

ISSN 1982-1166

CuidArte

Enfermagem



Faculdades Integradas Padre Albino

Volume 1 – Número 1 – Julho/Dezembro 2007

Volume 1 - Número 1 - Julho/Dezembro 2007

CuidArte Enfermagem

Faculdades Integradas Padre Albino

CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP Volume1 Número1 p. 11-104 julho/dezembro 2007 Semestral

EDITOR

Faculdades Integradas Padre Albino

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe

Virtude Maria Soler

Editores

Luciana Bernardo Miotto

Maria Cristina de Moura-Ferreira

Maria Regina Lourenço Jabur

Bibliotecária e Assessora Técnica

Marisa Centurion Stuchi



Faculdades Integradas Padre Albino

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



FUNDAÇÃO PADRE ALBINO

Conselho de Curadores

Presidente: Padre Sylvio Fernando Ferreira

Diretoria Administrativa

Presidente: Olegário Braido

Núcleo Gestor de Educação

Antonio Carlos de Araújo

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO

Diretor Geral: Nelson Jimenes

Vice Diretor: Antônio Hércules

Coordenadora Pedagógica:

Dulce Maria Silva Vendruscolo

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora de Graduação:

Dircelene Jussara Sperandio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Márcia Bucchi Alencastre – Enfermeira – Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal – SP

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

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

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

Marino Cattalini – Médico Endocrinologista – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA - Catanduva SP - Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP - SP

Marisa 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

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

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

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

Simone Perufo Optz – Enfermeira – Universidade Federal do Acre UFA - 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

C966 CuidArte enfermagem / Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem. -- Vol. 1, n. 1 (jul./dez.2007) - . -- 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.

CDU 610.73

- Os artigos publicados na [CuidArte Enfermagem](#) é de inteira responsabilidade dos autores.
- É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte
- Capa: Ato Comunicação

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

Virtude Maria Soler

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE): TEORIA COMUNICACIONAL APLICADA AO PROCESSO UNIVERSITÁRIO DE ENSINO APRENDIZAGEM

NURSING ASSISTANCE SYSTEMATIZATION (SAE): COMMUNICATION THEORY APPLIED TO UNIVERSITY TEACHING AND LEARNING PROCESSES

Flávio Rodrigues dos Reis, Cristina Arreguy-Sena, Rosamary Aparecida Garcia Stuchi, Emerson Cotta Bodevan 11

A EDUCAÇÃO AMBIENTAL E O GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

ENVIRONMENT EDUCATION AND HEALTH SERVICE RESIDUES MANAGEMENT

Antônia de Fátima Zanchetta Serradilha, Luciana Bernardo Miotto, Maristela Aparecida Magri Magagnini 21

HIPERTENSÃO ARTERIAL NUMA COMUNIDADE EM BELÉM DO PARÁ: CONHECIMENTO E ADESÃO AO TRATAMENTO

ARTERIAL HYPERTENSION IN A COMMUNITY IN BELÉM OF PARÁ: KNOWLEDGE AND ADHESION TO TREATMENT

Roseide dos Santos Tavares, Elizabete Pimenta Araújo Paz, Roseane Harter Griep, Cíntia Rubia Matos Santos 29

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PRENATAL ASSISTANCE IN FAMILY HEALTH PROGRAM

Edmara Aparecida San Felice, Eliana Fátima Muller, Fernanda Dardani, Karina Martins Molinari-Morandin, Luzia Aparecida Urbano 37

DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA MÉDICO-CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO

SIZING OF NURSING TEAM AT THE MEDICAL-SURGICAL CLINIC OF A TEACHING HOSPITAL

Juliana Aparecida Machado Dias, Juliana Fachim, Maria Ângela Bruschi Daoglio, Maria Regina Lourenço Jabur 46

INFARTO DO MIOCÁRDIO: VIVÊNCIA E REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA

MYOCARDIAL INFARCTION: ILLNESS' LIVING AND REPRESENTATION

Giovana Sanches Ribeiro, Lillian Domingues Rabay, Maicon Luis Bufo (In Memoriam), Virtude Maria Soler 50

