais a vivência burocrática. Diante deste fato, foi proposto o presente estudo.

OBJETIVO

Verificar qual o significado que os responsáveis técnicos dos cursos do ensino médio de enfermagem atribuem à sua prática profissional docente.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Como

método de coleta de dados foi empregada a técnica da entrevista estruturada com os RTs dos cursos do ensino médio de enfermagem de quatro escolas de um município do interior paulista. A amostra foi composta por quatro profissionais.

O instrumento de coleta de dados compõe-se de um questionário estruturado, abrangendo questões abertas e fechadas. Foi incluído no questionário questões referentes à Portaria COREN-SP/DIR/27/2007 a fim de verificar o conhecimento dos entrevistados sobre seu conteúdo.

Os dados foram selecionados, analisados e reproduzidos por temas, identificados após leitura minuciosa do material. As perguntas abertas foram agrupadas por semelhanças e comentadas, tendo como suporte o referencial teórico que compõe a literatura.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de março e abril no ano de 2009, no período da tarde e à noite, nas Escolas Técnicas de Enfermagem selecionadas na amostra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Rts de enfermagem no ensino, entrevistados neste estudo, responderam a um questionário contendo 20 questões com as seguintes variáveis/temas: idade; sexo; graduação; ano de formação; especializações; tempo de experiência profissional; tempo de experiência na docência; tempo de experiência como RT no ensino; principais problemas pedagógicos; conhecimento da portaria COREN-SP/DIR/27/2007; informação sobre o cargo que estaria ocupando; dúvidas sobre as leis do COREN sobre RT; Preocupações enquanto RT; funções do RT; aulas que lecionava na escola; se como RT ocupava outra função; quantas horas por semana atuava como RT; quantas reuniões realizava a cada semestre com a participação dos professores e como avaliava as reuniões; o que é ser um RT; qual o maior desafio enfrentado por um RT e qual o maior problema já enfrentado nessa atividade.

Foram realizadas quatro entrevistas com quatro RTs de ensino, com faixa etária de 36 a 47 anos, sendo dois do sexo masculino e dois do sexo feminino.

Todos possuíam graduação em enfermagem, com ano de formação variando de 1983 a 2007. Quanto à faixa etária e o ano de formação, pode-se observar uma significativa diferença, um possuía pouco tempo de formação e outros tinham maior experiência, mas todos apresentavam dificuldade em orientar os docentes quanto à atuação e competitividade no mercado de trabalho, conforme verificado nas entrevistas.

Dos quatro entrevistados, dois possuíam especialização completa e desses, um cursava mestrado e o outro licenciatura pedagógica; os outros dois estavam cursando especialização. Observa-se que apenas dois possuíam especialização e eram mais preparados para atuarem na docência, os demais tentavam cursar na área da docência para se capacitar, também por exigência do COREN para poderem continuar atuando como docentes e RT.

Entre as áreas de especialização, dois cursavam formação de docentes em saúde, um havia concluído especialização em Unidade de Terapia Intensiva - UTI e licenciatura pedagógica enquanto o outro estudava enfermagem do trabalho, serviços de saúde, além de cursar mestrado em ciências da saúde.

A experiência profissional na área da enfermagem variou de cinco a vinte e cinco anos. O tempo de experiência profissional na docência em Enfermagem variou de um a catorze anos, e o tempo de experiência como RT de enfermagem na área do ensino variou de dois meses até sete anos.

Quando questionados sobre o tempo de experiência profissional na enfermagem, na docência e como RT no ensino, houve uma grande diferença entre os entrevistados. Nota-se que um RT atuava há dois meses na função, embora o mínimo de experiência exigido seja de um ano na docência, conforme determinado pelo COREN. Observa-se, assim, inadequação e pouca experiência do entrevistado na função. Foi informado por este sujeito que apenas dois meses de experiência como RT não lhe permitiram vivenciar problemas pedagógicos.

De modo geral, os principais problemas pedagógicos citados pelos RTs entrevistados, referentes à função em que atuavam, foram: falta de formação didático-pedagógica dos docentes, não cumprimento das bases tecnológicas dos componentes curriculares; falta de responsabilidade e de interesse dos professores; falta de comprometimento dos alunos com ensino fundamental e médio, acarretando deficientes.

Pode-se observar que não é somente a falta de formação do aluno que preocupa, mas a deficiência na formação dos docentes. Também referem à falta de responsabilidade dos alunos e comprometimento tanto de alunos quanto de docentes.

Acerca do conhecimento sobre a portaria COREN-SP/DIR/27/2007, que trata das responsabilidades, documentações e horas trabalhadas, dos sujeitos entrevistados, três afirmaram que conheciam e um não respondeu a questão. De modo geral, entre os que responderam, dois afirmaram que a portaria fala sobre a responsabilidade do RT, um sobre documentações, e

outro sobre a necessidade da formação pedagógica para atuação como RT. Assim, apenas dois RT souberam responder do que se tratava, um não respondeu e outro equivocadamente errou.

Quando indagados se haviam recebido algum tipo de informação ou preparação sobre a função que estariam ocupando, três responderam que sim e um que não; os três que responderam afirmativamente referiram normas sobre função do RT na escola, especificamente sobre os procedimentos nos estágios supervisionados e orientações recebidas pela instituição concedente do estágio. Um deles recebeu informações através de um manual do COREN.

Observa-se, assim, que não possuíam clareza sobre onde buscar as informações concernentes à função do RT, tão necessárias para uma atuação eficiente.

Três entrevistados responderam que não tinham dúvidas sobre as leis do COREN para a função de RT; apenas um respondeu que sim, alegando pouca informação e divulgação sobre a função do RT pelo COREN. Contudo, mesmo que a maioria dos RT's afirme não ter dúvidas sobre as leis, não as empregavam na prática do ensino.

De modo geral, entre as preocupações relatadas pelos entrevistados estão: falta de tempo, demora no retorno das solicitações (equipe), melhora da qualidade do ensino, referido por três sujeitos, além de melhora do processo ensino aprendizagem e adequação de campo para o ensino clínico.

Sobre as funções pertinentes a um RT, os entrevistados referiram: elaboração de plano de aula, diário de classe, escalas de estágio e cronograma de estágio, cotação de material de ensino clínico e o preparo de documentos necessários, execução e avaliação do plano de aula, seleção de docentes, planejamento didático-pedagógico, planejamento do curso juntamente com a diretora pedagógica e verificação do cumprimento dos componentes curriculares.

Por atuarem ao mesmo tempo como docentes e RT, observa-se que os entrevistados confundem as funções do RT com as funções do docente.

As funções do RT, de acordo com o COREN, são: "proporcionar suporte", uma das principais obrigações do RT. Ser o elo entre a direção da

instituição e a equipe de enfermagem e desta com o COREN-SP. Na assistência, garantir que a enfermagem seja praticada com a máxima eficiência e eficácia para o paciente. Saber organizar, planejar e reivindicar junto aos supervisores que as ações de enfermagem se desenvolvam em altos níveis de excelência e que sejam priorizados perfis e competências de cada membro da equipe. Para os RTs de instituições de ensino a obrigação é garantir a excelência na formação, requerer dos professores sob sua supervisão a elaboração de conteúdo programático consistente, capaz de suprir as necessidades dos futuros profissionais⁸.

Todas estas são ações esperadas de um RT para que não sejam cometidos erros pelos quais ele poderá ser apontado como co-responsável. Por tudo isso, é evidente que as responsabilidades do RTs são muitas, específicas e complexas.

Porém, ao contrário do que é possível imaginar, assumir a responsabilidade técnica de enfermagem de uma instituição de ensino ou saúde não implica em uma mudança obrigatória de status salarial – algo que depende inteiramente da política de cada instituição. Mas a falta de vínculo entre salário e função em nada diminui a responsabilidade legal do RT. O enfermeiro que aceita a indicação de seu nome para assumir a Responsabilidade Técnica de uma instituição deve estar seguro e ter vivência profissional suficiente para assumir o desafio de garantir que nenhuma circunstância propicie erros e que falhas ocorram³.

Os entrevistados responderam quantas aulas por semana lecionavam, quantas turmas coordenavam e qual o número de alunos estava sob sua responsabilidade. Um respondeu que, além do cargo de RT, lecionava sete aulas por semana, coordenava quatro turmas, correspondendo em média a 130 alunos. O segundo, além do cargo de RT, lecionava uma aula por semana e coordenava uma turma com 15 alunos. O terceiro, além do cargo de RT, lecionava 16 aulas por semana e coordenava sete turmas com cerca de 80 alunos. Por fim, o quarto entrevistado ocupava o cargo de RT e coordenava quatro turmas, porém não especificou o número de alunos. No entanto, este sujeito lecionava em outra escola 31 aulas semanais. Estes dados podem ser mais bem observados no Quadro 2.

Quadro 2 - Docência e Responsabilidade Técnica

RT	Na Escola	Em Outra	Turmas	Total de Alunos
A	RT(20) + 07 aulas por semana	-	04 turmas	130 alunos (+/-)
B	RT(14) + 01 aula por semana	-	01 turma	15 alunos
C	RT(17,5) + 16 aulas por semana	-	07 turmas	80 alunos (+/-)
D	RT (20)	31 aulas por semana	04 turmas	Não informou

Nota-se que os RT's não cumpriam a carga horária mínima determinada para a função. Muito além de ser apenas uma formalidade legal exigida pelo Conselho de Enfermagem, ter o nome e o número de COREN registrados em um CRT exige do enfermeiro compromisso total ante o que o documento determina⁹.

Conforme o Quadro 3, três dos quatro entrevistados responderam que ocupavam outras funções, pois eram também, enfermeiros em hospitais por um período de seis horas. Um atuava no hospital como enfermeiro por 6 horas, como RT por 20 horas e leciona 7 aulas por semana num total de 33 horas. O segundo atua no hospital como enfermeiro por 6 horas, como RT por 14 horas e lecionava uma aula semanal, perfazendo 21 horas. O terceiro atuava no hospital como enfermeiro por 6 horas, em um Posto de Saúde como enfermeiro por 4 horas, como RT por 17,5 horas e lecionava 16 aulas num total de 43,5 horas. Por fim, o quarto sujeito atuava como RT por 20 horas e lecionava 31 aulas num total de 51 horas.

Quadro 3 - Funções e carga horária dos sujeitos do estudo

RT's	Docente	RT	Outras Funções	Total
A	07	20 Horas	30 Horas	57 horas/ semana
B	01	14 Horas	30 Horas	45 horas/ semana
C	16	17,5 Horas	50 Horas	83,5 horas/ semana
D	31	20 Horas	-	51 horas/ semana

Pode-se observar no Quadro 3 que há profissionais que atuam no ensino e em instituições de saúde, e que possuem uma carga horária de trabalho bem extensa. Com base nos dados fornecidos pelos sujeitos do estudo observa-se que não cumpriam a carga horária mínima de 20 horas exigida para o cargo, assim como declarado por um dos entrevistados que atuava 50 horas em outras funções e 16 horas como docente, num total de 83,5 horas semanais. Considerando-se que um dia tem 24 horas, sendo 8 horas necessárias ao repouso e sono a exemplo de uma vida saudável, sobriariam apenas 16 horas do dia. Se 80 horas da semana

são despendidas em atividades de trabalho, pode-se afirmar que há excesso e sobrecarga de trabalho.

Um dos entrevistados declarou atuar 31 horas como docente em uma determinada escola e em outra como RT cumprindo a carga horária predeterminada para a função.

Quadro 4 - Dados referentes a realização de reuniões e avaliações pelos RTs

Responsáveis Técnicos	Reuniões	Avaliação
A	06	Pouca produtividade
B	03	Produtivas e importantes no processo ensino-aprendizagem
C	01	Geram informações sobre os alunos
D	07	Necessárias e com resolutividade

Conforme se observa no Quadro 4, sobre as reuniões realizadas por semana, os RT's referiram uma, três, seis e sete por semana; dois responderam que nem todos os professores participam das reuniões, um respondeu que todos os professores participam e um não emitiu resposta.

Para os RTs as reuniões têm pouca produtividade, embora esta seja importante no processo ensino-aprendizagem, para gerar informações sobre alunos, necessárias e fundamentais para a resolutividade de problemas.

Durante a pesquisa foi possível participar e observar duas reuniões realizadas por RTs em diferentes escolas. Naquela em que o RT cumpria integralmente a carga horária a reunião foi mais elaborada e resolutiva. Na outra onde o RT não cumpria a carga horária exigida, se observou não haver um bom planejamento para a reunião e nem todos os docentes participaram. Concluiu-se que onde há falta de responsabilidade, planejamento e impera o excesso de trabalho, os objetivos e as metas nem sempre são priorizados e contemplados e o trabalho não é satisfatório.

Também se observa que não havia uma padronização, pois as reuniões foram realizadas de acordo com as necessidades e dessa forma avaliadas.

Quanto ao cerne ou questão central deste estudo relacionado ao que significava ser um RT na área do ensino, generalizadamente, os entrevistados responderam: é uma novidade, uma função de muita responsabilidade e que requer comprometimento profissional, função estressante embora o objetivo de melhorar o processo ensino-aprendizagem.

Sobre o que consideravam ser o maior desafio para um RT no ensino, os entrevistados, responderam: manter ou melhorar a qualidade do ensino, o relacionamento interpessoal, estimular e promover o comprometimento do aluno com o ensino, proporcionar melhores condições de trabalho para a equipe.

Quanto aos maiores problemas enfrentados pelo RT, foram referidos pelos entrevistados: alunos que fazem o curso, porém sem gostar da profissão; pouca participação do docente no planejamento do curso; adequação do componente curricular ao estágio supervisionado; dialogar com docentes sobre a postura adotada em sala de aula.

Por meio do estudo foi possível concluir que os RTs entrevistados sabiam o que faziam e porque o faziam, conheciam bem a prática de trabalho, embora lhes faltasse conhecimento teórico sobre as leis e as responsabilidades para o exercício da função, apesar de haver pouco material disponibilizado sobre a atuação de um RT na área do ensino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser um RT atuando na área do ensino médio de enfermagem não é uma função para a qual basta "dar o nome" a fim de que seja cumprida uma exigência burocrática. Só assinar como RT, sem que a pessoa de fato esteja exercendo suas funções na instituição, é um ato ilegal e o profissional pode responder ética, legal e criminalmente. Responsabilidade Técnica exige do enfermeiro compromisso integral ante o que a documentação brasileira, legalmente determina.

Com base nos resultados apresentados, observa-se que os RTs entrevistados não haviam sido bem preparados para a função. Assim, também não eram

capazes de gerenciar e assessorar de forma adequada os docentes sob sua responsabilidade. Conseqüentemente, a qualidade do ensino na instituição em que atuam sofre prejuízos, fato inclusive preocupante e citado por três dos quatro RT's entrevistados.

Entretanto, quando um RT tem conhecimento das leis e normatizações, amplia-se a segurança em suas ações e a possibilidade de estar exercendo suas atividades na área de sua competência e abrangência aumenta, evitando erros e possíveis implicações legais.

Segundo as respostas obtidas através dos questionários, os RT's não cumpriam a carga horária mínima e as funções a eles atribuídas, considerando-se as normas determinadas pelo COREN aos RT'S. Também, não sabiam ao certo quais eram, ou não se recordavam, além da dificuldade para acessá-las.

Embora as leis sejam claras, não são todos os RT's que as conhecem, pois geralmente na prática cotidiana de trabalho é que as apreendem e buscam conhecer a parte burocrática do trabalho a ser realizado, mas não a essência do que venha a ser o papel do RT no exercício profissional.

As condições de trabalho dos RTs na área do ensino ficam melhor explícitas quando confrontadas com os valores salariais e a jornada de trabalho, em paralelo às a função docentes e em outras áreas assistenciais da saúde.

Adequar-se simplesmente à instituição de ensino na perspectiva de aceitação/submissão é abdicar da possibilidade de ser um bom mediador entre a escola e a sociedade na transformação social. Reitera-se com base nas variáveis coletadas que a mudança de postura profissional é essencial, pois só assim poder-se-á construir novas possibilidades e melhorar a qualidade do ensino no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Rezende AM. Crise cultural e subdesenvolvimento brasileiro. Campinas: Papirus; 1983.
2. Rogers C. Tornar-se pessoa. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
3. Brasil. Lei n.º 2.604, de 17 de setembro de 1955, que regula o exercício da enfermagem profissional. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 1955 Set. 21.
4. Buriolla M A F. Supervisão em serviço social: o supervisor e seus papéis. São Paulo: Cortez; 1994.
5. Pacchioni MM. Estágios & Supervisão: uma reflexão sobre a aprendizagem significativa. Americana: Ed. UFSCar; 2002.
6. Melleiro MM, Tronchin DMR, Ciampone MHT. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. Acta Paul Enferm. 2005; 18(2):165-71.
7. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Portaria COREN-SP/DIR/27/2007, de 04 de dezembro de 2007. Disciplina as condições para a concessão, renovação e cancelamento de Certificado de Responsabilidade Técnica. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo (SP); 2007 Dez 04; Seção 1:120.
8. Coren. Conheça de forma sintética as onze competências e seus respectivos conceitos. Rev Enfermagem. 2009 Mar; 10(79):28.
9. Coren. Sou responsável técnico da enfermagem. Respondo pelos erros de todos? Rev COREN SP. 2007 Mar; 68:17.

ACOLHIMENTO NO TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO QUALITATIVO¹

FAMILY HEALTH CARE USER EMBRACEMENT: A QUALITATIVE STUDY

ACOGIMIENTO EN LA SALUD DE LA FAMILIA: UN ESTUDIO QUALITATIVO

Leticia Silveira Cardoso*, Marta Regina Cezar-Vaz**, Valdecir Zavarese da Costa***, Jorgana Fernanda de Souza Soares****

Resumo

O estudo versa sobre a importância do acolhimento no trabalho desenvolvido em saúde da família. Teve como objetivo identificar as ações, os realizadores, as finalidades, os locais e os diferentes momentos no processo de trabalho em saúde da família, no qual se desenvolve o acolhimento, através da narrativa dos trabalhadores enfermeiros do município do Rio Grande-RS. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas gravadas com 17 trabalhadores enfermeiros e analisados de acordo com a abordagem qualitativa de conteúdo. Os resultados revelaram que os trabalhadores enfermeiros desenvolvem o acolhimento como mais uma tarefa do processo de trabalho em saúde da família e, para referenciá-lo, utilizam-se da operacionalização, organização, instrumentalização e a produção no trabalho. Conclui-se que o acolhimento permeia todas as ações e relações em saúde da família, de forma dinâmica e contínua, sendo realizado por todos os trabalhadores em qualquer momento e lugar. É necessário, portanto, apreender conceitos acerca do acolhimento para melhor empregá-los junto aos pares nos diferentes ambientes de trabalho.

Palavras-chave: Acolhimento. Programa saúde da família. Atenção primária à saúde. Enfermagem em saúde comunitária.

Abstract

The study focuses on the importance of welcoming the work done in family health. Aimed. to identify the actions, the directors, the purposes, locations and different moments in the process of working in Family Health, in which the host develops through the narrative of nurses employed in the municipality of Rio Grande-RS. The data were collected by means of semistructured interviews recorded with 17 nurses and analyzed according to content qualitative approach. The results showed that nurses approach user embracement as another duty in FHC and rely on operation, organization, instrumentation and production work. We conclude that the host permeates all actions and relationships in family health, in a dynamic and continuous, being performed by all employees at any time and place. It is therefore necessary to understand concepts about the welcome to better employ them together in pairs in different work environments.

Keywords: User embracement. Family health program. Primary health care. Community health nursing.