AS COMPLICAÇÕES DO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DE GASTRECTOMIA: ESTUDO RETROSPECTIVO	
COMPLICATIONS IN THE POSTOPERATIVE MEDIATO OF GASTRECTOMIA: RETROSPECTIVE STUDY	
Paula Regina Ferreira Lemos, Hellen Gabriele de Matos de Souza, Mary Elizabeth Santana	60
DIMENSÕES BIOPSISSOCIAL, CULTURAL E ESPIRITUAL DO PORTADOR DE QUEIMADURAS	
BIOPSYCHOSOCIAL, CULTURAL AND SPIRITUAL DIMENSIONS OF THE BURNING CARRIERS	
Francine Thaíze Sartorello Salvini, Camila Fanti Janzante, Roberta das Graças Bezerra Galvão, Maria Cristina de Moura-Ferreira	65
PADRONIZAÇÃO DE KITS DE MATERIAIS CIRÚRGICOS: PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO	
KITS STANDARDIZATION OF SURGICAL MATERIALS: AN ESTABLISHMENT PROPOSAL	
Giseli Terezinha Pagliarini Cypriano, Ozéias Ujaque, Rogério Rodrigues de Lima, Ilza dos Passos Zborowski	73
ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES	
ÉTICA E ONCOLOGIA: QUESTÕES QUE ENVOLVEM A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
ETHICS AND ONCOLOGY: ISSUES INVOLVING THE NURGING CARE	
Virtude Maria Soler, Juliana Aparecida Machado Dias, Juliana Fachim	83
ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO / UPDATING ARTICLES OR DIFUSION	
ATUALIZAÇÃO EM AUTISMO: ASPECTOS GENÉTICO-CLÍNICOS	
AUTISM UPDATE: GENETIC AND CLINIC ASPECTS	
Carina Tatiana Giunco, Adriana de Oliveira Barbosa, Agnes Cristina Fett-Conte	95
EPISIOTOMIA DE ROTINA VERSUS EPISIOTOMIA SELETIVA	
ROUTINE EPISIOTOMY VERSUS SELECTIVE EPISIOTOMY	
Elvira Silva Cumin, Denise Gonzalez Stellutti Faria, Zaida Aurora Sperli Gerales Soler	100
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO	
PUBLICATION RULLES	104

Editorial

Virtude Maria Soler¹

Vivemos de forma interdependente e, enlaçados por idéias formando um todo orgânico, complexo, dialético e complementar. Estamos, portanto, inseridos num processo global cujo paradigma é dinâmico e envolve: universo, terra, vida, humanidade, pesquisa, conhecimento e cultura.

A pesquisa científica inserida nesse contexto contribui para o desenvolvimento e fortalecimento da ciência, a disseminação e a integralização do conhecimento, e o enfrentamento dos desafios atuais. Do mesmo modo, a enfermagem em seu gradativo desenvolvimento, busca integrar o cuidado ao indivíduo, a família e à sociedade junto à pesquisa científica, pois esta se alimenta na prática clínica podendo oferecer novos conceitos e expressões.

Quer seja, em ambientes de atendimento críticos, intensivos ou intermediários; unidades clínicas e cirúrgicas da rede básica de saúde, em domicílio ou serviços emergenciais e na área do ensino e da pesquisa, a enfermagem busca acompanhar o desenvolvimento tecnológico e o avanço dos conhecimentos gerais e específicos em saúde.

Atualmente, além de utilizar bases mais sólidas nas intervenções, a enfermagem preconiza desenvolver sua prática baseada em evidências científicas, habilidades de raciocínio crítico e compartilhamento interdisciplinar. A reflexão e o raciocínio crítico possibilitam uma melhor solução dos problemas clínicos individuais e coletivos, do custo-benefício e contribuem com a investigação viabilizando melhores estratégias alternativas para a prevenção e o cuidado.

A *CuidArte Enfermagem*, sob a forma de um periódico científico na área da saúde, mais especificamente da enfermagem, busca fazer a interface entre o cuidado, o conhecimento científico, a arte, a criatividade e a interdisciplinaridade.

Tem como missão divulgar o conhecimento científico contribuindo para o desenvolvimento e o talento do ato de "cuidar", além de se constituir num convite à leitura e ao aprendizado. Visa, portanto, melhor desenvolver o cuidado e as ações em saúde.

O principal objetivo da *CuidArte Enfermagem* é divulgar informações em diferentes enfoques e que melhor contemplem o indivíduo, a família e a sociedade no contexto do binômio saúde-doença. Dessa forma, por meio da disseminação dos resultados de diferentes pesquisas, a *CuidArte Enfermagem* busca promover o envolvimento dos profissionais da saúde com a educação, o autoconhecimento e a autotransformação.

A evolução é inevitável, como também deve ser o avanço rumo à razão que proporcione reflexão e conhecimento ético-crítico. As infinitas possibilidades criativas e mentais individuais, especialmente se desenvolvidas cientificamente e aplicadas no dualismo saúde-doença, devem levar ao exercício do cuidado humanizado ao indivíduo e à sociedade.

Fruto de ações conjugadas e determinadas, por meio de um trabalho coletivo e empenho do Conselho Editorial, a *CuidArte Enfermagem* convida os profissionais da área da saúde a um saudável intercâmbio profissional, tecnológico, cultural e interdisciplinar.

A revista é constituída de artigos originais, artigos de revisão e de atualização. Também abre espaço para resenhas e a divulgação de pesquisas de iniciação científica desenvolvidas por graduandos e pesquisadores.

¹ Editora Chefe da *CuidArte Enfermagem*. Mestre e Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP - SP. Docente da disciplina de Clínica Médica das Faculdades Integradas Padre Albino – Curso de Enfermagem - Catanduva - SP.

O primeiro exemplar da *CuidArte Enfermagem* apresenta diversos artigos de grande interesse para a área da saúde. Primeiramente, os resultados de uma pesquisa realizada com estudantes universitários sobre processo e ações sistematizadas na enfermagem presente no artigo: **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): teoria comunicacional aplicada ao processo universitário de ensino aprendizagem.**

Em seguida, um tema bastante atual no contexto das preocupações ambientais: **A Educação Ambiental e o Gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde.** Ainda sob o enfoque da administração em Enfermagem, dois artigos interessantes discutem tanto o dimensionamento das equipes quanto a economia no uso de materiais. São eles, respectivamente: **Dimensionamento da equipe de enfermagem na Clínica Médico-Cirúrgica de um Hospital de ensino** e **Padronização de Kits de materiais cirúrgicos: proposta para implantação.**

Dois outros artigos discutem problemas recorrentes na atualidade, ou seja, a hipertensão arterial, no estudo de caso **Hipertensão arterial numa comunidade em Belém do Pará: conhecimento e adesão ao tratamento,** e **Infarto do Miocárdio: vivência e representação da doença,** temas importantes na área da saúde pública com alta taxa de morbimortalidade no Brasil.

Apresenta artigo que versa sobre **As complicações do pós-operatório mediato de gastrectomia: estudo retrospectivo,** e dois outros que discutem a **Assistência pré-natal no Programa de Saúde da Família** e as **Dimensões biopsicossocial, cultural e espiritual do portador de queimaduras.**