Resumen

El estudio se centra en la importancia de dar la bienvenida al trabajo realizado en salud de la familia. Dirigido con el objetivo de identificar las acciones, los directores, los propósitos, los lugares y momentos diferentes en el proceso de trabajo en Salud de la Familia, en las que se desarrolla el host a través de la narración de las enfermeras empleadas en el municipio de Río Grande-RS. Los datos fueron colectados por entrevistas semiestructuradas gravadas con 17 trabajadores enfermeros y analizadas de acuerdo con la el abordaje cualitativo de contenido. Los resultados revelaron que los trabajadores enfermeros desarrollaron el acogimiento con más operabilidad, organización, instrumentalización y la producción de trabajo. Llegamos a la conclusión de que el anfitrión impregna todas las acciones y relaciones en salud de la familia, en un dinámico y continuo, los trabajos realizados por todos los empleados en cualquier momento y lugar. Por tanto, es necesario entender los conceptos acerca de la mejor bienvenida a los emplean en parejas en distintos entornos de trabajo.

Palabras clave: Acogimiento. Programa de salud familiar. Atención primaria de salud. Enfermería en salud comunitária.

¹ Este estudo é parte de um macro-projeto de pesquisa intitulado: "Trabalho em saúde e o contexto tecnológico da política de atenção a saúde da família", financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Rio Grande do Sul/FAPRGS.

* Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Saúde da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. MSc em Ciências da Saúde. Enfermeira. Bolsista do Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Integrante do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA). Área Acadêmica da Saúde Prof. Newton Azevedo. Gen. Osório s/nº (4º andar). 96200-190 – Centro – Rio Grande-RS. Contato: lsc_enf@yahoo.com.br

** Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da FURG. Enfermeira. Coordenadora do LAMSA. Contato: cezarvaz@vetorial.net

*** Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental da FURG. MSc em Ciências da Saúde. Professor Assistente I da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Enfermeiro. Integrante do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA). Contato: valdecircosta@unipampa.edu.br

****Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). MSc em Enfermagem. Enfermeira. Integrante do LAMSA. Contato: jfss_rs@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como temática o acolhimento no processo de trabalho - Estratégia Saúde da Família (ESF), que constitui um programa criado pelo Ministério da Saúde com a finalidade de fortalecer as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da reorganização da atenção básica. Foi viabilizado através de uma mudança do modelo assistencial de saúde tradicional para o de vigilância à saúde. Também, surgiu como uma necessidade dos trabalhadores da área da saúde em acompanhar o conceito de saúde, atualmente ampliado para o de atendimento, não apenas dos aspectos do processo de adoecimento, mas da identificação dos determinantes sociais, e para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle da doença e dos agravos à saúde, além da promoção à saúde.

Para o desenvolvimento dessas ações determinadas pelo modelo de vigilância à saúde, a ESF ancorou-se em princípios como: caráter substitutivo, a integralidade, intersetorialidade, territorialização. Envolveu a equipe multiprofissional, a participação na comunidade e no controle social, a responsabilização e a formação de vínculos¹. Esta última, enquanto diretriz estratégica, requer ser entendida como o estabelecimento de uma relação de maior confiança entre os trabalhadores da saúde da família e os clientes, cuja efetividade desenvolve-se a partir da abordagem utilizada pelos trabalhadores nos diversos momentos em que ocorrem as interações com os clientes. Nesse sentido, o acolhimento constitui-se nas ações de atenção e gestão do trabalho, de forma que a postura e a prática permitam o estabelecimento de uma relação de confiança e compromisso entre trabalhadores e clientes legitimando a promoção da saúde no sistema público².

A forma como o cliente é acolhido pelos trabalhadores da Unidade de Saúde da Família (USF) influencia a aproximação e a formação de vínculos, necessários para a concretização das diferentes estratégias de trabalho. Nesse sentido, o acolhimento pode ser entendido como um momento ou uma etapa, onde se definem as individualidades do cliente e do trabalhador, para que se possa identificar as necessidades de saúde pessoais e buscar a manutenção ou a recuperação de um nível de saúde satisfatório.

A formação de vínculos como base do acolhimento no processo de trabalho na ESF desenvolve-se, inicialmente, pelo diálogo, cuja finalidade é realizar uma investigação dos problemas e necessidades dos clientes e direcioná-los às possíveis soluções e encaminhamentos. O acolhimento tem como funções, receber e interligar diálogos, buscando promover o encontro entre trabalhadores com o doente, em qualquer instante do processo de trabalho, ou seja, tanto nas atividades desenvolvidas no interior da USF como nas realizadas externamente junto as pessoas da comunidade³.

No entanto, o acolhimento como uma etapa contínua do processo de trabalho em saúde manifesta-se como um modo específico de encontro. Assim, deve ser incorporado pela equipe como a atitude em se comprometer a receber, escutar/ouvir e tratar as necessidades dos clientes, de forma humanizada e abrangente, a fim de fortalecer os vínculos pessoais destes com a equipe⁴. Portanto, sem o acolhimento, torna-se difícil criar vínculos entre clientes e trabalhadores nas USF, bem como o compartilhamento entre ambos das responsabilidades visando o alcance de um maior nível de qualidade de vida.

É notório que o acolhimento contribui para a reorganização do processo de trabalho em saúde, especialmente focado no trabalho multiprofissional, pois amplia a acessibilidade aos serviços de saúde, garantindo o atendimento às pessoas envolvidas no processo assistencial, de forma mais humanizada⁴. O acolhimento reflete-se diretamente na produtividade e qualidade do trabalho do enfermeiro, enquanto componente fundamental na equipe multiprofissional.

Considerando-se a importância do acolhimento, foram propostos no estudo os seguintes questionamentos: como os trabalhadores enfermeiros compreendem o acolhimento no processo de trabalho em SF? Quem realiza o acolhimento nas USF? Qual a finalidade do acolhimento no processo de trabalho em SF? De que forma o acolhimento é realizado?

O estudo teve como propósito identificar as diferentes formas de acolhimento tendo em vista que os atores sociais, enfermeiros atuantes em PSF no município do Rio Grande-RS as empregam no atendimento junto as equipes de trabalho e à clientela assistida.

OBJETIVOS

O estudo teve por objetivo: identificar as ações de acolhimento, os realizadores dessas ações, as finalidades estabelecidas, os locais e os diferentes momentos no processo de trabalho em SF, onde se desenvolveu o acolhimento, por meio da narrativa dos trabalhadores enfermeiros do município do Rio Grande-RS.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico, transversal, referente ao processo de trabalho desencadeado no acolhimento na ESF, realizado na rede básica de atenção à SF do município do Rio Grande-RS.

A população do estudo constituiu-se de 17 enfermeiros de um total de 20 pessoas. Não puderam participar da pesquisa três enfermeiros, pois estavam gozando o período de férias. Para a coleta de dados, inicialmente, realizou-se um levantamento do número de equipes de SF da região do estudo. Posteriormente, foi encaminhada uma solicitação formal à terceira Coordenadoria Regional de Saúde-RS e à Secretaria Municipal de Saúde, acerca dos objetivos e finalidades propostos para o estudo, assim como quanto a garantia do anonimato das instituições e dos sujeitos do estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Área de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS-FIJRG) sob o parecer 02/2004. Após a anuência das instituições que forneceram o nome do enfermeiro de cada equipe e o endereço das unidades, realizou-se um encontro com as equipes em nível municipal para orientações e esclarecimentos sobre as atividades necessárias ao estudo. Os sujeitos foram informados e lhes foi assegurado o direito à desistência da participação sem qualquer ônus e à preservação do anonimato também dos municípios. Consecutivamente, foram contatados por meio telefônico os enfermeiros e agendadas as entrevistas.

O questionário da entrevista foi calibrado por meio de um teste piloto, junto a uma equipe não pertencente ao grupo selecionado.

A coleta de dados foi desenvolvida no segundo semestre de 2006 e no primeiro semestre de 2007. Foi utilizada a entrevista semiestruturada, gravada por ocasião do contato com os componentes das equipes de SF

selecionadas. Foram critérios de elegibilidade: atuação em uma das diferentes formas de gestão: Plena do Sistema Municipal ou Plena da Atenção Básica e adesão à estratégia Saúde da Família; tempo de formação da equipe superior a seis meses e tempo de atuação do profissional na ESF de, no mínimo, seis meses; composição de profissionais na equipe básica (enfermeira, médico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), disponibilidade e consentimento para realizar as etapas de investigação propostas para o estudo.

Para a análise e a interpretação dos dados obtidos pelas entrevistas, utilizou-se a análise qualitativa de conteúdo⁵. Assim, após a transcrição dos conteúdos, o material foi lido integralmente, iniciando-se a pré-análise e a exploração dos dados; em seguida, estes foram organizados sistematicamente e agregados em categorias de acordo com as ações de trabalho, o modo de acolhimento, o local e o momento das ações, a força de trabalho empregada e a finalidade do acolhimento na ESF.

Procedeu-se, então, à categorização, que consistiu em isolar os elementos do discurso e impor certa organização às mensagens, investigando-se o que havia em comum. Em seguida, procedeu-se a análise final a partir do refinamento dos dados obtidos, utilizando referencial teórico específico e o material disponível acerca da ESF, por meio de publicações científicas sobre acolhimento e processo de trabalho, formulando-se então as conclusões sobre as características do trabalho na ESF.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de análise os resultados foram agrupados nas categorias: ações desenvolvidas no acolhimento na estratégia Saúde da Família; modo de desenvolvimento do acolhimento na estratégia Saúde da Família; finalidades do acolhimento na Estratégia Saúde da Família; e força de trabalho no acolhimento da Estratégia Saúde da Família.

Ações desenvolvidas no acolhimento na Estratégia Saúde da Família

Foi referido pelos enfermeiros da ESF que o acolhimento era feito nos diferentes momentos em que realizavam a assistência de enfermagem, na consulta médica e de enfermagem, durante a realização do exame

físico, na avaliação do cliente e nas orientações e informações, em explicações e esclarecimentos em saúde/doença, principalmente quando cumprimentavam, recebiam, conversavam e escutavam os clientes, no momento em que preenchiam as fichas de atendimento do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), ao realizar o agendamentos das consultas e ao detectar, cuidar, direcionar ou encaminhar os clientes diante das diferentes necessidades apresentadas.

Assim, foram evidenciadas as ações operacionais do trabalho dos enfermeiros, caracterizados sob a forma de acolhimento na ESF, visando oferecer aos clientes e entre as equipes de trabalho atendimento humanizado. Foi apreendido que a equipe utilizava os instrumentos e os recursos disponíveis, além das habilidades pessoais e de comunicação, para expressar a organização do trabalho local e o acolhimento oferecido, conforme os relatos abaixo descritos.

[...] A gente faz toda consulta, orienta tudo o que podemos, se é uma urgência vai ter que ir para o hospital, não pode ficar esperando, se pode esperar, voltará amanhã porque o médico não está, aí tem que agendar [...]. (Enf. 1)

Além do preenchimento do SIA-SUS, já é questionado porque a pessoa veio procurar a unidade, por exemplo, para renovação de receita as ACS (agentes comunitárias de saúde) orientam que eles tragam e aguardem três dias e venha pegar a receita, é feita à reavaliação, então é orientado que eles não deixem faltar medicação, se eles não conseguirem a gente sempre fornece a medicação até que venha uma nova receita. (Enf. 12)

Então, normalmente, ele não sai daqui, isso é uma proposta nossa não sei dos outros postos eu estou te dizendo pelo posto onde eu trabalho ninguém daqui sai sem ser visto, ou pelo médico, ou pelo enfermeiro, ou pelo auxiliar. (Enf. 5)

A partir das ações de trabalho referidas, pode-se visualizar a adesão ao novo modelo de atenção proposto, que busca centralizar as ações do trabalho na ESF no indivíduo-cliente de forma integral⁶. Dentre as ações de trabalho desenvolvidas nas USF para acolher os clientes, destaca-se ainda que o acolhimento não é vivenciado em momentos específicos do processo de trabalho, mas, vivido integralmente no contexto das diferentes ações/intervenções, enquanto um instrumento organizacional e de operacionalização de trabalho nas ESF.

Destaca-se a importância atribuída pelo enfermeiro ao acolhimento como instrumento para a organização e operacionalização de seu trabalho, pois explicitam o trajeto dos clientes no interior da instituição, desde a recepção, o processo comunicativo que se estabelece por meio do diálogo respeitoso e autêntico, buscando decodificar a riqueza das mensagens recebidas dos clientes e equipes, tanto verbal, quanto a não verbal e paraverbal. A comunicação é um instrumento que permite disseminar o crescimento e a troca de saberes entre as pessoas, devendo ser bem empregada processo relacional nas ESF.

Acolher pessoas é reafirmar os conceitos propostos de universalidade do SUS através da acessibilidade ao sistema de saúde local, assumindo na ESF *"[...] a função de acolher, escutar/ouvir oferecendo, em contrapartida, respostas positivas, capazes de resolver/solucionar os problemas de saúde da população"*⁶.

Consiste num primeiro passo para o desenvolvimento de uma assistência integral a boa capacidade para ouvir, escutar a problemática em saúde da população assistida, para apreender sua dimensão e, então, realizar um planejamento intervencionista eficaz que contemple a participação do cliente como sujeito co-responsável por seu processo de saúde/doença⁷.

Modo de desenvolvimento do acolhimento na Estratégia Saúde da Família

Os sujeitos do estudo referiram que o acolhimento era feito por meio de conversas, nas interrelações com os clientes durante as consultas e procedimentos em ambiente próprio ao trabalho, ou quando eles recebiam e cumprimentavam os clientes na unidade, bem como quando eram chamados pelos clientes para comunicarem e terem seus problemas elucidados.

Quanto aos lugares onde era feito o acolhimento, os trabalhadores referiram os diferentes espaços no ambiente de trabalho como: recepção, sala de espera, salas de atendimento, sala de vacina, nas consultas de enfermagem, almoxarifado, portas da unidade, quer seja nas ruas próximas as instituições, nas visitas domiciliares e no momento em que eles encaminham os clientes para os diferentes atendimentos. O contato com os clientes no

acolhimento eram feitos em diferentes momentos durante o trabalho. Aspectos observados nos relatos abaixo apresentados.

Em todo momento. Eu saio no salão, eu vou conversar com eles independente de atendê-los, eu entro em contato com todos. Saio na rua, vou fazer uma visita, cumprimento, converso, já tem que resolver o probleminha não sei de quem, eu já faço. (Enf. 2)

Desde o momento que ele entra na unidade, na recepção. Nos procedimentos. (Enf. 3)

Diante dos dados obtidos pode-se ratificar que o acolhimento na ESF encontra-se inserido no processo de trabalho, permeando todos os tipos de ações desenvolvidas em quaisquer momentos em que ocorra o encontro e a interação entre as pessoas na USF.

Embora a maior parte das ações de trabalho ocorra no espaço interno, os trabalhadores não deixaram de referir os ambientes externos, onde também se exercem ações de trabalho, por meio das visitas domiciliares, dentre outras ações educativas, demonstrando a aproximação dos enfermeiros com as pessoas da comunidade⁷⁻⁹, promovendo assim a formação e o fortalecimento de vínculos a partir do acolhimento.

Os enfermeiros desempenham diversas ações na ESF, desde a assistência até ações de administração e gerenciamento e educação em saúde. Assim tornam-se os principais sujeitos na integração e estimulação dos trabalhadores da ESF para a realização de uma assistência qualificada abrangendo todo o contexto no qual se desencadeia o processo saúde-doença^{8,10}. Os enfermeiros também são responsáveis pelo estabelecimento e pela manutenção do vínculo com a população local.

Esses resultados se contrapõem às evidências do estudo de Silveira e colaboradores¹¹, quando referem que o acolhimento traduz-se como uma atividade pontual, com lugar específico para o desenvolvimento e com o objetivo de repassar informações para os clientes.

Força de trabalho no acolhimento da Estratégia Saúde da Família

Quanto aos aspectos referentes aos realizadores do acolhimento na ESF, os enfermeiros referiram que o processo envolve todos os trabalhadores da equipe de SF. Foi possível observar estes aspectos nos diferentes discursos, quando se referiam aos agentes comunitários

de saúde, as auxiliares e os técnicos de enfermagem, enfermeiros, médico, a equipe de enfermagem, a burocrata ou a equipe de higiene e saúde.

O acolhimento é feito por todos os funcionários, desde a burocrata, a auxiliar, o técnico, todo mundo, todo mundo tem que fazer o acolhimento. (Enf. 4)

Todo mundo faz, toda a equipe, todos aqui da unidade, até o pessoal da limpeza. Todos tem saber acolher porque se uma pessoa da equipe não acolher, não funciona direito. (Enf. 13)

De modo geral, enfermeiros destacaram a importância do acolhimento ao cliente e equipes de trabalho nas ESF, sendo primordial o trabalho da equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade, visando melhor operacionalizar as ações em saúde, principalmente quando o foco é centrado na família. O acolhimento exige dos trabalhadores ações pré-acordadas coletivamente e uma divisão de tarefas equânime evitando-se somente ações específicas segundo a formação profissional e o processo individualizado de centralização das ações, mas requer o envolvimento e a responsabilidade de cada elemento da equipe de trabalho¹².

A ESF se fundamenta pela existência de uma equipe multiprofissional, pois o trabalho em saúde é coletivo. No entanto, é imprescindível o trabalho interdisciplinar, a fim de que se possa abranger a totalidade da problemática de saúde manifestada pelos clientes. As informações devem ser oferecidas por meio de uma linguagem acessível para a compreensão dos clientes, não só das orientações em saúde, mas também das técnicas utilizadas nas diferentes situações emergenciais que exigem um tratamento mais incisivo e rápido, assim como deve ser eficaz, e que considere as individualidades de cada cliente. O trabalho em equipe também permite uma aproximação e um acompanhamento da situação de saúde comunitária promovendo, por consequência uma melhor qualidade da atenção em saúde à população⁸.

O processo comunicativo da equipe de SF não deve destinar-se apenas à troca de informações tecnicistas que visem obter produto de trabalho imediato, contribuindo, dessa forma para reforçar traços do modelo medicalizante, os quais se contrapõem às diretrizes da ESF, bem como do conhecimento das ações de trabalho das demais equipes.

Finalidades do acolhimento na Estratégia Saúde da Família

Destacou-se, como finalidade do acolhimento na ESF, segundo os sujeitos do estudo, o estabelecimento de um vínculo de confiança e uma maior aproximação com os clientes da comunidade, fornecimento de apoio e segurança; e também, a diminuição da demanda de intercorrências por meio de orientações que orientem as pessoas a utilizarem a UBS como porta de entrada para os serviços de saúde. Também foi referido, ainda que o acolhimento facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a auxiliar os trabalhadores da ESF a cumprirem as metas do programa, a melhorarem o trabalho e a realizarem um bom atendimento e encaminhamento, predispndo a resolutividade dos problemas.

O estudo permitiu apreender que para os enfermeiros as finalidades do acolhimento confluem para as próprias finalidades do programa de trabalho, as quais objetivam a operacionalização, a organização, a instrumentação e uma maior produtividade, conforme se observa nos relatos.