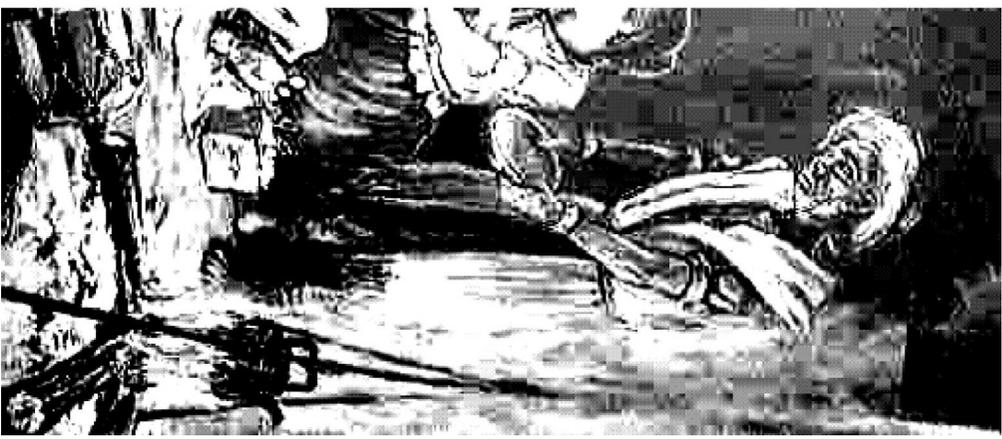
Entre os artigos de revisão, um tema atual que envolve a relação entre ética e Oncologia em: **Ética e Oncologia: questões que envolvem a assistência de enfermagem** trazem uma reflexão sobre o tratamento oncológico e a importância da ética no cuidado assistencial de enfermagem.

Os artigos de atualização fazem uma leitura bastante apropriada sobre dois outros temas fundamentais à Enfermagem na atualidade: **Atualização em Autismo: aspectos genético-clínicos** e **Episiotomia de rotina versus episiotomia seletiva.** É necessário que a Enfermagem acompanhe o desenvolvimento científico, objetivando melhorar a qualidade da assistência à pessoa acometida por autismo e seus familiares. Em relação à episiotomia traz importantes considerações sobre essa prática invasiva, utilizada no parto normal, como justificativa para a proteção do períneo.

Em sua edição inaugural o Conselho Editorial da *CuidArte Enfermagem* agradece o apoio dos membros diretores, coordenadores e demais componentes das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), de Catanduva, SP; à coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, aos membros representantes da Biblioteca de Medicina e Enfermagem e dos demais setores dos Hospitais Escola Padre Albino (HEPA) e Emílio Carlos de Catanduva (HEEC) pela contribuição direta ou indireta a este exemplar. Especialmente, aos professores doutores que compõem o Conselho Científico e aos autores dos artigos apresentados, pela liberdade, respeito e ação para com a iniciativa e desafio que esta publicação representa.

Agradeço a Congregação das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva a honra de ser merecedora de confiança proporcionando-me condições de trabalho no desenvolvimento da pesquisa científica.

Fonte: http://www.elusaude.com.br/enfermagem/imagem/foto_florence2.gif



Artigos Originais

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE): TEORIA COMUNICACIONAL APLICADA AO PROCESSO UNIVERSITÁRIO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

NURSING ASSISTANCE SYSTEMATIZATION (SAE): COMMUNICATION THEORY APPLIED TO UNIVERSITY TEACHING AND LEARNING PROCESSES.

SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA: TEORÍA COMUNICACIONAL APLICADA AL PROCESO UNIVERSITARIO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

*Flávio Rodrigues dos Reis**, *Cristina Arreguy-Sena***, *Rosamary Aparecida Garcia Stuchi****, *Emerson Cotta Bodevan*****

Resumo

Pesquisa epidemiológica, intervencional, do tipo quase-experimento, que objetivou analisar o processo de ensino-aprendizagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), usando o método comunicacional de Boulding, entre universitários do curso de Enfermagem. Metodologicamente, foi realizado pré-teste, intervenção, pós-teste imediato e pós-teste após 30 dias. Os dados foram coletados no período de maio a setembro de 2006, por meio de instrumento contendo questões fechadas (tipo Likert) e abertas (discursivas). Participaram 34 universitários matriculados no quarto, sexto e oitavo períodos, sendo 88,2% do gênero feminino; 8,8% deles desenvolveram atividades de monitoria; 88,2% estiveram inseridos em atividades de pesquisa e 76,5% tiveram contato com o método científico. A experiência em informática ficou assim caracterizada: 56% gastariam tempo "médio" para concluir uma tarefa no computador; 67,7% concluiriam uma tarefa no computador "com facilidade" e 52,9% consultariam uma base eletrônica "com facilidade". A informação, o conhecimento, a capacidade de aplicabilidade, a viabilidade, a utilidade, o valor atribuído e o interesse em aprofundar a temática foram parâmetros avaliados estatisticamente pelo teste de Wilcoxon e os discursos sobre definição de SAE foram categorizados para as etapas de pré-teste, pós-teste 1 e pós-teste 2. A Teoria de Boulding mostrou-se relevante como estratégia pedagógica no processo de ensino-aprendizagem, embora identificada a influência do nível de conhecimento prévio da temática sobre os resultados, fato que permitiu sugerir que tal estratégia seja incluída como metodologia pedagógica no ensino da Sistematização da Assistência de Enfermagem em suas várias etapas.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação em Enfermagem. Ensino. Processos de enfermagem. Planejamento de assistência ao paciente. Assistência de Enfermagem.

Abstract

Epidemiological and interventional research (quasi-experimental type) which analyses the teaching and learning processes of nursing assistance systematization (SAE's), through the use of Boulding's communication method among students from higher education nursing course. We performed methodologically pre-tests, intervention, immediate post-test and another post-test after 30 days. Data were collected during the period of May and September in 2006, through closed (Likert type) and open questions (discursive). 34 students from the fourth, sixth and eighth periods at the university participated in it. 88,2% are female, 8,8% were monitors, 88,2% participated on research activities and 76,5% used scientific methods. The data got from the experience linked to the use of the computer are: 56% spend medium period of time to concluded the task, 67,7% would concluded it easily, and 52,9% would look up an electronic base without any difficult. Information, knowledge, application, capacity, feasibility, utility, value and interest in deepen into the subject were evaluated through Wilcoxon's test. SAE's definition categorized data which can be used in the following steps: pre-test, post-test 1 and pre-test 2. Boulding's theory is an important strategy to teaching and learning processes, however we have identified an influence of prior knowledge about the subject in the results. From this we think this strategy is included as pedagogic methodology in nursing assistance systematization in many steps.

Keywords: Nursing. Education Nursing. Teaching. Nursing process. Patient care planning. Nursing care.

Resumen

Investigación epidemiológica, intervencional de tipo casi experimento que presenta como objetivo analizar el proceso de Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAES) usando el método comunicacional de Boulding entre universitarios del curso de Enfermería. Fueron hechos, metodologicamente, pretest, intervención, postest inmediato y postest tras 30 días. Los datos fueron recogidos en el periodo de mayo/septiembre de 2006 por medio de cuestiones cerradas (Likert) y abiertas (discursivas). Participaron 34 universitarios matriculados en los cuarto, sexto y octavo periodos. 88,2% eran mujeres, 8,8% fueron monitores, 88,2% participaron de actividades de investigación y 76,5% estuvieron en contacto con el método científico. La experiencia en informática se presentó del siguiente modo:

*Enfermeiro, Residente do Programa de Enfermagem Saúde do Adulto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

**Enfermeira, Doutora e Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

***Enfermeira, Doutora e Professora Adjunta da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

****Estatístico, Professor do Departamento de Matemática e Estatística da UFVJM.

Contato: meirestuchi@terra.com.br

56% llevarían tiempo "mediano" para terminar la tarea, 67,7% la harían con facilidad y 52,9% buscarían informaciones en una base electrónica con facilidad. La información, el conocimiento, la capacidad de aplicabilidad, el hecho de ser viable, la utilidad, el valor y el interés en profundizar la temática fueron puntos evaluados por el test de Wilcoxon y los discursos y definiciones de SAES fueron categorizadas para las etapas de pretest, postest 1 y postest 2. La teoría de Bouding se muestra bastante importante como estrategia pedagógica en el proceso de enseñanza y aprendizaje, sin embargo identificamos la influencia del conocimiento previo de la temática sobre los resultados. Este hecho sugiere que tal estrategia se incluye como metodología en la enseñanza de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería en sus muchas etapas.