A principal finalidade é não perder essa pessoa, não perder a confiança, então é estabelecer um vínculo mesmo de confiança com ela para que ela venha sempre primeiro aqui. (Enf. 1)

Eu acho que acolhimento é a base. [...] Precisa ter alguém ali que te dê segurança, te dê o acolhimento que já diz o apoio. (Enf. 10)

A finalidade é para ter boa resolutividade de todas as situações, de todos os problemas. (Enf. 13)

Eu acho que é para facilitar o trabalho, se tu acolhes bem, se tu recebes bem essa pessoa que chega, tu consegues fazer também com que ela comente sobre a forma de trabalho com as outras pessoas, com os vizinhos, de como é o trabalho da unidade. (Enf. 14)

Os enfermeiros na utilização do acolhimento como um instrumento do processo de trabalho na ESF corroboram para a formação de vínculo entre eles e os clientes, possibilitando o desenvolvimento de uma relação de proximidade⁸ através do estabelecimento de laços que levam a uma maior confiança⁶. Dessa forma, ações de saúde que considerem a globalidade do processo saúde-doença e permitem identificar os diagnósticos comunitários, também contribuem para a simetria nas relações trabalhador-cliente, valorizando as interações com os clientes, tornando-os mais satisfeitos. Atendimento de saúde local que oferece,

além das ações de saúde, apoio e segurança a seus clientes, estimula a motivação e concorrem para uma maior adesão do cliente ao tratamento.

Pela consolidação dessa relação, os enfermeiros objetivam diminuir as demandas e as intercorrências, a partir de orientações em saúde que instruem os clientes a buscar diferentes tipos de assistência, inicialmente nas USF, tornando-as porta de entrada para o sistema de saúde, com a finalidade de garantir a universalidade na atenção em saúde e a ampliação da rede de acesso⁴. Apreende-se que o acolhimento é uma forma de intervenção que propõe apoio contínuo à pessoa em todo o seu processo de saúde, não apenas tratando a pessoa como um "mero usuário do serviço"¹².

Os sujeitos do estudo também atribuíram a essa forma de acolher pessoas na ESF, como uma maneira responsável dos trabalhadores visando aperfeiçoar as ações de trabalho e garantir o cumprimento das metas do programa, ancorados no produto do seu trabalho, desenvolvidos por meio da estratégia de intersetorialidade e integralidade das ações, respectivamente, pelo sistema de referência e contra-referência, e pelo oferecimento de cuidados em saúde que disponibilizam todos os níveis de atenção, considerando-se a contextualização e a realidade dos clientes.

O acolhimento tem também como finalidade a reorganização do trabalho na ESF, pois os enfermeiros o empregam com base nas ações operacionais do trabalho, buscando uma maior produtividade. Consequentemente, o acolhimento na ESF deve ser entendido como um processo dinâmico e contínuo, que permeia todas as relações entre os clientes, profissionais e a comunidade⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento enquanto uma estratégia de trabalho utilizada na ESF refletiu o processo de trabalho de enfermagem desenvolvido por meio de ações no atendimento às consultas e ao exame físico, na avaliação dos clientes, orientações, explicações, informações e nos esclarecimentos em saúde, bem como ao cumprimentarem e receberem, conversarem, escutarem, ouvirem os clientes. O acolhimento também foi referido junto as pessoas por ocasião do preenchimento das fichas de SIA-SUS, ao realizarem os agendamentos das consultas

e ao detectarem, cuidarem, direcionarem ou encaminharem os clientes diante de suas necessidades e por ocasião, da explicação do que é e de que forma realizam o acolhimento.

O acolhimento serve ainda como instrumento de investigação e identificação das necessidades de saúde dos clientes e dos recursos existentes na comunidade, possibilitando o desenvolvimento de ações educativas e preventivas, pois são estratégias do programa, centralizar o trabalho em SF na pessoa, e considerar também o contexto socioambiental e cultural na qual está inserida, desviando o foco de ações somente voltadas ao processo de adoecimento. Foi notória a possibilidade de aplicação dessa forma de cuidado nos diferentes ambientes de trabalho em saúde.

O acolhimento contribui para operacionalizar, organizar, instrumentalizar o trabalho dos enfermeiros na ESF, permitindo ainda que estes visualizem melhor o produto de seu trabalho, garantindo maior envolvimento e satisfação.

Trata-se de uma forma de abordagem utilizada pelos trabalhadores da ESF, para promover a vinculação entre a comunidade e os servidores no estabelecimento de uma relação de proximidade, gerando apoio e segurança para os clientes. É, portanto, uma forma de atendimento dinâmica e contínua, capaz de ser desenvolvida em todos ambientes de trabalho e junto às famílias, além de ser uma tecnologia do trabalho desenvolvida pelos enfermeiros como um instrumento de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. 4ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Vicente FR, Campregher G, Erdmann AL, Gonçalves LHT. Organização e atendimento de uma unidade básica de saúde: significados para usuários/familiares e funcionários. *Cogitare Enferm.* 2008; 13:361-6.
3. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Matos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p.76-84.
4. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho da enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003; 23:331-40.
5. Silverman D. Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Artmed; 2009.
6. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface.* 2005; 9:287-301.
7. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no programa de saúde da família: prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm.* 2007; 41:65-72.
8. Oliveira EM, Spiri WC. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40:727-33.
9. Lacerda MR, Zagonel IPS, Martins SK. Standards of the nursing knowledge and its interface to the attendance to the domiciliary: a literature review. Online Braz. J. Nurs. [periódico na Internet] 2006 Abr. [acesso 2008 maio 15]; 2(15). [com 4 p.]. Disponível em: www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/issue/view/3
10. Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA, Sant'Anna CF, Sena J. Conhecimento clínico do enfermeiro na atenção primária à saúde: aplicação de uma matriz filosófica de análise. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19:17-24.
11. Silveira MFA, Felix LG, Araújo DV, Silva IC. Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde. *Cogitare Enferm.* 2004; 9:71-8.
12. Camargo-Borges C, Cardoso CL. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicol Soc.* 2005; 19:26-32.



Artigo de Atualização ou Divulgação

CUIDADO ESPIRITUAL - REZAR COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

SPIRITUAL CARE - PRAYER AS A NURSING INTERVENTION

CUIDADO ESPIRITUAL - REZAR COMO INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Silvia Caldeira*

Resumo

A investigação acerca da dimensão espiritual nos cuidados de enfermagem revela um franco desenvolvimento e confirma que o enfermeiro deve atender às necessidades espirituais dos pacientes. Os momentos de doença evidenciam a emergência de necessidades espirituais para os pacientes que se consideram espirituais, mas poderão constituir momentos reveladores do início de uma vivência espiritual para os agnósticos. Rezar é a atividade espiritual mais frequente e promove sentimentos de bem-estar, facilita o processo de adaptação na transição saúde/doença e correlaciona-se positivamente com alguns ganhos em saúde. Ao reconhecer e atender a essa necessidade, o enfermeiro cuidará do paciente de uma forma humana, holística e eficiente. Rezar é uma intervenção presente na Classificação das Intervenções de Enfermagem. Mas, deverão todos os enfermeiros rezar? Partindo desta questão, os objetivos deste artigo são: refletir acerca da dimensão espiritual dos cuidados de enfermagem, apresentar a concepção de cuidado espiritual e de intervenção espiritual, explorar os tipos de oração e os ganhos em saúde relacionados com o rezar, voltando, finalmente, à questão inicial, numa exploração de natureza ética, que se pretende esclarecedora dessa perspectiva, fundamentada na revisão de literatura.

Palavras-chave: Espiritualidade. Religião. Cuidados de enfermagem.

Abstract

The research about the spiritual dimension in nursing care has gained increasing development and confirms that spiritual care is expected from nurses. Illness seems to emerge spiritual needs for the believers, but could be a revealing moment of the spiritual journey beginning to those nonbelievers. Prayer is the most common spiritual activity and promotes well-being feelings, eases the process of transition health/illness and it is positively related to health outcomes. Addressing this spiritual need is acknowledged as an essential component of human, holistic and effective nursing practice. Prayer is a Nursing Intervention Classification item. But, is prayer expected from all nurses? Starting by this question we will reflect about spiritual dimension of nursing care, present the meaning of spiritual and spiritual intervention, explore the types of prayer and the beneficial health outcomes and then returning back to explore our starting question from an ethical perspective, intended to be clarifying, based on literature review.

Keywords: Spirituality. Religion. Nursing care.

Resumen

La investigación sobre la dimensión espiritual en la atención de enfermería revela un rápido desarrollo y confirma que los enfermeros deben atender las necesidades espirituales de los pacientes. La enfermedad muestra las necesidades espirituales de los pacientes que se consideran espirituales y puede ser un momento de revelación de una experiencia espiritual para los pacientes agnósticos. La oración es la actividad espiritual más común y promueve sentimientos de bienestar, facilita el proceso de adaptación en la transición de salud/enfermedad y se correlaciona positivamente con algunos logros en salud. Al reconocer y atender a esta necesidad, lo enfermero proporcionará una atención más humana, integral e eficiente. La oración es una intervención en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Pero, todos los enfermeros deben orar? En este sentido, se reflexiona sobre la dimensión espiritual del cuidado de enfermería, se presenta el concepto de cuidado espiritual y de la intervención espiritual, exploramos los tipos de oración y de los beneficios en la salud relacionados con el ruego. Finalmente, volveremos a explorar e aclarar la cuestión de salida con una perspectiva ética, de acuerdo con la revisión de la literatura.

Palabras clave: Espiritualidad. Religión. Atención de enfermería.

*Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa (Grupo Espiritualidade e Saúde). Mestre em Bioética e enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria. Contato: caldeira.silvia@gmail.com

INTRODUÇÃO

"Oh Sra enfermeira eu tenho mesmo que ir embora, pois estão a chamar para o médico me observar...mas...o Sr. Padre está a chegar...pode ficar aqui no meu lugar e rezar com ele pela minha filha?"

Este episódio, ocorrido numa unidade de cuidados intensivos neonatais, tem estado presente na reflexão acerca da natureza dos cuidados de enfermagem e da prestação de cuidados espirituais. A mãe da criança obteve uma resposta afirmativa, estando a enfermeira a rezar pela criança, em seu lugar. A enfermeira olhou a incubadora como um verdadeiro templo de espiritualidade e vida, sentindo uma plenitude ímpar na prestação daquele cuidado que sedimentou sua relação de confiança com a mãe e com a criança, especialmente no momento em que a mãe voltou e foi informada de que a enfermeira havia rezado. A enfermeira rezou porque a mãe solicitou, porque partilhava a mesma fé e porque acreditava ser seu dever. Como enfermeira, e conhecendo a importância das crenças religiosas, considerou que ao rezar, com solicitação e consentimento desta mãe, contribuiria para um maior nível de bem-estar, confirmado, posteriormente, pela mãe. Entende-se esta intervenção como fundamental no cuidar de enfermagem, humano e holístico. Tal como alimentar, colocar no colo, dar banho, vestir ou aquecer. Mas se a enfermeira não fosse crente, se não quisesse ou soubesse rezar, que resposta deveria dar àquela mãe?

A DIMENSÃO ESPIRITUAL DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem concretizam-se na relação entre pessoas. Para ser enfermeiro não basta conhecer a anatomia, dominar as técnicas e os tratamentos ou ter completas noções de patologia. Também é fundamental conhecer de que essência se faz a pessoa humana. E este é um desafio diário e constante no trabalho de quem cuida, pois é neste campo do saber que se encontram a individualidade e complexidade de cada pessoa, mesmo que a patologia, anatomia, tratamentos e técnicas sejam comuns. Com base no pensamento de I. Renaud:

Assim, não devemos ter medo de afirmar que o verdadeiro cuidado, esse cuidado que passa pelos tratamentos e pela ativa preocupação pelo bem-estar do outro, é de natureza autenticamente espiritual¹.

A definição de espiritualidade encerra uma variedade complexa de interpretações e conceitos^{2,3}. Falar em espiritualidade poderá ser sinônimo de falar em sentido da vida, valores, transcendência, relação e transformação, sendo sempre classificada como uma experiência humana mais abrangente do que a religiosidade. A espiritualidade existe mesmo que a pessoa não se considere religiosa⁴. Abrange, inexoravelmente, o compromisso, a compaixão, a empatia, a fé e a esperança⁵. Uma das razões que justificam a dificuldade em integrar os cuidados espirituais na prática de enfermagem é, precisamente, a complexidade do conceito "espiritualidade". M. Renaud afirma;

Na verdade é muito complexo saber o que é a espiritualidade. Mais larga que a fé, mas podendo ser recapitulada inteiramente pela fé; diversificada a ponto de integrar múltiplas dimensões da existência, tal como a ética, o serviço político, a cultura, a estética e as artes, a criação literária, o saber filosófico, a vivência da fé, a mística⁶.

A espiritualidade constitui-se, fundamentalmente, na procura de sentido para a existência⁷. Cada vez menos se reduz a espiritualidade à religiosidade, pois é evidente que esta está subjacente àquela, mas não a esgota em sentido^{5,7-9}.

Além da subjetividade do conceito, a associação a fenômenos transcendentais e, por isso, de difícil concretização objetiva, poderá provocar o afastamento da ciência, que se entende como uma fonte de respostas concretas e objetivas. A cientificidade dos cuidados de enfermagem não será anulada pela integração da espiritualidade mas, antes, será fortalecida. Outros fatores concorrem para a negligência da prestação de cuidados espirituais. O reducionismo da espiritualidade à religião poderá levar os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, a reconhecer apenas os capelães ou líderes religiosos como responsáveis no atendimento desse tipo de necessidades. A falta de preparação dos enfermeiros na sua formação, o receio dos juízos de valor da equipe e a falta de condições físicas nos serviços são outros obstáculos identificados¹⁰.

Os momentos de doença, traduzidos na ênfase da vulnerabilidade humana, convocam a pessoa à reflexão sobre questões fulcrais da sua vida e podem provocar o surgimento de necessidades espirituais para os crentes e para os não crentes. Numa revisão sistemática de 47 estudos acerca da espiritualidade em enfermagem,

verificou-se que a espiritualidade constitui uma dimensão humana fundamental, particularmente, nos períodos de doença e hospitalização, pois promove sentimentos de bem-estar, força e esperança¹¹. Mesmo que os pacientes não se considerem espirituais ou religiosos, estes momentos de contrariedade podem constituir momentos de mudança e de procura desse tipo de vivência^{11,12}.

O enfermeiro tem a oportunidade de identificar as necessidades espirituais e religiosas e intervir graças à natureza da proximidade e continuidade da relação que estabelece com os pacientes. Falar em espiritualidade nos cuidados de enfermagem é falar em espírito. O espírito é, exclusivamente, humano, eleva o ser humano na sua dignidade numa capacidade quase dicotômica de conferir tanto de individualidade como universalidade⁷. É de espírito humano que o enfermeiro fala quando afirma que o paciente é um ser único e irrepetível, pois como afirma M. Renaud *"O espírito é relação que diferencia e ao mesmo tempo unifica"*⁶.

Portugal é um país onde prevalece a religião católica e, tal como noutros países, este fato poderá contribuir na justificativa da importância em preparar os enfermeiros para a prestação de cuidados espirituais. Os cuidados humanos, defendidos pelos profissionais e desejados pelos pacientes, emergem da espiritualidade na certeza que *"não podemos negar a dimensão espiritual dos cuidados de enfermagem"*⁹.

Cuidado espiritual e intervenção espiritual

Cuidado espiritual refere-se ao cuidado com, em e para o espírito. Envolve relação (com), presença consciente (em) e um objetivo que se espera revelar-se em melhoria da saúde (para), com preocupação, responsabilidade e respeito pelas crenças do paciente, negando uma forma de estar caracterizada apenas no fazer tarefas planejadas. Como exemplo, pode-se citar uma reflexão de um aluno do curso de enfermagem, quando da exploração do conceito de cuidado espiritual na aula, pois este defendia que a utilização dessa expressão era a aplicação de um pleonismo. Argumentava que, da mesma forma que não se fala em cuidado físico, cuidado psicológico ou cuidado social, não se deveria falar em cuidado espiritual, pois a palavra cuidar não admite complementos, se entendida na sua globalidade e se os

cuidados forem prestados sempre e naturalmente de forma holística. Foi e continua a ser um contributo nesta discussão. Nesta linha de pensamento também M. Renaud advoga:

O espírito é substantivo, cujo adjetivo correspondente é o termo espiritual. O espírito constitui-se pelos seus actos, os quais são espirituais pelo facto de criar relações que unificam o ser consciente que o homem é⁶.

O cuidado espiritual, de definição tão subjetiva e íntima quanto as necessidades que o precedem, tem sido definido de diferentes formas. Pode ser definido numa perspectiva religiosa, científica ou existencial¹³. Existem outros elementos comuns nas definições do conceito, tais como a necessidade de envolvimento da equipe, o uso da metodologia científica de enfermagem e o objetivo desse tipo de cuidado^{7,8,13}. Qualquer intervenção que suporte a ligação entre o *self*, os outros e o sagrado, que facilite o *empowerment* e resulte em saúde espiritual melhorada pode ser entendida como cuidado espiritual¹⁴. Este não se resumirá apenas a um conjunto de intervenções, mas antes a uma atitude de cuidar que se expressa em intervenções refletidas e planejadas pelo enfermeiro ou no seio da equipe multidisciplinar, cujo objetivo é o de promover o máximo bem-estar e facilitar o encontro de um sentido para a vida⁷.

O cuidado espiritual poderá depender, entre outros, das características pessoais do enfermeiro¹¹, dos contextos de cuidados¹⁵, ou da formação dos enfermeiros⁸. Mas é claro que o reconhecimento das necessidades espirituais dos pacientes é parte integrante da função dos enfermeiros². À imagem de outros autores^{8,10}, também Sawatzky e Pesut descrevem quatro atributos dos cuidados espirituais: a intuição (percepção das necessidades e do momento certo para intervir); relação interpessoal (utilização do *self* através da presença e do compromisso, competências comunicacionais, numa prática de cuidados em que a essência emerge do *ser* que se concretiza no *fazer*); altruísmo (como uma diretriz moral em colocar as necessidades do paciente sempre em primeiro plano) e integração (a espiritualidade é uma dimensão que integra e transborda todos os aspectos da vida)¹⁶.

Uma intervenção de enfermagem é uma ação específica do enfermeiro com o objetivo de promover a saúde do indivíduo, família ou comunidade². Surge da

necessidade de intervir face ao diagnóstico de enfermagem prévio. As intervenções espirituais são as realizações objetivas e concretas dos cuidados espirituais. Taylor, ao realizar uma revisão da literatura, encontrou o que considerou um elevado número de intervenções espirituais e argumenta que esse resultado poderá estar inflacionado devido ao elevado número de outro tipo de cuidados e atitudes de respeito que os enfermeiros classificaram como espirituais¹³. A definição de intervenções espirituais poderá ser dúbia para os enfermeiros, por isso, a sua classificação é de extrema importância para a uniformização do conhecimento e da prática de enfermagem.

REZAR COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Rezar é um termo presente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e uma intervenção que se encontra na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Ao rezar, a pessoa está numa conversa íntima com o seu Deus¹⁷. Rezar é entendido, por alguns autores, como um atributo definidor de espiritualidade e, por outros, como um resultado da vivência espiritual³. É tão individual como quem reza¹⁸.

Rezar pode ser entendido como uma estratégia ou atividade que consiste em implorar melhoras do estado de saúde a uma divindade onipotente, na qual a pessoa que implora acredita¹⁹. Por outro lado, há pessoas que sempre se identificaram como agnósticas e nos momentos de doença encontram necessidade de rezar e estabelecer uma relação de fé.

Rezar é a atividade espiritual mais frequente² e constitui uma estratégia de *coping*²⁰. Oferecer-se para rezar com o paciente também é uma intervenção da esfera do cuidado espiritual⁹. Sendo uma atividade significativa para muitos pacientes devido ao seu caráter de amenizar o sofrimento e proporcionar conforto, então deverá integrar as intervenções do enfermeiro, numa prática de cuidados que se defina humana e holística^{7,8,19,21}. Algumas teorias de enfermagem poderão sustentar a prática de rezar, tais como a teoria de Rogers, de Neuman e de Watson²².