Palabras claves: Enfermería. Educación en enfermería. Enseñanza. Procesos de Enfermería. Planificación de Atención al Paciente. Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

O aprendizado pode ser processado de duas maneiras por "cópia" ou modelagem e por "inovação", ressignificação e reestruturação (*reframing*) havendo correspondência entre a aprendizagem e as estratégias pedagógicas. Na "pedagogia da transmissão" (cujo caráter burocrático e formal assemelha-se à aprendizagem pela cópia), é usado um modelo para conectar a mensagem divulgada a ponto de possibilitar a abertura neurológica para o processo de aprendizagem, consolidando a criação de um "link neurológico" que constitui um "estado de focalização mental desencadeado pela atenção, interesse, motivação e envolvimento total". Na "pedagogia humanística" (cujo caráter crítico e problematizador assemelha-se à aprendizagem pela inovação), são usados mecanismos de analogia e de metáfora com vistas à modificação ou percepção adicional do significado, do contexto de uma experiência ou de um ambiente, acessando informações de outras áreas do conhecimento para modelar "filtros" advindos da percepção, das crenças e dos valores^{1, 2}.

O fato de determinadas informações ou acontecimentos serem percebidos de forma distinta por um grupo de pessoas expostas a um mesmo evento pode ser explicado pela metodologia/tecnologia da programação neurolinguística. Ela considera a forma como uma realidade é filtrada pelos órgãos dos sentidos e o mundo real confrontado internamente com o percebido, possibilitando que haja uma ressignificação individualizada das observações/vivências a partir das experiências próprias, que são armazenadas na mente e acessadas em camadas de acordo com a demanda^{1, 2}. Daí a razão pela qual a tríade composta pela cognição (entendida como uma função biológica intrínseca capaz de favorecer o processo de superação das situações desafiantes), pelo processo pedagógico (concebido como sinopse de eventos capaz de inserir e acoplar o ser ao meio externo) e pela episteme

da observação (síntese que liga os pressupostos ao raciocínio aplicados pelo observador diante de um evento) não deve ser fragmentada.

Se no mundo das interações o processo comunicacional é ferramenta indispensável, na área de saúde ele constitui recurso terapêutico capaz de assegurar a continuidade dos cuidados prestados, de propiciar a captação e/ou expressão das necessidades individuais afetadas, de promover estabilidade emocional aos pacientes e de maximizar processos educacionais com vistas ao autocuidado. Na Enfermagem, profissão cujo objeto de atuação laboral é o "cuidado" e que possui articulação multifacetada com outras categorias profissionais, podemos afirmar que o processo comunicacional, na práxis assistencial, está estreitamente vinculado ao processo educacional, sendo usado como estratégia de articulação interprofissional, com impacto sobre o cuidar multidisciplinar.

A teoria comunicacional de significado e de pensamento³ aplicada ao ensino da taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*⁴ é um exemplo no qual a analogia comparativa entre os elementos que compõem uma locomotiva e os elementos que compõem os vários tipos de diagnósticos foi usada na práxis laboral de enfermeiros, aliando teoria comunicacional, ensino e concepção pedagógica para a aprendizagem⁵. Para a enfermagem, do ponto de vista do binômio docente-assistente, as implicações operacionais das concepções teóricas sobre o processo ensino-aprendizagem e sobre o modelo pedagógico usado para a formação ou educação continuada retratam abordagens mais ou menos ressignificadas para os discentes/enfermeiros a respeito da própria profissão e para a formação profissional, ao estabelecer *links* firmes ou frouxos entre os modelos teóricos e a práxis e ao favorecer a consolidação de paradigmas estruturantes da profissão ou intensificar a dicotomia entre ensino-prática.

Diante do exposto, será que o processo de ensino-aprendizagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos Cursos de Enfermagem pode ser favorecido por método(s) comunicacional(is), tendo em vista a relevância desta temática e a necessidade de sua inserção como paradigma reestruturante para a profissão? Um método comunicacional poderá favorecer a episteme da observação e ressignificar conteúdos teóricos para a cognição?

JUSTIFICATIVA

As primeiras experiências de uma pessoa com os objetos capacitam-na a formar imagens mentais a seu respeito, que poderão ser acionadas mentalmente pela denominação cultural que foi assimilada e/ou associada, sem que haja necessidade do objeto lhe ser novamente apresentado³. Objetos com denominações comuns podem ser distinguidos, desde que detalhamentos e refinamentos sejam acrescentados às informações anteriormente disponibilizadas. Por exemplo, ao mencionarmos "bala", poderá haver dúvida se seria um doce ou um artefato das armas, mas, em esclarecendo que se trata de um doce, haverá uma variedade a ser lembrada (dura, macia, de goma, de goma de mascar, etc.), embora a finalidade do objeto seja assimilada em frações de segundo, sem que haja necessidade de lhe mostrar o objeto nominado. Isso ocorre porque as experiências prévias da pessoa com as formas do objeto nominado influenciá-la-ão na construção de imagens que, quando mencionadas, são lembradas.

A representação internalizada que cada indivíduo possui sobre um objeto ou situação reflete a forma como cada um concebe o mundo³. Considerando que, no processo comunicacional intencional, o emissor pode utilizar-se de um objeto para desencadear uma percepção diferenciada no receptor daquela que ele já possuía. A escolha da teoria de Boulding como ferramenta pedagógica para abordagem do processo de ensino-aprendizagem da SAE, justifica-se pelo desejo de agregar um significado adicional à mensagem (conteúdo da informação), a ponto de favorecer sua fixação e sua compreensão³. Analisada essa possibilidade na perspectiva do processo ensino/aprendizagem, a sobreposição de um mesmo objeto carregando mensagens distintas pode potencializar os recursos disponíveis no ensino e favorecer a aprendizagem⁵.

OBJETIVO

Analisar o processo de ensino-aprendizagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) usando o método comunicacional de Boulding entre universitários do Curso de Enfermagem.

METODOLOGIA

Investigação quase-experimental com pré e pós-teste que tem os participantes como controle/referência de si mesmos⁶. Amostra não aleatória por tipicidade⁷, composta de quatro grupos (matriculados no quarto, sexto, oitavo – fase inicial – e oitavo – fase final – períodos). Foram critérios de inclusão: serem universitários matriculados no curso de Enfermagem de uma Instituição de Ensino do interior do Estado de Minas Gerais; ambos os gêneros; maiores de 18 anos, todas as raças e aceitarem participar como voluntários. Foram excluídos aqueles que se ausentaram em pelo menos uma das quatro etapas do processo de coleta de dados:

- aplicação do pré-teste;
- intervenção educacional sobre a temática SAE,

utilizando estratégias comunicacionais de Boulding no processo ensino-aprendizagem; Boulding foi usado baseado no fato de que imagens internalizadas por experiências anteriores podem ser lembradas e associadas a outras informações. Foram elaborados um total de 60 slides, sendo que, 29 destes, utilizando imagens de plantas e animais que foram apresentados aos poucos para demonstrar como o julgamento de uma pessoa pode ser equivocado quando não dispomos de dados suficientes para analisar uma situação. Em 07 slides foram usados objetos de nossa vida pessoal, para demonstrar como incluímos métodos de organização de objetos em nosso cotidiano. 12 slides para demonstrar como organizamos os dados na praxis de enfermagem; 09 slides usados para demonstrar a aproximação que existe entre o método científico e os objetos da vida pessoal e como o método científico é semelhante a SAE, e 03 sobre problematização.

- aplicação do pós-teste 1 imediatamente à intervenção; e
- aplicação do pós-teste 2 um mês após a intervenção.