No estudo que realizou com 299 enfermeiros, Grant verificou que 71% destes enfermeiros identificaram que rezar é uma intervenção de enfermagem que já efetuaram, sugeriram ou solicitaram a outro membro da

equipe¹⁵. Também como identificou o rezar como um exemplo de prática espiritual realizada pelos enfermeiros, na revisão que realizou¹⁴. Com o objetivo de validar o conteúdo de uma escala que mede a frequência com que os enfermeiros prestam cuidados espirituais, Taylor solicitou a opinião de um painel de peritos, com reconhecida produção científica na área espiritualidade em enfermagem. Cada item correspondia a uma intervenção espiritual e a opinião dos peritos foi categorizada em excelente, bom ou razoável para cada item da escala.

A intervenção "oferecer-se para rezar com o paciente" foi classificada como excelente e "oferecer-se para rezar em privado pelo paciente (mais tarde e sem estar na sua presença)" foi classificada como razoável¹³. Este fato não deixa de ser paradoxal, pois quando questionados acerca da frequência com que rezam pelos pacientes, os enfermeiros, na sua maioria, afirmam que rezam em privado¹⁹.

De acordo com a NIC, as duas intervenções de enfermagem principais para um cliente com o diagnóstico de angústia espiritual são o "apoio espiritual" e a "facilitação do crescimento espiritual"²³. Estas intervenções parecem subjetivas, abrangentes e inter-relacionadas. São estas as mais referenciadas pelos enfermeiros quando descrevem intervenções espirituais, enquanto categorias².

Entendendo a espiritualidade como uma dimensão pessoal, complexa e fundamental ao ser humano, o apoio espiritual e facilitação do crescimento espiritual também o serão. Numa tentativa de identificar as atividades que os enfermeiros poderiam realizar no apoio espiritual, foram encontradas "rezar com o paciente" e "facilitar o uso, pelo paciente, da oração e de outras tradições e rituais espirituais", bem como "oferecer apoio individual e grupal de oração, se apropriado" para a facilitação de crescimento espiritual²⁴.

Uma das razões de negligência na prestação de cuidados espirituais é o reconhecimento pelos enfermeiros de que os capelães são responsáveis únicos por esse tipo de cuidados¹⁰, mas, por seu turno, os capelães consideram os enfermeiros prestadores de cuidados espirituais^{25,26}. A este respeito, Koenig advoga que deverá ser mantida a relação interprofissional entre os enfermeiros

e os capelães, pois os primeiros dependem dos segundos para atender a necessidades específicas e os segundos dependem dos primeiros para a devida identificação dos pacientes com esse tipo de necessidades²⁷.

Tipos e métodos de oração

O ato de rezar depende da confissão religiosa ou espiritual da pessoa e, neste sentido, sempre que tenha conhecimento acerca da religião do paciente, os enfermeiros devem documentar-se de forma a proporcionar cuidados espirituais mais adequados, visto que *"os estudos religiosos constataam que no ocidente se vive hoje numa condição de extremo pluralismo religioso"*²⁸.

Rezar é uma prática ancestral que difere na sua forma de manifestação, objetivo, forma e conteúdo. Apresentam-se os seguintes tipos²¹:

- Súplica: suplicar algo para si mesmo;
- Intercessão: pedir algo para outrem;
- Confissão: expor os pecados e pedir perdão repetidamente;
- Lamentação: chorar em angústia e pedir protecção;
- Adoração: honrar e louvar;
- Invocação: Invocar a presença de Deus; e
- Gratidão: agradecer a Deus pelas suas ações.

Rezar é uma atividade que pode ser realizada de maneira formal ou informal, verbal ou não verbal, através de um diálogo falado ou cantado. Pode complementar-se com a utilização de outras atividades ou objetos simbólicos, como os terços, as imagens, as velas, incensos, crucifixo ou mesmo posições corporais²². Estes símbolos poderão se tornar valiosas pistas para o enfermeiro perceber a importância da oração para o paciente e para facilitar o início do diálogo acerca deste assunto.

Os ganhos em saúde

A investigação tem aproximado a esfera objetiva da ciência à subjetividade da espiritualidade através dos resultados que comprovam os benefícios em rezar. Foram definidas correlações positivas entre a prática de rezar e alguns indicadores de bem-estar psicológico¹⁹, bem como de melhoria nas estratégias de *coping*^{12,29,30}.

Um estudo efetuado acerca do efeito sobre a oração de intercessão pelos pacientes com bacteremia concluiu que os pacientes que receberam esse tipo de oração tiveram uma diminuição estatisticamente significativa no tempo de internamento, dos períodos de febre e, por isso, uma recuperação mais rápida relativamente aos pacientes que não receberam esse tipo de oração³¹. No estudo de Grant, os enfermeiros referiram que a espiritualidade proporciona paz interior (100%), força para ultrapassar a crise (98%), relaxamento físico (97%), ajuda a perdoar (93%), facilita o estabelecimento de relações significativas com outras pessoas (94%), reduz a dor (85%) e promove um sentimento de paz pelo perdão de Deus (83%), ajudando a encontrar sentido na doença (77%)¹⁵. Outros estudos apresentam correlações positivas entre rezar e o bem-estar existencial, o sentido da vida e a diminuição da ansiedade³. O contexto desta investigação figurou-se quase sempre em oncologia e doença crônica. Não obstante esta limitação, sabe-se, porém, que as mulheres, os negros e os idosos são os que mais querem rezar¹⁹.

Além dos ganhos em saúde, relativos a cada paciente em particular, rezar poderá trazer benefícios também ao enfermeiro, na sensação de plenitude na sua prestação de cuidados, de resposta efetiva e solícita às necessidades do paciente e de avaliação positiva de bem-estar e conforto do paciente, quase imediata. Os benefícios deverão, certamente, abranger as instituições a nível organizacional e financeiro, pela redução dos períodos de internamento, redução do uso de medicação, melhoria da satisfação dos seus clientes e, também fundamentalmente, pela promoção de uma política de humanização.

Questões éticas

Tendo como base para esta reflexão o Código Deontológico do Enfermeiro, parte-se do artigo 81º que descreve que o enfermeiro assume o dever de *"cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa"* e assume o dever de *"respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos"*³². A vulnerabilidade dos pacientes, as crenças

dos enfermeiros e a diversidade de doutrinas religiosas poderão fomentar dilemas éticos quando da discussão deste tipo de intervenção espiritual, porém o respeito pelo paciente e a integridade do enfermeiro são princípios que devem estar sempre presentes³³. Aceitando o rezar como uma intervenção de enfermagem, levantam-se algumas questões, a saber:

1) Deve o enfermeiro rezar quando o paciente solicita ou deve oferecer-se para rezar, mesmo sem solicitação?

As opiniões podem divergir neste campo de acordo com a perspectiva pessoal de cada profissional relativamente à sua concepção de enfermagem, de cuidado de enfermagem, de saúde, de pessoa paciente e até, talvez principalmente, de acordo com o seu sistema de valores e crenças. Existem diretrizes que poderão ajudar o enfermeiro no processo de tomada de decisão em rezar ou não rezar (Quadro 1).

Quadro 1 – Diretrizes de apoio ao enfermeiro na tomada de decisão sobre rezar

Diretrizes de Winslow (2003)	Diretrizes de Di Joseph e Cavendish (2005)
1. O enfermeiro deve conhecer as necessidades, os recursos e as preferências espirituais do paciente, no sentido de prestar cuidados espirituais baseados no respeito.	1. Efetuar uma apreciação inicial completa, incluindo os aspectos religiosos e espirituais.
2. Manter o respeito pelo paciente significa atender aos seus desejos expressos acerca da oração.	2. Respeitar as práticas de oração.
3. O enfermeiro não deve prescrever práticas espirituais, não deve incitar o paciente a adotar crenças religiosas nem pressioná-lo a abandonar as suas crenças e práticas.	3. Observar os ganhos em saúde resultantes da oração. 4. Garantir a utilização adequada da oração na sua prática.
4. Os enfermeiros que se preocupam em prestar cuidados espirituais devem procurar compreender a sua própria espiritualidade.	
5. O enfermeiro deve rezar com o paciente se isso for congruente com a sua integridade.	

Partindo do princípio que o enfermeiro efetuou uma coleta de dados - atendendo o paciente na sua realidade holística - e teve em atenção os aspectos religiosos e espirituais, então deterá conhecimento acerca da religiosidade e da prática da oração. Se o paciente é religioso e tem a prática de rezar, o enfermeiro deverá procurar saber os hábitos para a prática desse ritual. Interessa saber se o paciente reza e como costuma rezar, interesses estes semelhantes a todos os dados da apreciação inicial que sejam relevantes para a prestação de cuidados. Se o enfermeiro partilha as mesmas crenças que o paciente e reconhece, pela sua apreciação inicial,

que rezar é uma atividade importante para o paciente poderá oferecer-se para rezar mesmo sem solicitação, mas sempre com consentimento. Tal como oferece água, roupa ou alimentação, oferecer oração poderá ser altamente confortante.

O enfermeiro deve rezar quando o paciente pede, pois essa atividade é importante para manter o seu estado de bem-estar (na sua abrangência bio-psico-socio-espiritual), sem nunca forçar o paciente a fazê-lo. Rezar deverá ser sempre uma atividade voluntária por parte do enfermeiro²². Se o paciente é religioso e pede para rezar, não há razão para que o enfermeiro não reze com ele, após o seu consentimento, desde que se sinta preparado para tal^{27,34}. Mas deverá ter sempre em mente que o fato de o paciente ter informado que é religioso e tem o hábito de rezar não significa que pretende fazê-lo com o enfermeiro e essa informação deverá ser coletada também no momento da apreciação inicial. A maioria dos pacientes gosta de rezar precisamente sós, em recolhimento¹⁹.

Oferecer-se para rezar sem conhecer os hábitos do paciente poderá ser sentido como um ato de intromissão. Neste contexto, há o caso da enfermeira Caroline Petrie que em 2009 foi suspensa por oferecer-se para rezar com uma paciente³⁵. Por outro lado, caso o paciente solicite, o enfermeiro não deve sentir-se forçado em aceitar. Contudo, após identificar este tipo de necessidade não poderá ignorá-la. De acordo com Narayanasamy, os enfermeiros devem evitar rezar pelo paciente se isso não lhes foi solicitado, pois além de ser um comportamento eticamente discutível, coloca o paciente numa situação de mal-estar e compromete a relação³⁴. Carson e Koenig indicam que os enfermeiros não devem oferecer-se para rezar, a não ser que considerem significativo para o paciente pelos dados que coletaram na apreciação inicial²⁰. A relação entre o enfermeiro e o paciente determinará estes processos de consenso, pois um ambiente de confiança facilitará a oração¹⁹.

2) Deve o enfermeiro rezar mesmo não partilhando a mesma fé?

O enfermeiro só deverá rezar se isso for congruente com as suas crenças^{7,19}. Numa relação de confiança entre o enfermeiro e o paciente não há lugar para a oração que não seja autêntica³³. Caso o paciente solicite ao enfermeiro para rezar e este não se sinta capaz

de fazê-lo nas condições esperadas para uma prática baseada nos princípios e valores do seu código deontológico, deve solicitar a outro enfermeiro que o faça, informar o paciente e solicitar o seu consentimento. Deve garantir que o outro enfermeiro tenha condições para esta intervenção (atendendo aos princípios já expostos). Este cenário é comum a outras situações de prestação de cuidados de enfermagem, nas quais o enfermeiro solicita apoio a outro ao qual reconheça competência para dar resposta. Relativamente a um pedido para rezar e ainda no contexto do enfermeiro não se sentir capaz, pode informar o paciente acerca da possibilidade de contactar o capelão ou o líder religioso, pois estes são elementos da equipe de saúde fundamentais no acompanhamento espiritual. A família, outras pessoas significativas para o paciente ou até outros pacientes com os quais tenha sido estabelecida uma relação de confiança poderão ser envolvidas, desde que o consentimento seja dado por todos os envolvidos.

CONCLUSÃO

A espiritualidade é uma dimensão que integra a prestação de cuidados de enfermagem. A concepção de cuidado holístico e a atenção global e respeitadora da pessoa humana, aliadas à evidência das necessidades

espirituais que emergem nos momentos de doença, interpelam os enfermeiros à prestação de cuidados espirituais. Rezar é uma intervenção de enfermagem reconhecida e classificada. É uma prática espiritual associada a resultados positivos na saúde e os enfermeiros poderão encontrar nesta intervenção um campo de autonomia que lhes permite contribuir para a melhoria do estado de saúde dos pacientes.

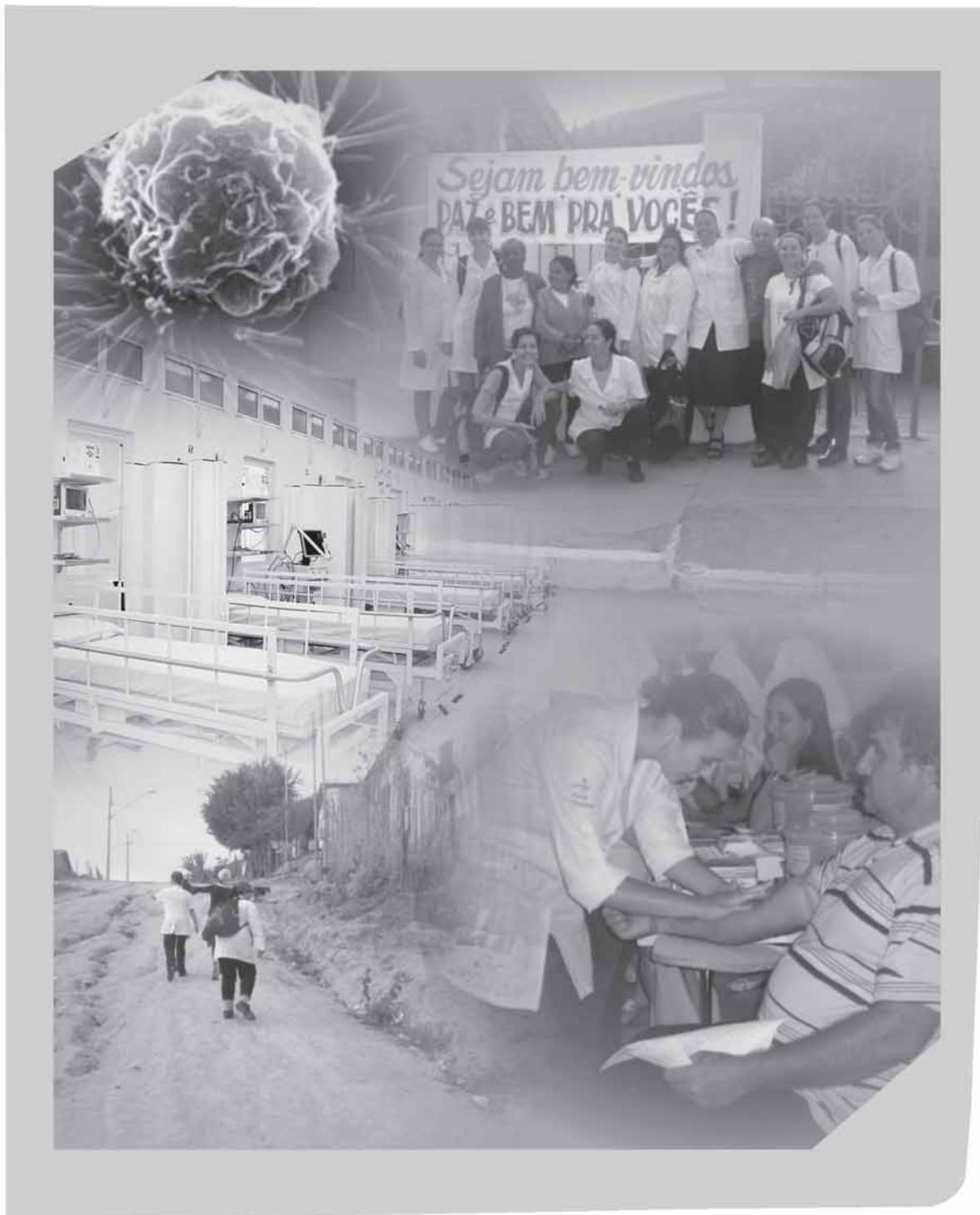
O enfermeiro deve efetuar uma apreciação inicial completa acerca dos desejos e hábitos de rezar, deve receber o consentimento do paciente para rezar mesmo que tenha sido este a solicitar, deve esclarecer o paciente quando não se sentir preparado para rezar, oferecendo e garantindo outras alternativas, como por exemplo outro enfermeiro, o capelão, o líder religioso ou um familiar. Não deve rezar com o paciente se com essa intervenção for incongruente com os seus valores e crenças.

A prática de rezar, integrada na prestação de cuidados de enfermagem, carece de investigação com o objetivo de conhecer os ganhos em saúde e outros possíveis resultados a nível institucional relacionados com esta intervenção, não só em serviços de oncologia e doença crónica, como em serviços de pediatria e internamento por doença aguda.

REFERÊNCIAS

1. Renaud I. O cuidado em enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 2010; 14(1):2-8.
2. Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise B, Lanza M et al. Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. *Internat J Nurs Terminol Classifications*. 2003; 14(4):113-24.
3. Meraviglia M. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. *J Holist Nurs*. 1999; 17(1):18-33.
4. Buck H. Spirituality: concept analysis and model development. *Holist Nurs Pract*. 2006; 20(6):288-92.
5. McEwen M. Spiritual nursing care – state of the art. *Holist Nurs Pract*. 2005; 19(4):161-8.
6. Renaud M. Do espírito à espiritualidade. In: Biscaia J, Renaud I, Renaud M, editors. *A que país têm os filhos direito – tempos da vida*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2008. p.153-68.
7. Caldeira S. A espiritualidade no cuidar: um imperativo ético [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2008.
8. Narayanansamy A. *Spiritual care: a practical guide for nurses and health care practitioners*. Wiltshire: Mark Allen Publishing; 2001.
9. Sheldon J. Spirituality as a part of nursing. *J Hospice Palliative Nursing*. 2000; 2(3):101-8.
10. McSherry W. *Making sense of spirituality in nursing practice: an interactive approach*. Londres: Churchill Livingstone; 2000.
11. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nursing*. 2006; 15:852-62.
12. Baldacchino D, Draper P. Spiritual coping strategies: a review. *J Advanced Nursing*. 2001; 34(6):833-41.
13. Taylor E. What is spiritual care in nursing? Findings from an exercise in content validity. *Holist Nurs Pract*. 2008; 22(3):154-9.
14. Como J. Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holist Nurs Pract*. 2007; 21(5):224-36.
15. Grant D. Spiritual Interventions: how, when, and Why Nurses Use Them. *Holist Nurs Pract*. 2004; 18(1):36-41.
16. Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. *J Holist Nurs*. 2005; 23(1):19-33.
17. Shelly J, Fish S. Praying with patients. *J Christian Nursing*. 1995; 12:9-13.
18. O'Brien ME. *Spirituality in nursing: standing on holy ground*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2008.
19. Taylor E. Prayer's clinical issues and implications. *Holist Nurs Pract*. 2003; 17(4):179-88.
20. Carson V, Koenig H. *Spiritual Caregiving: healthcare as a ministry*. Philadelphia: Templeton Foundation Press; 2004.
21. Ameling A. Prayer: an ancient healing practice becomes new again. *Holist Nurs Pract*. 2000; 14(3):40-8.
22. DiJoseph J, Cavendish R. Expanding the dialogue on prayer relevant to holistic care. *Holistic Nursing Practice*. 2005; 19(4):147-54.
23. Johnson M. Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2006.

24. Dochterman J, Bileachek G. Classificação das intervenções de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2008.
25. Cavendish R. Do pastoral care providers recognize nurses as spiritual care providers? *Holist Nurs Pract*. 2007; 21(2):89-98.
26. Weinberger-Litman SL, Muncie MA, Flannelly LT, Flannelly KJ. When do nurses refer patients to professional chaplains?. *Holist Nurs Pract*. 2010; 24(1):44-48.
27. Koenig H. Spirituality in patient care – why, how, when and what. Philadelphia: Templeton Foundation Press; 2007.
28. Partridge C. Enciclopédia das novas religiões: novos movimentos religiosos, seitas e espiritualidades alternativas. Lisboa: Editorial Verbo; 2006.
29. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *British J Nurs*. 2002; 11(22):1461-70.
30. Lo R. The use of prayer in spiritual care. *Australian J Holist Nurs*. 2003; 10(1):22-9.
31. Leibovici L. Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomized controlled trial. *British Med J*. 2001; 323:1450-1.
32. Portugal. Lei nº 111, de 16 de Setembro de 2009. Procede à primeira alteração do estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*. 1ª Série, nº180, p. 6528.
33. Winslow G. Examining the ethics of praying with patients. *Holist Nurs Pract*. 2003; 17(4):170-7.
34. Narayanasamy A, Narayanasamy M. The healing power of prayer and its implications for nursing. *British J Nurs*. 2008; 17(6):394-8.
35. Nurse's prayer suspension: Sign petition for Caroline Petrie here [acesso em 2010 jul 31]. Disponível em: <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/4446935/Nurses-prayer-suspension-Sign-petition-for-Caroline-Petrie-here.html>



Artigos de Revisão

CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA: RESPEITO AOS PRINCÍPIOS DA VIDA

PALLIATIVE CARE IN ONCOLOGY: PRINCIPLES FOR RESPECT OF LIFE

CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCOLOGÍA: PRINCIPIOS PARA EL RESPETO DE LA VIDA

Landina Silene Pacheco*, Leandro Martins*, Virtude Maria Soler**

Resumo

O significado e a dimensão dos cuidados paliativos no Brasil ainda são pouco conhecidos. Indicado para doentes crônicos cujo prognóstico evidencia a finitude e morte, requer identificação precoce, avaliação e tratamento efetivo dos problemas físicos, psicossociais e espirituais. Pautado nos princípios de veracidade, proporcionalidade terapêutica, duplo efeito, prevenção, não abandono, tratamento da dor, para uma melhor qualidade de vida possível. O objetivo geral deste estudo foi identificar, por meio de uma revisão integrativa da literatura nacional, segundo os pressupostos de Ganong (1987), estudos sobre cuidados paliativos em oncologia desenvolvidos no período de 2000 a 2009. Os objetivos específicos foram: identificar atributos e conceitos e apresentar uma síntese dos resultados. Amostra: 75 publicações, das quais 73 eram artigos e duas teses; 25 artigos e duas teses indexadas pela LILACS, 12 pelo SciELO e um pelo MEDLINE. Foram incluídos 30 estudos não indexados obtidos da Revista Prática Hospitalar e cinco de outras fontes. Atributos prevalentes: dignidade, autonomia, dor/controlado, aspecto emocional/espiritual/religioso, luto/enlutamento, ortotanásia, distanásia, eutanásia, finitude, terminalidade, cuidado em domicílio e qualidade de vida. Programas de cuidados paliativos e a filosofia *hospice* propõem novos conceitos e discussões sobre o cuidado e cuidar pautados em valores ético-morais e o respeito à dignidade humana. Envolve o doente, a família e os amigos, por meio de tratamento interdisciplinar e comunicação aberta e honesta, atendendo às necessidades pessoais. O enfermeiro tem grande oportunidade de otimizar o cuidado. É necessário incluí-lo nos sistemas de saúde, em esfera mundial, no ensino e na pesquisa. Contudo, falta no Brasil, maior compromisso governamental, educacional e de provisão de medicamentos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Enfermagem. Oncologia.

Abstract

The meaning and extent of palliative care in Brazil are still poorly understood. Indicated for chronic patients whose prognosis reveals the finitude and death, requires early identification, assessment and effective treatment of physical problems, psychosocial and spiritual. It is guided by the principles of truthfulness, proportionality therapy, double effect, prevention, not abandonment, pain management, for a better quality of life possible. The aim of this study was to identify, through an integrative review of national literature, according to the assumptions of Ganong (1987), studies on palliative care in oncology developed in the period 2000 to 2009. Specific objectives were to identify attributes and concepts and provide a summary of the results. Sample: 75 publications, of which 73 articles and two theses, 25 articles and two theses indexed by LILACS, SciELO and 12 by one by MEDLINE. 30 studies were obtained from non-indexed journal Hospital Practice and five from other sources. Prevalent attributes: dignity, autonomy, pain / control aspect emotional / spiritual / religious, mourning / bereavement, orthothanasia, futility, euthanasia, finitude, terminal, home care, quality of life. Prevalent attributes: dignity, autonomy, pain / control aspect emotional / spiritual / religious, mourning / bereavement, orthothanasia, futility, euthanasia, finitude, terminal, home care, quality of life. Palliative care programs and hospice philosophy propose new concepts and discussions about care and care guided by ethical and moral values and respect for human dignity. Involves the patient, family and friends, through interdisciplinary treatment and open and honest communication, taking into account personal needs. The nurse has a great opportunity to optimize care. It is necessary to include it in health systems in place worldwide, in teaching and research. However, missing in Brazil, a major government commitment, education and provision of medicines.

Keywords: Palliative care. Nursing. Oncology.

Resumen

El significado y el alcance de los cuidados paliativos en el Brasil son aún poco conocidos. Indicado para pacientes crónicos, cuyo pronóstico revela la finitud y la muerte, es necesaria una identificación temprana, la evaluación y el tratamiento eficaz de los problemas físicos, psicosociales y espirituales. Personal en los principios de veracidad, la terapia de proporcionalidad, de doble efecto, la prevención no, el abandono, el manejo del dolor, para una mejor calidad de vida posible. El objetivo de este estudio fue identificar, a través de una revisión integradora de la literatura nacional, de acuerdo con los supuestos de Ganong (1987), los estudios sobre los cuidados paliativos en oncología desarrollados en el período 2000 a 2009. Los objetivos específicos fueron identificar los atributos y conceptos y un resumen de los resultados. Muestra: 75 publicaciones, de las cuales 73 artículos y dos tesis doctorales, 25 artículos y dos disertaciones indexados por LILACS, SciELO y 12 por una a través de MEDLINE. 30 estudios se obtuvieron a partir de revistas no indexadas Hospital práctica y cinco de otras fuentes. Prevalentes atributos: dignidad, autonomía, dolor / aspecto del control emocional / espiritual / religiosa, el luto / duelo, ortotanásia, la inutilidad, la eutanásia, la finitud, terminal, atención domiciliaria, la calidad de vida. Programas de atención paliativa y la filosofía del hospicio proponer nuevos conceptos y debates sobre el cuidado y la atención guiada por valores éticos y morales y el respeto de la dignidad humana. Se refiere a la paciente, la familia y amigos, a través de un tratamiento interdisciplinario y comunicación abierta y honesta, teniendo en cuenta sus necesidades personales. El personal de enfermería tiene una gran oportunidad para optimizar la atención. Es necesario incluirlo en los sistemas de salud en el mundo entero, en la enseñanza y la investigación. Sin embargo, desaparecidos en Brasil, un compromiso fundamental del Gobierno, la educación y suministro de medicamentos.

Palabras clave: Enfermería. Cuidados paliativos. Oncología.

* Discentes do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil.

** 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 Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: virtumariasoler@gmail.com

INTRODUÇÃO

Aprender a trabalhar com as perdas no contexto das doenças crônicas como o câncer é desafiante, pois no processo de cuidar, a forma como se dá o cuidado, retrata a interação entre aquele que cuida e a pessoa que é cuidada. Abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo, envolve atitudes de afeto que valorizam e dignificam a vida humana em respeito ao próximo, estando este presente, ausente, consciente ou inconsciente¹.

Embora a área da oncologia tenha avançado técnica e cientificamente, muitos pacientes hospitalizados não obtêm alta, necessitando de cuidados especiais no curso da doença. No período de finitude – finito, limitação, contingência, quando o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico é definido, muitas vezes em dias ou semanas, os cuidados paliativos tornam-se imprescindíveis. Complexos e mais eficientes, demandam uma atenção específica e contínua ao doente e à sua família, prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento, o não abandono ou maltrato. Quando há doença ativa, progressiva e ameaçadora à continuidade da vida, podem e devem ser indicados, assim como na vigência de doenças crônicas em diferentes fases de evolução^{2,3}.

A abordagem em cuidados paliativos atém-se sempre ao binômio paciente/cuidador². Representa elementos-chave para auxiliar os pacientes e familiares eficientemente, durante doenças graves que ameaçam a continuidade da vida, pois inclui a garantia de conforto físico, suporte psicossocial e espiritual, além de um serviço coordenado em vários níveis de saúde⁴.

Avanços têm sido realizados no cuidado aos doentes com prognóstico reservado. Desde 1967 quando Cicely Saunders - enfermeira, assistente social e médica inglesa - fundou em Londres o *hospice St Christopher*, iniciaram-se os cuidados paliativos para oferecer assistência mais qualificada a doentes graves e seus familiares, servindo também, de local onde o ensino e a pesquisa nessa área pudessem florescer. A filosofia *hospice* transcende o conceito de cuidado hospitalar tradicional, pois envolve atitudes e habilidades profissionais relacionadas, postas em prática em diferentes cenários culturais e adaptáveis a diferentes condições de trabalho⁵.

O cuidado paliativo promove qualidade de vida a pacientes e familiares, requer identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual⁶. Constitui um conjunto de medidas e cuidados voltados ao tratamento de pessoas que adoeceram e se encontram sem perspectivas de cura, pela somatória de esforços de uma equipe multidisciplinar, visando atingir o máximo de bem-estar físico, psíquico e social, oferecidos em ambiente hospitalar, na própria casa (*home care*) ou em instituições especializadas (*hospice*), ainda pouco comuns no Brasil^{2,5}.

O tratamento é interdisciplinar e o foco da atenção não é a doença a ser curada/controlada, mas o doente enquanto um ser biográfico, ativo, com direito a informação e autonomia plena que, junto aos familiares, decide sobre seu tratamento. Preconiza a atenção individualizada ao doente e à sua família, busca a excelência no controle de todos os sintomas, a prevenção e o alívio do sofrimento³. Novos conceitos vêm sendo desenvolvidos na área de cuidados paliativos, por meio dos quais se propõe a integração dessa terapêutica desde o início do tratamento oncológico, evitando relacioná-lo apenas à fase final da vida^{2,3}.

As metas a serem alcançadas pela equipe de trabalho em cuidados paliativos consistem em: garantir alívio da dor e de outros sintomas que tragam sofrimento ao paciente; oferecer cuidado psicológico e espiritual para que a pessoa possa se preparar para a morte e, conseqüentemente, enfrentá-la tão plenamente quanto puder; manter um sistema de apoio que auxilie o paciente a viver ativa e criativamente, quanto possível até a morte, e que promova a autonomia, a integridade e a auto-estima, além de sustentar um sistema de suporte que auxilie a família a enfrentar as crises durante a doença, inclusive no período de luto².

A equipe de cuidados paliativos é composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e espirituais e demais profissionais, além de pessoas voluntárias. Contudo, embora o papel da equipe seja manter a esperança do paciente, todo o processo de tratamento é desenvolvido de forma realista. Em domicílio o cuidado é suplementado pelos serviços comunitários existentes e o suporte familiar mantido, tanto antes como após a morte, no período de luto^{2,4}.

O desenvolvimento de pesquisas científicas, a educação individual e coletiva e o aprimoramento dos cuidados humanizados ao ser humano, contribuem para tornar essa modalidade assistencial uma especialidade. Entretanto, é preciso mais conscientização e melhores condições para que unidades especiais e a formação de graduandos e de equipes de trabalho possam assistir e responder às dúvidas e dificuldades de pacientes e familiares, peculiares a doenças graves e incuráveis.

Além do controle dos sintomas, profissionais, pacientes, familiares e amigos, buscam, nesse tipo de cuidado, contemplar aspectos éticos de veracidade, proporcionalidade terapêutica, duplo efeito, prevenção e não-abandono, além dos aspectos emocionais, espirituais e sócio-ambientais da pessoa que adoeceu e caminha para a morte. Requer, principalmente, dos profissionais da saúde, habilidades, especialmente na tomada de decisões e no "fechamento do término da vida"^{2,3,5}.

Personalizar o cuidado paliativo e garantir qualidade de vida ao paciente envolve princípios essenciais para: promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes; reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural; não antecipar nem tampouco postergar a morte; integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado; oferecer um sistema de suporte capaz de auxiliar a família e os entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença e morte; ser iniciado o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão do manejo dos sintomas^{2,5}.

Diante da importância e relevância do tema, este estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão integrativa da literatura brasileira sobre cuidados paliativos, com o propósito de identificar conceitos, aspectos éticos e atributos referentes a essa prática, geralmente utilizada no tratamento de pacientes oncológicos. Apresenta resultados baseados em publicações acerca desse tipo de cuidado, importantes para doentes e suas famílias, profissionais da área da saúde, especificamente para a equipe de enfermagem.

OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo foi realizar uma revisão integrativa da literatura sobre cuidados paliativos em

oncologia por meio de artigos nacionais publicados no período de 2000 a 2009. Quanto aos objetivos específicos: identificar os atributos e apresentar os conceitos relacionados aos cuidados paliativos e a síntese dos resultados obtidos na revisão integrativa sobre cuidados paliativos, segundo os pressupostos de Ganong⁷.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisões bibliográficas reúnem ideias oriundas de diferentes fontes, visando construir uma nova teoria ou uma nova forma de apresentação para um assunto já conhecido. Permitem mostrar a evolução de conhecimentos sobre um tema específico, apontar as falhas e acertos dos diversos trabalhos na área, emitir críticas e elogios e resumir o que é significativo e importante sobre o tema⁸.

A revisão integrativa da literatura reúne conhecimentos sobre um tema específico, oferece compreensão do conhecimento desenvolvido sobre a temática e esclarece quanto à importância do novo estudo. Serve de base para estudos significativos ao exercer função integradora, facilitando o acúmulo de conhecimento⁹.

Revisões integrativas (IRs) são ações centrais utilizadas na validação do comportamento e conhecimentos científicos em pesquisas primárias. As interpretações e decisões dos enfermeiros que desenvolvem revisões da literatura científica auxiliam no preparo e desenvolvimento de políticas, protocolos bases e ações, além das diretrizes assistenciais⁹. São fundamentais para a base sólida de procedimentos na explicitação de critérios e rigor, essencial nas revisões - a "aura" de credibilidade para acompanhar e entender as bases das pesquisas recomendadas¹⁰. Tanto produtores, quanto consumidores da pesquisa, necessitam de habilidades na revisão da literatura de pesquisas, para a apresentação da revisão por escrito¹¹.

Além de sumarizar estudos, a revisão permite construir uma conclusão a partir de muitos estudos realizados separadamente, mas que investigam problemas idênticos ou similares¹². Apresenta estudos realizados por diferentes metodologias, consideradas de grande importância para o pesquisador, possibilita a complementação dos resultados por meio da síntese e a

qualificação das evidências obtidas, além de oferecer subsídios para a modificação e implementações que promovam a qualidade das ações/intervenções de enfermagem¹³.

No estudo, utilizaram-se os pressupostos de Ganong⁷, composto por seis etapas:

1^a. etapa: **identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa** (fase norteadora - definição da questão): análise das hipóteses;

2^a. etapa: **amostragem ou busca na literatura** (bases de dados e seleção dos estudos): análise da amostra como um medidor crítico sem omissões, para garantir confiabilidade;

3^a. etapa: **categorização dos estudos** (definição dos dados a serem extraídos das pesquisas): representação das características dos estudos e seus achados a partir da definição das informações extraídas dos artigos selecionados;

4^a. etapa: **avaliação dos estudos incluídos na revisão** (análise dos resultados evidenciados) dos achados: assegurar bom detalhamento dos estudos selecionados e despertar o interesse e a expectativa por meio de métodos úteis;

5^a. etapa: **interpretação dos resultados** (discussão dos dados): interpretação, comparação e discussão a partir de relações com outras teorias, apresentação de sugestões visando melhorar as ações de enfermagem e futuras pesquisas;

6^a. etapa: **apresentação da revisão integrativa** (síntese do conhecimento evidenciado nos estudos): resultados de relatórios da pesquisa primária apresentados de forma clara e completa, incluindo informações suficientes, bem detalhadas e pertinentes, para avaliação crítica das evidências obtidas e dos procedimentos realizados durante o processo de revisão.

O levantamento foi realizado em duas etapas: busca nas bases de dados *online*, pelos descritores: cuidados paliativos, enfermagem e oncologia, com a conjunção entre os termos, e busca manual e de publicações *online* não indexadas. A amostra foi determinada pelos critérios de inclusão: publicações nacionais sobre cuidados paliativos, desenvolvidas no período de 2000 a 2009; estudos realizados com indivíduos adultos.

Foram consultadas as bases de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Biblioteca Científica Eletrônica em Linha (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (BIREME). A Biblioteca Cheddi Gattaz das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), de Catanduva-SP, foi utilizada para complementar os dados, principalmente na busca manual. Localizou-se, inicialmente, 155 publicações no LILACS, 51 no SciELO, 57 no BDENF e 59 no MEDLINE, perfazendo um total de 322 publicações. Após refinamento, foram selecionados 75 estudos.

Para a categorização dos artigos foi utilizado e adaptado o instrumento de Beyea e Nicoll¹⁴, cujos passos norteadores são: identificação (número da publicação, base de dados, ano da publicação, autor(s) e fonte); questão central e sua importância para o artigo; adequação ou não da metodologia do estudo; número de sujeitos selecionados para o estudo; respostas das perguntas da pesquisa; necessidade de novas pesquisas.

Os estudos foram analisados quanto aos conceitos e atributos e, dessa forma, permitiram uma análise generalizada das publicações e a síntese dos resultados. Os dados foram expressos descritivamente, por tabelas e quadros, acompanhados de percentual estatístico, segundo o modelo de Ganong⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As publicações nacionais, fonte de dados deste estudo, foram desenvolvidas no período compreendido entre 2000 a 2009.

A Tabela 1 apresenta o número de publicações indexadas neste período, selecionadas para o estudo.

Tabela 1 – Distribuição das publicações sobre cuidados paliativos em oncologia, indexadas segundo a fonte de dados

Fonte	Publicações indexadas	%
LILACS	27	67,5
SciELO	12	30,0
MEDLINE	1	2,5
Total	40	100

Prevaleram publicações obtidas na LILACS, correspondendo a 67,5% de artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A Tabela 2 apresenta estudos selecionados em fontes não indexadas e por meio de busca manual, para complementar e enriquecer a amostra, considerando-se o conteúdo e a significação para o meio acadêmico e o número ainda pequeno de estudos desenvolvidos no Brasil.

Tabela 2 – Distribuição das publicações sobre cuidados paliativos em oncologia, localizadas em fontes não indexadas e por busca manual.

Fonte	Publicações não indexadas	%	Estudos obtidos por busca manual	%
Revista Prática Hospitalar	30	100	-	-
Revista Brasileira de Enfermagem			1	20
Texto Contexto Enfermagem			1	20
O Mundo da Saúde			1	20
Revista CuidArte Enfermagem			1	20
Revista Brasileira de Cancerologia			1	20
Total	30	100	5	100

As 75 publicações nacionais sobre cuidados paliativos em oncologia, obtidas de várias fontes, estão apresentadas na Tabela 3 que apresenta também o número e o ano correspondente à publicação.

Tabela 3 – Distribuição dos estudos publicados sobre cuidados paliativos em oncologia, segundo o ano, no período de 2000 a 2009.

Ano	Número de publicações	%
2000	1	1,3
2001	2	2,6
2002	-	-
2003	18	24
2004	7	9,3
2005	14	18,6
2006	17	22,7
2007	10	13,3
2008	5	6,6
2009	1	1,3
Total	75	100

Compuseram a amostra 73 artigos (97,3%) e duas teses (2,6%). O maior número de publicações ocorreu em 2003 e 2006, seguidos de 2005, declinando, segundo as fontes consultadas, no período de 2008 e 2009.

A distribuição das publicações sobre cuidados paliativos em oncologia, segundo a profissão e o título, foi assim representada: enfermeiro 29 (21,4%), médico 21 (15,5), enfermeiro docente 20 (14,8%), graduando de enfermagem 15 (11,1%), mestrando em enfermagem 13 (9,6%), enfermeiro doutor 11 (8,1%), médico docente 9 (6,6%), graduando de medicina 7 (5,15), psicólogo 6 (4,45), psiquiatra 2 (1,4%) e, respectivamente, teólogo e assistente social 1 (0,7%).

Pode-se notar que graduandos de enfermagem e medicina demonstram interesse por cuidados paliativos em oncologia. É importante inserir graduandos em pesquisas sobre essa temática e incentivar também, o desenvolvimento de novos estudos de iniciação científica. Estudos com esse tipo de modelo podem subsidiar novas pesquisas, além de evidenciar a evolução dos cuidados paliativos nacionais e internacionais.

As publicações *online* indexadas e de busca manual não indexada estão apresentadas nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Apresentação das publicações sobre cuidados paliativos em oncologia, indexadas segundo a fonte, autoria, título e ano

Nº de publicações	Fonte	Autor (s)	Título	Ano
1.	LILACS	Marcelino SR, Randunz V, Erdmann AL	Cuidado Domiciliar: Escolha ou Falta de Opção?	2000
2.	LILACS	Silveira RS, Lunardi VL	A enfermagem cuidando de quem vivencia o processo de morrer	2001
3.	LILACS	Simoni M, Santos ML	Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem	2003
4.	LILACS	Mccoughlan M	As necessidades de cuidados paliativos	2003
5.	LILACS	Pessini L	A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica	2003
6.	LILACS	Breitbart W	Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos	2003
7.	LILACS	Melo AGC	Os cuidados paliativos no Brasil	2003
8.	LILACS	Silva MJP	Comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas: reflexões	2003
9.	LILACS	Kovacs MJ	Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar	2003
10.	LILACS	Rodrigues IG, Zago MMF	Enfermagem em cuidados paliativos	2003
11.	LILACS	Pimenta CAM	Dor oncológica: bases para avaliação e tratamento	2003
12.	LILACS	Mota DDCF, Pimenta CAM	Fadiga em pacientes recebendo cuidados paliativos	2003
13.	LILACS	Gimenes MGG	A passagem entre a vida e a morte: uma perspectiva psicoespiritual em cuidados paliativos domiciliares	2003
14.	LILACS	Figueiredo MTA	Educação em cuidados paliativos: uma experiência brasileira	2003
15.	LILACS	Araujo MCA	O papel do tratamento quimioterápico na oncologia clínica no cenário hospitalar	2003
16.	LILACS	Franco MHP	Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar	2003
17.	LILACS	Lepargneur H	Um poeta fala nos últimos dias do ser humano: introdução aos cuidados paliativos	2003
18.	LILACS	Rodrigues IG, Zago MMF, Caliri MH	Uma análise do conceito de cuidados paliativos no Brasil	2005

19.	LILACS	Girond JBR, Kemper RW	Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e interrelações	2006
20.	LILACS	Susaki TT, Silva MJP, Possari JF	Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem	2006
21.	LILACS	Silva MF, Fernandes MFP	A ética do progresso ante o gerenciamento de enfermagem em cuidado paliativo	2006
22.	LILACS	Araujo MMT, Silva MJP	A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo	2007
23.	LILACS	Silva MRB, Borgognoni K, Rorato C, Morelli S, Silva MRV, Sales CA	O câncer entrou em meu lar: sentimentos expressos por familiares de clientes	2008
24.	LILACS	Ferreira NMLA, Souza CLB, Stuchi Z	Cuidados paliativos e família	2008
25.	LILACS	Guedes JAD, Sardo PMG, Borenstein MSK	A enfermagem nos cuidados paliativos	2009
26.	LILACS	Rodrigues IG	Uma análise do conceito de cuidados paliativos no Brasil	
27.	LILACS	Silva RCF da.	Cuidados paliativos oncológicos: reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde	
28.	SciELO	Kovacs MJ	Bioética nas questões da vida e da morte	2003
29.	SciELO	Skaba MF	Humanização e cuidados paliativos	2004
30.	SciELO	Silva RCF, Hortale VA	Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área	2006
31.	SciELO	Diniz R.W, Gonçalves MS, Bensi CG, Campos AS, Giglio AD, Garcia JB, Miranda VC, Monteiro TA, Rosemberg M.	O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos Análise clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos atendidos no programa de dor e cuidados paliativos do hospital universitário Clementino Fraga Filho no ano de 2003	2006
32.	SciELO	Salamonde GLF, Verçosa N, Barrurand L, Costa AFC	Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica	2006
33.	SciELO	Florini CA, Schramin FR	O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia	2007
34.	SciELO	Silva CAM, Acker JIBV	O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal	2007
35.	SciELO	Oliveira AC, Sá L, Silva MJP	A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos	2007
36.	SciELO	Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, Caous CA	Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica, relaxamento, imagens mentais e espiritualidade (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais	2007
37.	SciELO	Elias ACA, Pimenta CAM, Dash LG	Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades	2008
38.	SciELO	Floriani CA, Schramin FR	Como implementar cuidados paliativos de qualidade na Unidade de Terapia Intensiva	2008
39.	SciELO	Filho RCC, Costa JLFGutierrez FLBR, Mesquita AF	Cuidados paliativos: uma perspectiva de assistência integral à pessoa com neoplasia	2008
40.	MEDLINE	Sales CA, Alencastre MB		2003

Quadro 2 - Apresentação das publicações sobre cuidados paliativos em oncologia, não indexadas e obtidas por busca manual, segundo a fonte, autoria, título e ano

Nº de publicações	Fonte	Autor (s)	Artigos	Ano
41.	Texto Contexto Enfermagem	Filho WDL, Sulzback RC, Nunes AC, Lunardi VL	Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morrer e morte	2001
42.	O Mundo da Saúde	Pessini L, Bertachini L	Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade	2005
43.	Revista Brasileira de Cancerologia	Clemente RPDS, Santos EH	A não ressuscitação do ponto de vista da enfermagem, em uma unidade de cuidados paliativos	2007
44.	CuidArte Enfermagem	Gonçalves AC, Silva A, Chalin C, Cabral H, Ricarte LF, Machado T	Cuidados paliativos: análise dos conceitos à luz da teoria de Walker e Avant	2008
45.	Revista Brasileira de Enfermagem	Araújo LZS, Araújo CZS, Souto AKBA, Oliveira MS	Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo	2009
46.	Prática Hospitalar	Figueiredo MTA	Cuidados paliativos: respeito, alívio e dignidade para o paciente	2003
47.	Prática Hospitalar	Brandão C	Sedação terminal reflete necessidade de ensino e pesquisa em medicina paliativa e cuidados paliativos	2004
48.	Prática Hospitalar	Bifulco VA	Reflexões sobre a morte e o morrer nos atendimentos psicológicos de cuidados paliativos	2004
49.	Prática Hospitalar	Bifulco VA	Espiritualidade: conceito e aplicação dentro da prática em cuidados paliativos	2004
50.	Prática Hospitalar	Maciel MGS	Morte no domicílio: experiência da equipe de cuidados paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo	2004
51.	Prática Hospitalar	Drumond TC, Marx RT, Costa MBS, Santos MS, Espindola TC, Nehmy RMQ, Silveira JCB	Projeto CATHIVAR: relato de uma experiência em cuidados paliativos	2004
52.	Prática Hospitalar	Brandão C	Câncer e cuidados paliativos	2005
53.	Prática Hospitalar	Brandão C	Dor, câncer e cuidados paliativos: uma nova abordagem	2005
54.	Prática Hospitalar	Firmino F	Implantação de serviços de cuidados paliativos: nossos marcos históricos	2005
55.	Prática Hospitalar	Brandão C	Cuidados paliativos: celebração mundial pela vida	2005
56.	Prática Hospitalar	Rodrigues LF, Okano MM, Sabião DHM	Avaliação da eficácia do alívio da dor por equipe de cuidados paliativos em atendimento domiciliar	2005
57.	Prática Hospitalar	Figueiredo MTA	Humanização da finitude do homem – cuidados paliativos	2005
58.	Prática Hospitalar	Bettega RTC et al.	Perfil do atendimento domiciliar ao paciente oncológico fora de possibilidades terapêuticas	2005

59.	Prática Hospitalar	Arce RB de M, Cardoso MG de M	Manifestações depressivas identificadas no tratamento paliativo no serviço de terapia da dor e cuidados paliativos da Fundação CECON – um estudo de caso panorâmico	2005
60.	Prática Hospitalar	Bifulco VA	O cuidar do paciente fora de possibilidades de cura	2005
61.	Prática Hospitalar	Araújo CO	Brasil celebra o Dia Mundial de Cuidados Paliativos e Hospice e é um dos países mais atuantes nas comemorações	2005
62.	Prática Hospitalar	Pessini L	Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos	2005
63.	Prática Hospitalar	Figueiredo MTA	O estudante de medicina e a vivência em cuidados paliativos	2006
64.	Prática Hospitalar	Rodrigues LF	Sugerindo as bases para uma boa prática de cuidados paliativos – um ensaio curricular	2006
65.	Prática Hospitalar	Ferreira SP	Sedação paliativa: experiência do programa de cuidados paliativos do Hospital do servidor Público Estadual de São Paulo	2006
66.	Prática Hospitalar	Genezini D, Cruz, MGM	Reações psíquicas à vivência da morte iminente, e a assistência ao paciente e família na enfermaria de cuidados paliativos do HSPE	2006
67.	Prática Hospitalar	Reiriz AB, Scatola RP, Buffon VR, Motter C, Santos D, Fay AS, Ceron J, Knob C, Silva FF, Cusin T, Meira MF, Dalcin L	Cuidados paliativos, a terceira via entre eutanásia e distanásia: ortotanásia	2006
68.	Prática Hospitalar	Bifulco VA	A morte na formação dos profissionais de saúde	2006
69.	Prática Hospitalar	Figueiredo MTA	Reflexões sobre os cuidados paliativos no Brasil	2006
70.	Prática Hospitalar	Buffon VR	O estudante de medicina diante da finitude do homem	2006
71.	Prática Hospitalar	Maciel MGS	A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas	2006
72.	Prática Hospitalar	Buss LS	Vivências em cuidados paliativos: o olhar de uma estudante de medicina	2006
73.	Prática Hospitalar	Costa JF, Testoni RI, Kalinke LP, Visentin A, Tuoto FS, Bettega RTC, Bozza SM	Uma visão de enfermagem sobre os cuidadores familiares e suas dificuldades no cuidado domiciliar do paciente oncológico	2006
74.	Prática Hospitalar	Juver J	Cuidados paliativos no Hospital Geral	2007
75.	Prática Hospitalar	Hennemann L	Considerações sobre a resolução do CFM sobre a suspensão ou limitação de tratamentos e procedimentos que prolonguem a vida de pacientes terminais	2007

A análise interpretativa dos estudos obtidos na revisão integrativa foi realizada segundo o título e a autoria, os conceitos e atributos e a síntese dos resultados. Predominaram estudos descritivos, qualitativos e estudos de revisão bibliográfica.

Atributos consistem em palavras que qualificam, termos utilizados mais frequentemente. O conjunto de atributos possibilita a identificação de situações passíveis de conceito¹⁵. Ao descrever e constituir estruturas, neste estudo indicou e qualificou conceitos sobre cuidados paliativos.

Foram atributos prevalentes: assistência, cuidado holístico ou integral, humanização, relacionamento interpessoal, comunicação verbal e não-verbal, ética, eutanásia, distanásia e ortotanásia, autenticidade, generosidade, delicadeza, valores humanos, atitude compreensiva, compartilhamento, acolhimento, alteridade, qualidade de vida, tratamento da dor, interdisciplinaridade, respeito à vida, dentre outros.

Cuidados paliativos caracterizam ações ativas e contínuas, praticados por uma equipe interdisciplinar, em domicílio ou em instituições de saúde, utilizadas para aliviar a dor e o sofrimento psíquico, salvaguardar a dignidade da pessoa doente e apoiar familiares e amigos¹⁶. A comunicação é fator importante em cuidados paliativos^{17,18}.

Instituídos também para promover uma mudança de mentalidade na equipe prestadora do cuidado a abandonar a posição paternalista, na qual a equipe de saúde tudo sabe e toma decisões, abrem um canal de comunicação efetiva entre todos os envolvidos no processo de tratamento¹⁶.

O cuidado diário a uma pessoa com câncer, em fase avançada da doença, remete àquele que cuida a refletir sobre a vida e o morrer. O doente passa a ser o foco da atenção e o cuidador se expõe mais a fatores de risco, especialmente ao cansaço e estresse. A equipe de saúde e os familiares devem dar atenção especial principalmente à comunicação não verbal, para o estabelecimento do vínculo de confiança com o paciente e ajuda emocional também ao cuidador. Questões subjetivas também envolvem a decisão de levar o doente para casa, ou deixá-lo morrer no ambiente hospitalar. Compreende, portanto, múltiplas experiências presentes na interação pessoal e nos cuidados¹⁹.

No Brasil, a fragmentação do cuidado e a dificuldade para implementar equipes interdisciplinares ainda prejudicam a assistência, principalmente à pessoa gravemente enferma com doenças crônicas. A criação de serviços de cuidados paliativos e a capacitação dos profissionais, com enfoque no controle da dor e no estudo do significado da morte para o

doente, família e profissionais, e na abordagem do relacionamento interpessoal, é essencial para a mudança do paradigma de curar, para o de cuidar. Entretanto, adaptá-los requer uma maior compreensão dos conceitos de cuidados paliativos, das dimensões da vida humana, morte e finitude, pela sociedade em geral, cuja base argumentativa fundamental é salvaguardar a dignidade humana^{2,16}.

Cuidados paliativos devem ser integrados à rede brasileira de atenção básica, agregando também o cuidado em domicílio, buscando atender a pessoa individualmente, segundo sua singularidade e crença pessoal²⁰. Reconhecer a fadiga como um sintoma prevalente e extremamente debilitante e auxiliar a pessoa a manejá-la, envolve métodos sistematizados para avaliar, identificar e propor intervenções adequadas de natureza medicamentosa, física, cognitiva, comportamental, nutricional e espiritual. A depressão, também comum em pacientes que evoluem para a morte, pode tornar-se uma importante fonte de angústia para doentes e familiares, exigindo atenção especial²¹.

Aliviar a dor sempre será inerente ao "fazer" da enfermagem e da medicina. Porém, decidir sobre a sedação ou não de um paciente com câncer incurável não é fácil e demanda uma avaliação conjunta e profunda do quadro clínico, das perspectivas e desejo do paciente e/ou familiares^{22,23}. Sensibilizar os profissionais da saúde que lidam com doentes fora de possibilidades de cura, quanto ao compromisso de aliviar a dor, o sofrimento psíquico, espiritual e físico, garantindo palição com qualidade, é fundamental. Repensar a prática assistencial visando não encaminhar, obrigatoriamente, o paciente ao martírio do sofrimento até a ressuscitação cardiopulmonar, a despeito de incapacidade para manejo e aceitação da morte também é necessário. Mudança cultural, conhecimentos clínicos e ressignificação dos valores ético-morais favorecerão a prática dos cuidados paliativos, pois auxiliarão o paciente, familiares e amigos a alcançarem um sentido de paz espiritual pelo alívio das angústias e medos, fortalecendo o paciente pelo afeto e a solidariedade, junto aos entes queridos²⁴.

Cuidados paliativos englobam ações personalizadas, almejam beneficiar pessoas também nos processos de severa perda de autonomia. São um direito do paciente e um dever profissional da equipe de saúde. Cessar de oferecer cuidados ou apenas prolongar a vida por meio de tratamentos nem sempre eficientes, abre campo para a

instituição dos cuidados paliativos¹⁶. Muitas questões éticas devem ser discutidas, novas pesquisas asseguradas e disseminadas informações com alcance a toda sociedade, visando instrumentalizar para uma comunicação mais aberta quanto às escolhas e opiniões acerca do que é melhor para a pessoa diante da evidência da morte.

CONCLUSÕES

A revisão integrativa permitiu o acesso às principais bases de dados científicas e a seleção de 75 publicações, sendo 73 artigos e duas teses. Incluíram-se estudos não disponibilizados *online* devido ao número ainda pequeno de publicações nacionais sobre cuidados paliativos.

Predominaram estudos descritivos, qualitativos e estudos de revisão bibliográfica. Os atributos prevalentes foram: assistência, cuidado holístico ou integral, humanização, relacionamento interpessoal, comunicação verbal e não-verbal, ética, autenticidade, generosidade, delicadeza, eutanásia, distanásia e ortotanásia, valores humanos, atitude compreensiva, compartilhamento, acolhimento, alteridade, qualidade de vida, tratamento da dor, interdisciplinaridade, respeito à vida, dentre outros.

Pessoas com doenças crônicas, principalmente oncológicas, ante a evidência da finitude e morte, enfrentam muitas dificuldades e sofrem devido a falhas nas políticas de saúde, falta de formação e preparo adequado de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros e de serviços de cuidados paliativos nos sistemas de saúde brasileiros, quer em nível nacional, regional ou local. Também, pela não provisão de remédios e de informações fundamentais aos pacientes e familiares, além da falta de investimentos e educação na área da saúde, maior compromisso governamental e estudos científicos.

Os cuidados paliativos encontram-se estruturados em países economicamente desenvolvidos, como a Inglaterra, Canadá e EUA, ainda em fase de implementação em países economicamente menos desenvolvidos. No Brasil, lentamente se estruturam esses serviços, à medida que se busca conscientizar a população em geral e as entidades governamentais, quanto à sua importância e necessidade.

Embora persistam ainda relatos de desumanização ao final da vida, fundamentalmente, a filosofia *hospice* procura operacionalizar a visão da

ortotanásia - morrer com dignidade e em paz, cercado de amor e ternura, sem abreviação da vida ou prolongamento artificial da mesma, preferencialmente no próprio lar da pessoa que adoeceu, embora também possa ocorrer em ambientes institucionalizados. Representa uma via entre a distanásia e a eutanásia pela contemplação e implantação dessa prática.

Fundamental nesse tipo de modelo de tratamento, a comunicação que ouve, acolhe e respeita o outro, enquanto pessoa humana fragilizada e vulnerável, sob o foco da promoção do bem-estar e a integralidade do ser, garantindo não apenas a dignidade pessoal, mas a melhor qualidade de vida possível para o doente, família e amigos.

Em síntese, os cuidados paliativos se caracterizam por: oferecer cuidado integral individualizado e continuado; trabalhar junto a família do doente - o verdadeiro núcleo de apoio; promover a autonomia e a dignidade do doente - planejar, conjuntamente, na interdisciplinaridade, os objetivos terapêuticos por meio de uma comunicação mais franca, aberta e honesta.

Devem ser evitadas a estigmatização e o uso de rótulos "doentes terminais", pois há vida mesmo diante da possibilidade evidente da morte, a ser vista, entendida e vivida como um processo absolutamente natural ou a fase conclusiva de viver habitando um corpo físico. Importante aspecto da comunicação é a informação quanto ao diagnóstico e prognóstico da doença, pois

requer dos profissionais, maturidade e habilidades para estar com o doente e os familiares nesse momento. Contudo, conscientizar o doente sobre o agravamento do seu quadro não implica em deixá-lo sem respostas e/ou esperança. Oferecer diálogo com perguntas e respostas claras em nível de compreensão da pessoa e familiares que vivem o processo da morte é um dever dos profissionais da área da saúde e, certamente, um grande facilitador em cuidados paliativos.

Não é adequado ver a morte como fracasso ou erro médico, mas uma decorrência natural da vida, e atenção especial deve ser dada a formação profissional, sendo indispensável desenvolver o autoconhecimento, o mais profundamente possível, além de conhecimento intelectual das situações nas quais o futuro profissional da saúde estará envolvido por ocasião do cuidado a pessoas gravemente enfermas, especialmente conceitos acerca da espiritualidade e religiosidade.

É fundamental inserir na grade curricular, durante a graduação médica e de enfermagem, principalmente antes da prática clínica, conceitos oferecidos por disciplinas que contemplem Tanatologia, Morte e Morrer, Cuidados Paliativos, Oncologia e Doenças Crônicas e Degenerativas, e explorar tais conteúdos à luz de diferentes contextos e concepções, visando melhor entender os reais significados da vida e da morte, especialmente no trabalho com as emoções no cuidado humanizado ao ser humano.

REFERÊNCIAS

1. Leite RCBO. Assistência humanizada de enfermagem ao paciente oncológico. Mohallem AG da C, Rodrigues AB, organizadores. Enfermagem oncológica. Barueri: Manole; 2007. p. 187-93.
2. Maciel MGS. Definições e princípios. In: CREMESP. Cuidados paliativos. São Paulo: Cremesp; 2008.
3. Kurashima AY; Moscatello ELM. Paciente fora de possibilidade terapêutica. In: Mohallem A G da C; Rodrigues AB, organizadores. Enfermagem oncológica. Barueri: Manole; 2007. p. 371-85.
4. Chiba T. Ambulatório. In: CREMESP. Cuidado paliativo. São Paulo: Cremesp; 2008.
5. Pessini L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. Cuidados paliativos. Prática Hospitalar [periódico na Internet]. 2005 [citado 2009 mar 8]; 7(41). Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2021-41.html>
6. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2th ed. Geneva: WHO; 2002.
7. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nursing & Health. 1987; 10:1-11. [acesso em 2009 mar 19]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iach/online/>
8. Vieira S, Hossne WS. Metodologia científica para a área de saúde. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.
9. Cooper H, Hedges L, editors. Handbook of research synthesis. New York: Russel Sage Foundation; 1994.
10. Broome ME. Integrative literature reviews in the development of concepts. In: Rogers BL, Knalf K. A concept development in nursing: foundations. Thecniques and applications. Philadelphia: WB Saunders; 1993. p 193-215.
11. Polit DF, Beck CT, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
12. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. Appl Nurs Res. 1998; 11(4):195-206.
13. Soler VM. O conhecimento produzido pela enfermagem em transplante de medula óssea no Brasil [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo; 2006.
14. Beyea SC, Nicoll ELH. Writing an integrative review. AORN J. 1998 April; 67(4):877-80.
15. Serralheiro ME. Identificação, organização, análise e desenvolvimento de conceitos. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2005.
16. Pessini L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. Rev Prática Hospitalar. 2005; 41(7):107-12.

17. Silva MJP. Comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas. *Mundo da Saúde*. 2003; 27(1):64-70.
18. Kovacs MJ. Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar. *Mundo da Saúde*. 2003; 27(1):71-80.
19. Marcelino SR, Radunz V, Erdmann AL. Cuidado domiciliar: escolha ou falta de opção? *Texto & Contexto Enferm*. 2000; 9(3):7-8.
20. Floriani CA, Schramin FR. Desafios morais e operacionais da inclusão de cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (9):2072-80.
21. Mota DDCFM, Pimenta CAM. Fadiga em pacientes recebendo cuidados paliativos. *Mundo da Saúde*. 2003; 27(1):111-7.
22. Brandão C. Dor, câncer e cuidados paliativos: uma nova abordagem. *Prática Hospitalar* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2009 mar 8]; 7(41). Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2019-41.html>
23. Girond JBR, Waterkemper R. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. *Cogitare Enferm*. 2006; 11(3):258-63.
24. Clemente RPD, Santos EH. A não ressuscitação, do ponto de vista da enfermagem, em uma unidade de cuidados paliativos oncológicos. *Rev Bras Cancerologia*. 2007; 53(2):231-36.

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

MOST RELEVANT NURSING DIAGNOSES IN INTENSIVE CARE UNIT

PRINCIPALES DIAGNÓSTICO EN UNIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INTENSIVA

Patrícia Rezende do Prado*, Lucia Marinilza Beccaria**, Lígia Márcia Contrin**

Resumo

A história da enfermagem envolve muitos anos de prática empírica, além de alguns estigmas. Porém, a introdução do Processo de Enfermagem no Brasil, desenvolvido por Wanda de Aguiar Horta em 1970, possibilitou aos enfermeiros desenvolver e oferecer aos clientes uma assistência baseada em método científico, sistemática, individualizada, cujo objetivo é atender às necessidades humanas básicas por meio da identificação dos diagnósticos de enfermagem. Cuidados críticos desenvolvidos em unidades de terapia intensiva geralmente são complexos. O objetivo geral deste estudo foi identificar os principais diagnósticos de enfermagem nacionais, publicados por estudos desenvolvidos em unidades de tratamento intensivo. O método utilizado consistiu numa revisão bibliográfica, sendo utilizadas as bases de dados LILACS e MEDLINE. Os resultados evidenciaram como diagnósticos de enfermagem mais prevalentes: risco para infecção, mobilidade física prejudicada e integridade da pele prejudicada, entre outros diagnósticos complementares: problemas relacionados à troca de gases, risco para aspiração, déficit no autocuidado, nutrição menor que as necessidades corporais, excesso de volume de líquidos, comunicação ineficaz, diarreia e constipação. A identificação e a aplicação dos diagnósticos de enfermagem pelo processo de trabalho do enfermeiro em unidades de terapia intensiva, são essenciais. Este estudo busca contribuir para o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem em UTIs, tendo em vista que o uso dos diagnósticos de enfermagem contribuirá para uma melhor qualificação da assistência de enfermagem em ambientes de terapia intensiva, além de valorizar as ações/intervenções e o registro das atividades pertinentes ao enfermeiro.

Palavras-chave: Diagnósticos. Enfermagem. Unidade de terapia intensiva.

Abstract

The history of nursing involves many years of empirical practice, plus some stigmata. But the introduction of nursing process in Brazil, developed by Wanda de Aguiar Horta in 1970, allowed nurses to develop and offer customers a service based on scientific method, systematic, individualized, whose goal is to meet basic human needs through identification of nursing diagnoses. Pulmonary hypertension developed in intensive care units are often complex. The aim of this study was to identify key national nursing diagnoses, published by studies developed in intensive care units. The method used was a literature review, and used the databases LILACS and MEDLINE. The results showed how prevalent nursing diagnoses: risk for infection, impaired physical mobility and impaired skin integrity, among other diagnoses complementary problems related to gas exchange, risk of aspiration, impaired self-care, nutrition less than body requirements, excess fluid volume, ineffective communication, diarrhea and constipation. The identification and implementation of nursing diagnoses through the process of nursing work in intensive care units, are essential. This study seeks to contribute to the development of nursing diagnoses in the ICU, in order that the use of nursing diagnoses will contribute to improved health care nursing in intensive care units, and emphasize the actions / interventions and activities record relevant to nurses.

Keywords: Diagnoses. Nursing. Intensive care unit.

Resumen

La historia de la enfermería implica muchos años de práctica empírica, además de algunos estigmas. Pero la introducción del proceso de enfermería en Brasil, desarrollado por Wanda de Aguiar Horta en 1970, permitió a las enfermeras para desarrollar y ofrecer a los clientes un servicio basado en el método científico, sistemático e individualizada, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades humanas básicas través de la identificación de los diagnósticos de enfermería. La hipertensión pulmonar desarrolladas en unidades de cuidados intensivos son a menudo complejos. El objetivo de este estudio fue identificar los principales diagnósticos de enfermería nacional, publicado por estudios realizados en unidades de cuidados intensivos. El método utilizado fue la revisión de la literatura, y utilizó la bases de datos LILACS y MEDLINE. Los resultados mostraron cómo los diagnósticos de enfermería prevalentes: riesgo de infección, problemas de movilidad física y la integridad de la piel afectada, entre otros diagnósticos complementarios problemas relacionados con el intercambio de gases, riesgo de aspiración, alteración de auto-cuidado, la nutrición inferiores a las necesidades del cuerpo, exceso de volumen de líquidos, la comunicación ineficaz, diarrea y estreñimiento. La identificación y realización de diagnósticos de enfermería en el proceso de trabajo de enfermería en unidades de cuidados intensivos, son esenciales. Este estudio pretende contribuir al desarrollo de diagnósticos de enfermería en la UCI, con el fin de que el uso de los diagnósticos de enfermería contribuirá a la mejora de enfermería de atención de salud en unidades de cuidados intensivos, y hacer hincapié en las acciones o intervenciones y registro de actividades pertinentes a las enfermeras.

Palabras clave: Diagnóstico. Enfermería. Unidad de cuidados intensivos.

* Enfermeira Especialista em UTI.

**Docentes do Curso de Especialização de Enfermagem em UTI e Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP. Contato: lucia@famerp.br; lubeccaria@ig.com.br

INTRODUÇÃO

Com Florence Nightingale, principalmente, a partir de 1854 na Inglaterra, a enfermagem iniciou sua caminhada para uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando, gradativamente, a função caritativa e o empirismo¹. As teorias de enfermagem tiveram início e se desenvolveram entre 1960 e 1970 contribuindo de forma significativa para impulsionar o movimento científico na enfermagem, especialmente por alavancarem o desenvolvimento do Processo de Enfermagem (PE). No Brasil, em 1979, Wanda de Aguiar Horta, com o PE utilizando a teoria baseada nas necessidades humanas básicas, enquanto um método científico possibilitou a aplicação do conhecimento científico à prática assistencial do enfermeiro².

Nesta época, o PE era desenvolvido em seis fases - histórico, diagnósticos, plano assistencial, plano de cuidados diários, evolução e prognóstico, permitindo ao enfermeiro identificar o grau de dependência do paciente e as necessidades de cuidado³. A introdução da metodologia de Horta possibilitou à enfermagem científicidade na organização do cuidado, qualidade no atendimento. Garantindo a individualidade assistencial; promoveu avanços na área profissional do enfermeiro, imprescindíveis na assistência aos clientes, principalmente aos que se encontram em condições críticas, proporcionando, portanto, adequado planejamento dos cuidados, condições essenciais em unidades de tratamento intensivo.

Muitos pesquisadores acreditam que o PE seja um instrumento que auxilia o enfermeiro na meta de prevenção, promoção, manutenção e restauração, pois busca contemplar mais eficazmente, melhores níveis de saúde para o cliente. Também subsidia condições para documentar a prática profissional da enfermagem, visando a uma melhor avaliação da qualidade assistencial prestada, além de servir como importante instrumento para auditoria nos serviços de saúde, pela identificação dos cuidados de enfermagem prescritos e implementados⁴.

Acompanhando a trajetória evolutiva da enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução 272/2002, conceitua a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o PE por ações sistematizadas, cujas atividades são privativas

ao enfermeiro que, por meio de métodos e estratégias científicas, identificará as situações de saúde/doença dos clientes, subsidiando, portanto, ações/intervenções a serem instituídas para o indivíduo, família ou comunidade. A SAE é respaldada legalmente quanto ao seu emprego e utilização⁵.

No Brasil, atualmente, o PE é desenvolvido em cinco fases: histórico de enfermagem – através do qual é realizada a coleta de dados, composta pela anamnese e exame físico, os quais nortearão a identificação de problemas. A segunda fase, baseada nas necessidades humanas assistenciais e nos problemas identificados, permite a formulação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), enquanto a terceira, denominada planejamento, envolve o desenvolvimento do plano de cuidados, representada, mais especificamente, pela prescrição de enfermagem. A quarta fase permite programar e aplicar o plano de cuidados por meio de ações/intervenções de enfermagem, e a quinta fase ao permear o PE, avalia também os resultados e as respostas do cliente aos cuidados, permitindo que seja refeito o plano de ações, caso seja necessário⁶.

Segundo Horta^{3,6}, o DE se caracteriza como: “a identificação das necessidades básicas do indivíduo (família ou comunidade) que precisam de atendimento e a determinação, pela enfermeira, do grau de dependência deste atendimento quanto a sua natureza e extensão”.

A educação em saúde do paciente e da família é um componente vital do cuidado de enfermagem. Em ambientes de tratamento intensivo é sempre um grande desafio atender os clientes de forma integral e eficazmente. No entanto, o PE ao permitir a identificação dos DE pertinentes às necessidades pessoais, individualmente, beneficia o enfermeiro guiando-o aos melhores raciocínios, inclusive na fase investigativa, quando realiza a coleta de dados e identifica as necessidades humanas básicas do indivíduo. Entretanto, beneficia também a instituição ao direcionar a assistência, facilitará a escolha das intervenções mais adequadas e o registro das ações de forma mais eficiente, melhor representando as respostas do cliente aos cuidados implementados. A SAE permite desenvolver cuidados organizados, mais seguros e individualizados⁷.

A SAE, enquanto um método assistencial, teve seu início, sobretudo, nas unidades consideradas mais críticas, ou seja, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Atualmente, a literatura apresenta, fruto da dedicação, trabalho e pesquisas científicas de enfermeiros comprometidos com a evolução e a qualificação do cuidado no trabalho de enfermagem, alguns DE peculiares a este tipo de unidades de tratamento, visando auxiliar a assistência de enfermagem⁸. A prática de enfermagem em UTIs ocorre na interface da enfermeira com a pessoa hospitalizada e a família, em um contexto que requer humanismo, compaixão, principalmente pelos inúmeros recursos e aparelhos tecnológicos; excepcionalmente pela gravidade e instabilidade do quadro patológico do doente. Propiciar condições favoráveis à recuperação, ante a complexidade do tratamento e as necessidades dos clientes, requer adequada identificação dos problemas e a formulação dos diagnósticos de enfermagem.

Nas citações de Florence Nightingale efetuadas em 1863 é possível observar a preocupação com este tipo de cuidado, pois já tinham sua importância, embora menos complexos e sem essa denominação, quando quartos anexos às salas de cirurgia eram utilizados para prestar cuidados aos doentes graves. Esses ambientes de tratamento, gradativamente, modernizaram-se. As UTIs surgiram com as salas de recuperação pós-anestésica, cujos marcos remontam a 1863, 1930 e 1940; as unidades de neurocirurgia que surgiram em 1923, enquanto as unidades de apoio respiratório em 1929; as unidades de choque e trauma implantadas em 1943; unidades de apoio cardiopulmonar para doentes cirúrgicos em 1951 e clínicos 1962; culminando e alavancando estas unidades, a criação das unidades coronárias que datam de 1962⁹.

Quanto ao conceito de UTI, Medina⁹ relatou:

É o campo médico e da enfermagem que se refere ao diagnóstico rápido, ao tratamento eficaz e à reabilitação de pessoas com doenças em estado crítico e com comprometimento de um ou mais órgãos ou sistemas corporais sob iminente risco de vida.

As principais características a serem asseguradas nas unidades de cuidados críticos são: eficiência na monitorização dos distúrbios do ritmo e da condução cardíaca, cuidados pós-anestésicos, cuidados com pacientes sob ventilação mecânica e com doenças neurológicas

agudas e reversíveis, dentre outras. Requerem recursos humanos especializados e treinados, recursos materiais, decisões terapêuticas, além de equipe assistencial multidisciplinar. No entanto, é necessário erradicar o estigma ainda hoje presente, pois erroneamente se pensa que estas unidades se caracterizam como um local aonde os doentes vão morrer⁹.

Mais modernizados e visando oferecer ambiente e tratamento adequados, além da excelência nos cuidados assistenciais, os espaços destinados a tratamento intensivo são subdivididos de acordo com a faixa etária e segundo a especificidade em: unidades de queimados, coronariana, de trauma, cirúrgica, entre outras; além das áreas destinadas à pediatria e a neonatos. A normatização para implantação e funcionamento dessas unidades objetiva a melhoria das condições de trabalho do médico intensivista e a qualidade da assistência intensiva, bem como, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, visando a uma melhor quantidade e qualidade das ações assistenciais, mais reconhecimento e crescimento desta especialidade¹⁰.

Um estudo desenvolvido em UTIs¹¹ revela que a complexidade que caracteriza a clientela em UTIs nos ambientes hospitalares provém, em sua maioria, de centros cirúrgicos (26,5%), 24,7% de clínicas especializadas, 21,3% de setores de clínica médica e 9,7% de outras instituições e diversas unidades de internação. Quanto à média de internação, 76,9% permanecem em torno de um a dez dias, 15,9% em torno de 11 a 20 dias e 4,4% de 21 a 30 dias. Sobre a faixa etária, 69,6% representam idade entre 61 a 82 anos. Tal retrato possibilita identificar que a clientela é proveniente de muitas especialidades, geralmente idosos, e requer cuidados complexos, necessitando de um planejamento sistemático e específico pelos profissionais das áreas de medicina e enfermagem.

O planejamento na área da enfermagem em UTI desenvolvido pelo enfermeiro pode ser alcançado com a SAE que, por meio da identificação dos DE específicos e direcionados para as necessidades individuais, melhor contemplará clientes hospitalizados nesse tipo de ambiente de cuidado¹¹.

O método científico sistematizado e ordenado em fases sequenciais possibilita tratar os problemas de saúde, reduzir a incidência e a estadia da pessoa acometida por

problemas críticos nos ambientes hospitalares, promovendo, também, a flexibilização do raciocínio crítico, a melhora da comunicação entre a equipe assistencial, além de garantir mais satisfação ao cliente, família e equipes, frente aos resultados¹². Desse modo, o propósito deste estudo, cujo objetivo foi identificar os principais diagnósticos de enfermagem em UTI, é contribuir para uma melhor assistência de enfermagem nestes diferentes ambientes, a partir da apresentação dos resultados publicados por meio das pesquisas científicas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica acerca dos diagnósticos de enfermagem prevalentes em UTIs brasileiras. O objeto de estudo desta pesquisa foi apresentar a produção científica brasileira sobre DE publicadas em periódicos indexados nos bancos de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *National Library of Medicine* (Medline), no período de 1996 a 2008. A busca dos resumos foi iniciada pelo site da BIREME, a partir dos descritores: enfermagem, diagnósticos e UTI. Após a busca a estas fontes de dados, realizou-se a leitura dos resumos das respectivas referências, sendo selecionadas aquelas que são de âmbito nacional, em UTIs destinadas a internação de indivíduos adultos e que identificaram os diagnósticos de enfermagem nessas unidades específicas.

Diversos trabalhos referentes à UTIs neonatal, pediátrica, e que apresentavam os respectivos diagnósticos de enfermagem em clínica médica, disponibilizados pela literatura científica brasileira não foram utilizados visando atender aos critérios de inclusão propostos para o estudo. Compuseram a amostra selecionada, seis artigos referentes a UTIs para indivíduos adultos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar a abordagem e a apresentação dos resultados, os seis artigos permitiram a identificação de 21 DE, obtidos na coleta de dados. Os respectivos DE mais prevalentes em UTI foram representados numericamente por meio do Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados em UTIs, segundo os artigos nacionais publicados no período de 1996 a 2008

N	Título do Diagnóstico de Enfermagem	1º Artigo	2º Artigo	3º Artigo	4º Artigo	5º Artigo	6º Artigo
1	Risco para infecção	x	x	x	x	x	x
2	Integridade da pele prejudicada	x	x	x		x	x
3	Mobilidade física prejudicada	x	x	x			x
4	Troca de gases prejudicada	x	x			x	
5	Déficit no autocuidado	x	x	x			
6	Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais	x	x	x			
7	Excesso de volume de líquidos	x		x		x	
8	Comunicação ineficaz	x	x				
9	Senso percepção alterada		x		x		
10	Proteção ineficaz			x		x	
11	Diarreia	x	x				
12	Perfusão cerebral alterada				x	x	
13	Constipação			x			
14	Débito cardíaco diminuído	x					
15	Risco para queda			x			
16	Padrão respiratório ineficaz				x		
17	Desobstrução ineficaz vias aéreas				x		
18	Risco enfrentamento familiar ineficaz				x		
19	Risco para hipotermia					x	
20	Sono						x
21	Dor						x

O primeiro artigo representado no Quadro 1 foi realizado na Universidade Federal Fluminense (RJ). Neste estudo os pesquisadores estudaram o DE “integridade da pele prejudicada” devido a sua grande incidência na UTI. Os autores referem que nessas unidades os pacientes necessitam de cuidados especiais por se encontrarem acamados, dependentes, com dificuldade de mobilização no leito, alertando as equipes de enfermagem quanto a importância da manutenção, por diferentes estratégias de cuidado, da integridade tissular¹³. Quanto ao segundo artigo, referente ao diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada”, desenvolvida também na Universidade Federal Fluminense, houve destaque por sua problemática para indivíduos acamados e a constância com que ocorre nas unidades de tratamento a pessoas com necessidades críticas¹⁴. O paciente com mobilidade prejudicada sofre devido à sua patologia e à terapêutica instituída, além dos aparatos, o número de aparelhos e as grades protetoras do leito. Neste estudo, os autores ressaltam a importância de exercícios passivos a serem realizados no leito, o uso de talas, apoios para os pés e mudança de decúbito, realizadas preventivamente¹⁴.

O terceiro artigo traz o relato dos pesquisadores sobre os DE prevalentes no pós-operatório imediato de

clientes submetidos a transplante hepático, dando ênfase à quantidade de ações assistenciais, ao arsenal cirúrgico e, principalmente, pela importância do fígado como um dos maiores órgãos do corpo humano, exercendo inúmeras funções¹⁵.

Segundo os autores do estudo acima referido, a média de internação em UTI para clientes submetidos ao transplante hepático, é de, aproximadamente, 24 a 48 horas, pois são consideradas pessoas gravemente enfermas e permanecem intubadas, monitorizadas, sob terapêutica imunossupressora, com inúmeros cuidados, além de estarem predispostas a complicações frequentes, necessitando de uma abordagem diferenciada e individualizada quanto às condutas de enfermagem. Nesse contexto, reafirmam a importância do planejamento dos cuidados, subsidiados pelos DE identificados na fase investigativa do PE, enquanto uma forma estruturada para também redigir os problemas detectados pelo enfermeiro. Os principais DE encontrados nestes pacientes tiveram uma incidência superior a 64%¹⁵.

O quarto estudo, realizado em Fortaleza – Ceará, com pacientes vítimas de traumatismo crânio encefálico (TCE) hospitalizados em uma UTI, identificou os diagnósticos por meio da taxonomia da Associação Norte Americana de diagnósticos (NANDA) e o raciocínio de Risner, cuja finalidade foi servir de modelo na implantação da SAE no respectivo setor. Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstraram que dos 126 indivíduos hospitalizados por TCE, 88 eram do sexo masculino e 17 feminino, com uma média de internação que variou de 11 a 40 dias¹⁶.

O TCE é um episódio geralmente frequente no Brasil, ocorrendo devido a acidentes, agressões, quedas, por projéteis de armas de fogo, não apenas vitimando, mas causando a morte a 100.000 brasileiros ao ano. Para os autores da pesquisa, a normatização da assistência, a implementação da SAE, o planejamento das ações e a implantação do PE são fundamentais, pois contribuirão para uma assistência de enfermagem mais qualificada, possibilitando, inclusive, diminuir a incidência de mortes por TCE¹⁶.

O quinto estudo, desenvolvido em Ribeirão Preto-SP, trata-se de uma pesquisa realizada com 17 pacientes, cuja idade média foi de 58 anos, hospitalizados

em uma UTI de um hospital universitário, visando identificar os principais DE no trans-operatório de cirurgia cardíaca, por meio da taxonomia da NANDA¹⁷.

O sexto artigo apresenta um estudo realizado em hospitais públicos e privado na cidade de São Paulo. A finalidade da pesquisa sobre DE para pacientes hospitalizados em ambientes de UTI foi caracterizar as necessidades dos cuidados de enfermagem. Dessa forma, os pesquisadores realizaram entrevistas e o exame físico, utilizando um instrumento próprio adaptado a essa clientela, permitindo após, a formulação dos DE. A população desse estudo foi composta por 32 indivíduos, com idade média de 52,5 anos, dos quais 65,6% eram do sexo masculino. Quanto ao nível de escolaridade dos sujeitos, predominou o ensino fundamental (53%) e os diagnósticos médicos referiram-se, principalmente, a problemas no sistema cardiovascular (33,7%), digestivo (28,3%), endócrino (12,5%), dentre outros (15,5%)¹⁸.

No estudo em questão, as autoras relatam que a formulação dos DE para clientes de UTI fornece um perfil das necessidades relativas aos cuidados gerais e específicos, possibilitando organizar melhor o conhecimento necessário a esta área de atuação, além de permitir ao enfermeiro a realização de raciocínios e estudos comparativos entre populações específicas de doentes¹⁸.

Como evidenciado no Quadro 1, os DE mais prevalentes em UTI foram: risco para infecção, integridade da pele prejudicada e mobilidade prejudicada, presentes em todas as pesquisas, refletindo sua grande ocorrência nessas unidades. Houve destaque para as características definidoras e os fatores relacionados dos DE identificados.

Risco para infecção é definido como o estado em que o indivíduo se encontra vulnerável, ou em risco aumentado para ser invadido por microorganismos patogênicos. Os fatores predisponentes para a ocorrência deste DE, conforme os artigos identificados foram: solução de continuidade da pele por procedimentos invasivos, feridas cirúrgicas, úlceras de pressão (UP), condições pré operatórias relacionadas à idade, ao estado nutricional, comorbidades e o emprego de terapias imunossupressoras¹³⁻¹⁸.

A restrição no leito e a diminuição do murmúrio vesicular em bases pulmonares e o prejuízo do sistema

imunológico também foram fatores para este diagnóstico. A incidência do DE prevalece nas UTIs devido aos clientes, geralmente necessitarem de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos invasivos. Em pesquisa realizada nos Estados Unidos com 678 enfermeiros de UTIs, observou-se que este diagnóstico foi indicado por 92% da população do estudo, como o mais frequente e vivenciado na prática clínica nos ambientes dessas unidades¹⁹.

Como forma de prevenir a ocorrência deste diagnóstico é importante a priorização de ações pelo enfermeiro que visem minimizar o uso de procedimentos invasivos desnecessários. Porém, quando indispensáveis, realizá-los por meio de assepsia rigorosamente correta e segura, baseados em evidências científicas, respeitando-se o tempo preconizado para a troca dos acessos venosos e os dispositivos como sondas, dentre outros; assim como, oferecer alimentação satisfatória para o aporte nutricional adequado assegurando uma boa recuperação calórica; prevenir UP e, caso ocorram, realizar curativo de forma rigorosamente asséptica, instituindo mudanças de decúbito e massagens de conforto. Promover e manter uma boa higiene corporal com emolientes e soluções para hidratação e proteção da pele, especialmente, por ocasião da eliminação ou escape de urina e fezes, higienizando a pessoa a cada exposição a estes excrementos, e usar curativos oclusivos nas UP.

Estes cuidados devem ser complementados por técnica correta de lavagem das mãos e o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) pelas equipes de trabalho assistencial, cuidado extensivo às pessoas nos horários de visita aos enfermos, evitando-se transmitir infecções cruzadas à manipulação e contato físico entre os clientes da unidade.

O DE integridade da pele prejudicada é definido como o estado em que a pele do indivíduo está prejudicada. No estudo foi evidenciado que a população apresentava solução de continuidade, decorrente de lesões cutâneas e procedimentos invasivos¹³. Nas UTIs, rotineiramente, utilizam-se procedimentos invasivos para monitorar o paciente e tratar os diferentes desequilíbrios e intercorrências. Este diagnóstico também foi prevalente.

As lesões cutâneas identificadas pelos pesquisadores dos estudos foram relacionadas à:

imobilizações prolongadas no leito levando a formação de UP; lesões tipo assaduras resultantes de episódios diarréicos ou relacionados ao excesso de peso e fixação dos drenos e, em decorrência da realização de curativos^{19,20}. Em UTIs, a prevenção de UP é um aspecto relevante e altamente significativo, pois os doentes têm diversos fatores de risco por estarem acamados e normalmente sedados. Impossibilitados para o autocuidado, dependem de cuidados dos profissionais de enfermagem. Foi destacada também a importância dos aspectos éticos nesses ambientes²¹.

As UPs são áreas de necrose focal na pele e tecidos subjacentes, causadas por uma interrupção do fluxo sanguíneo na zona afetada em consequência da pressão prolongada entre uma proeminência óssea e uma superfície externa. As úlceras se formam devido a uma pressão externa superior à existente dentro dos capilares exercida durante tempo suficiente²². A internação e o estresse também são fatores para o desenvolvimento das UP, assim como, a idade, o estado nutricional e emocional, a vascularização, o uso de terapias sistêmicas, a presença de corpos estranhos, além das características da pele, o peso corporal e fatores neurológicos²³.

A meta preventiva no tratamento deste DE requer dos profissionais a realização de adequadas mudanças de decúbito, no mínimo a cada duas horas, o uso de colchões que aliviem a pressão, principalmente em regiões de proeminências ósseas; a manutenção da cama e das roupas do cliente esticadas, livres de pregas, visando diminuir a pressão nas áreas de proeminência óssea, para evitar que a pessoa deslize sobre o colchão. É importante observar a presença de eritema e despigmentação cutânea. A higiene e a nutrição balanceada devem ser direcionadas para satisfazer as melhores condições de recuperação.

Quanto ao DE mobilidade física prejudicada, definido como o estado em que o indivíduo experimenta uma limitação na habilidade para movimentos físicos independentes, relaciona-se a problemas identificados que incapacitam a pessoa a se movimentar de forma independente no leito, quer seja, por quadros de dor e/ou restrição física ou ao leito. No entanto, estas condições são iatrogênicas ou decorrentes do próprio tratamento, impossibilitando e restringindo os

movimentos, como ocorre em sedações prolongadas, nos procedimentos simultâneos, quando se realiza frequentemente eletrocardiogramas, sondagens e venóclises^{19,20}. Uma forma de minimizar a ocorrência deste diagnóstico, quando possível, é desenvolver o autocuidado e a autonomia na realização de atividades estimulando a movimentação, além de assistência fisioterápica. Constituem medidas adicionais: melhorar as condições de circulação durante o período em que o paciente estiver acamado reposicionando-o a cada duas horas, examinando as condições das áreas de proeminências ósseas, por meio também de equipamento para alívio da pressão (colchão piramidal), evitando massagear e atritar áreas com sinais de eritema.

Os DE "risco para infecção", "integridade da pele prejudicada" e "mobilidade prejudicada" apareceram com maior frequência nos seis artigos analisados, porém, problemas relacionados à troca de gases, risco para aspiração, déficit no autocuidado, nutrição menor que as necessidades corporais, excesso de volume de líquidos, comunicação ineficaz, diarreia e constipação também foram identificados nos estudos.

Os autores do quarto artigo relataram a importância e relevância do uso de DE em UTIs, pois possibilitam um cuidado individualizado ao cliente, fortalecem a autonomia profissional, permitindo oferecer uma assistência mais qualificada. Destacaram ainda a necessidade de se desmistificar a imagem tecnicista do enfermeiro nesses ambientes de trabalho, por meio da implantação da SAE, especialmente pela comunicação mais efetiva entre cliente, família e as equipes assistenciais. O PE enquanto método de trabalho traz novas possibilidades na organização da prática assistencial, contribuindo para um melhor planejamento dos cuidados de enfermagem¹⁶.

A utilização da SAE proporciona uma melhor resolução dos problemas físicos, emocionais e espirituais dos clientes, quando comparado ao modelo tradicional biológico, principalmente no cuidado a pacientes críticos²⁴. Também se evidenciou referências quanto à contribuição no planejamento e implementação de ações mais rápidas e eficazes¹⁷, além da SAE auxiliar e contribuir para reflexões acerca da assistência oferecida aos pacientes de UTI, concorrendo para melhorias, avanços e uma maior satisfação entre os atores sociais nesses ambientes de trabalho.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar os DE mais frequentes nos ambientes de UTIs destinadas a acolher indivíduos adultos necessitados de cuidados críticos. Prevalentes os DE: risco para infecção, mobilidade física prejudicada e integridade da pele prejudicada. Os demais DE identificados nos estudos compreenderam: troca gasosa prejudicada, déficit no autocuidado, nutrição menor que as necessidades corporais e excesso de volume de líquidos.

O desenvolvimento deste estudo favoreceu a identificação das necessidades de cuidados específicos aos doentes hospitalizados em UTI e proporcionou também, oportunidade para reflexões acerca da importância da SAE, do PE e, especialmente, dos DE. É necessário que o enfermeiro desenvolva conhecimentos e habilidades diagnósticas, direcionando mais adequadamente o cuidado assistencial a doentes criticamente enfermos e vulneráveis à complicações variadas. A implantação de ações/intervenções otimizadas, mais diretas e eficazes, contribuirá para a obtenção de melhores cuidados em menor tempo, garantindo mais satisfação ao cliente e aos familiares, além de valorizar a imagem profissional do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

1. Friedlander MR. O Processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã. *Rev Esc Enf USP*. 1981; 15:129-34.
2. Hermida PMV. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(6):733-7.
3. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
4. Peixoto MSP, Urrutia GIDC, Maria VLR, Machado JM. Sistematização da assistência de enfermagem em um pronto socorro: relato de experiência. *Rev Soc Card*. 1996; 6(1):1-8.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 272 de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a SAE nas instituições de saúde brasileiras. [acesso em 2009 abr 20]. Disponível em: http://www.coren-df.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=98:resolucao-cofen-2722002&catid=36:resolucoes&Itemid=43
6. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
7. Lopes MHBM. Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (taxonomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. *Rev Latino-am. Enfermagem* 2000; 8 (3): 115-118.
8. Conselho Regional de Enfermagem (SP). Sistematização da assistência na melhora da qualidade do cuidar. COREN-SP. 1999; 22(5):5.

9. Medina A. Delimitação e conceito de medicina intensiva. *Rev Bras Terap Intens.* 1991; 3(1):14-8.
10. Costa JI. Normas mínimas para unidades de terapia intensiva no Estado do Ceará. *Rev Bras Terap Intens.* 1995; 7(2):44-8.
11. Souza SROS. Caracterização da clientela na unidade intensiva de um hospital universitário. *Rev Bras Terap Intens.* 2001; 13(3):124.
12. Araújo IEM, Lamas JLT, Ceolim MF, Bajay HM. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de internação: desenvolvimento e implantação de roteiro direcionador: relato de experiência. *Acta Paulista Enf.* 1996; (1):18-27.
13. Oliveira HAD, Vieira OS, Cruz I. Como eu cuido de integridade da pele prejudicada na UTI: estudo de caso. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2004.
14. Reis EK, Costa GV, Cruz I. Como eu cuido mobilidade física prejudicada na UTI: estudo de caso. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2003.
15. Canero TR, Carvalho R, Galdeano LE. Diagnósticos de enfermagem para o pós-operatório imediato de pacientes submetidos a transplante hepático. *Einstein.* 2004; 2(2):100-4.
16. Feitoza DS, Freitas MC, Silveira RE. Traumatismo crânio-encefálico: diagnósticos de enfermagem a vítimas atendidas em UTI. *Rev Eletrônica Enferm.* 2004; 2(6):223-33.
17. Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignacio DS. Diagnósticos de enfermagem no período transoperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Latinoam Enferm.* 2003; 11(2):199-206.
18. Pasini D, Alvim I, Kanda L, Mendes RSP, Cruz DALM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enf USP.* 1996; 3(30):501-18.
19. Maria VLR. Preparo de enfermeiras para utilização de diagnósticos de enfermagem: relato de experiência [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1990.
20. Patine FS, Furlan MFF. Diagnósticos de enfermagem no atendimento a puérperas e recém nascidos internados em alojamento conjunto. *Rev Arq Ciênc Saúde.* 2006; 13(4):202-8.
21. Figueiredo NMA, Machado WCA, Porto IS. O toque no corpo e a prevenção de escaras. *Rev Enferm UERJ.* 1996 Out; (extra):71-80.
22. Vivó G. Cuidados de enfermería em el tratamiento de las úlceras por presión. *Enfermería Integral.* 2000; 52:33-8.
23. Diogo M. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Rev Latinoam Enferm.* 2000; 1(8):75-81.
24. Ferraz AF. Análise da comunicação enfermeira-paciente em hospital geral [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.

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. Visam 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 às 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 à 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. 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 sequência do texto. Citação "ipsis litteris" usar aspas na sequência 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, limitar-se ao máximo de 250 palavras e conter: objetivo do estudo, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e análise, principais resultados e as conclusões). Redigir em parágrafo único, espaço simples, fonte 10, sem recuo de parágrafo.

Palavras-chave: devem aparecer abaixo do resumo, fonte tamanho 10, conter no mínimo 3 e no máximo 6 termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores, recomendados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e apresentados pela BIREME na forma trilingue, 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 limitadas a cinco no conjunto, devem ser 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 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. 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. Figuras coloridas não serão publicadas.

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. No caso de citação no final da frase, esta deverá vir antes do ponto final e no decorrer do texto, antes da vírgula. Exemplo 1: citações com numeração sequencial "...de acordo com vários estudos"¹⁻⁹. – Exemplo 2: citações com números intercalados "...de acordo com vários estudos"^{1,3,7-10,12}. Excepcionalmente pode ser empregado o nome do autor da referência como, por exemplo, no início de frases destacando sua importância.

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 estar 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/bssccsm/vancouver.html> traduzido e adaptado por Maria Gorete M. Savi e Eliane Aparecida Neto.

EXEMPLOS 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

Abood 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



Rua dos Estudantes, 225 - Parque Iracema
Catanduva - SP
CEP 15809-144

Contato: e-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br
Tel.: (17)3311-3335

Impressão:



RAMON NOBALBOS
GRÁFICA E EDITORA
Tel.: (17) 3522-4453

E-mail: atendimento@nobalbos.com.br
Rua 7 de Setembro, 342 - Higienópolis - CATANDUVA - SP



CuidArte
Enfermagem