O instrumento foi autopreenchido individualmente e a intervenção realizada por grupos afins para reduzir contaminação, sendo composto de:

- caracterização dos participantes (exclusivo para pré-teste), analisado por frequência simples e percentual;
- auto-avaliação numa escala do tipo Likert, com cinco pontos, abordando a informação, o conhecimento sobre SAE, a capacidade de aplicá-la; a viabilidade da SAE para ser aplicada na prática e a (in) utilidade da SAE para a Enfermagem (etapa comum ao pré-teste e ao pós-teste 1 e 2) - analisada a partir do teste de Wilcoxon⁸ (usado para comparar os dados pareados de dois grupos: pré e pós-1; pré-pós-2; pré e pós 1 e 2), permitindo identificar se houve ou não modificações significativas sobre conhecimento dos participantes; e
- definição cursiva sobre o que seja SAE (etapa comum ao pré-teste e ao pós-teste 1 e analisada em categorias temáticas⁹. A recolha dos dados ocorreu de maio a setembro/2006.

A intervenção foi apresentada em multimídia didaticamente estruturada em:

- motivação - apresentar o assunto;
- problematização - identificar a teoria utilizada para abordar a temática;
- objeto 1 - demonstrar como nosso julgamento/opinião pode ser equivocado quando não dispomos de dados suficientes para analisar uma situação;
- objeto 2 - demonstrar como nosso julgamento/opinião pode ser favorecido por dados mais consistentes;
- contextualização - demonstrar como, em nossa vida pessoal, utilizamos "estratégias" para organizar objetos pessoais;
- caso 1 - demonstrar como a aplicação de um método é a base para a estruturação da práxis da enfermagem;
- caso 2 - demonstrar a semelhança entre método científico e uso da SAE e
- método científico e SAE - demonstrar a equivalência entre ambos, perfazendo 61 slides.

Como a comunicação visual foi o foco da intervenção, foram gastos, em média, três minutos para cada *slide*, tendo em vista que parte deles foi utilizada para apresentar figuras (objetos e casos), num formato de composição/desmontagem como estratégia capaz de

linkar conteúdos, aguçar a curiosidade e fixar a atenção para a temática. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado em 18 de maio de 2006 sob o parecer número 097/2006.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 34 universitários ficaram assim caracterizados: 88,2% eram do gênero feminino; 64,8% possuíam idade compreendida entre 20 (inclusive) e 23 anos (exclusive); 88,2% eram do Estado de Minas Gerais. Eles estavam matriculados nos seguintes períodos: 35,3% no quarto período; 20,6% no oitavo (fase inicial); 20,6% no oitavo (fase final) e 23,5% no oitavo período.

Quanto à experiência acadêmica, identificou-se que 8,8% eram monitores; 20,6% estavam vinculados a programas de iniciação científica, e a participação em atividade de extensão ocorreu entre 50% dos universitários. Quanto à experiência com o método científico, observamos que 35,3% tiveram experiência com atividades de pesquisa, 88,2% estavam inseridos nestas atividades; 76,5% tiveram contato com o método científico e 44,2% lêem ocasionalmente artigos científicos.

Quanto à experiência em informática, identificou-se que 56% consideraram que gastariam tempo "médio" para realizarem uma pesquisa bibliográfica ou regidir um texto no computador; 67,7% concluiriam esta tarefa no computador "com facilidade" e 52,9% conseguiriam consultar uma base eletrônica "com facilidade".

A realização de leituras científicas interfere no desempenho acadêmico, constituindo em estratégias válidas e eficazes para assegurar a educação continuada¹⁰.

Processo comunicacional usando Boulding

No Quadro 1, são apresentados fragmentos dos discursos escritos pelos 34 universitários a respeito do que é SAE, obtidos no período de pré-teste; no pós-teste 1 e no pós-teste 2, respectivamente. Foi possível extrair categorias temáticas dos discursos cursivos realizados pelos 34 universitários, a saber: 11 categorias obtidas no período de pré-teste; seis categorias obtidas no período de pós-teste 1; nove categorias obtidas no período de pós-teste 2.

Quadro 1 - Fragmentos dos discursos cursivos emitidos pelos 34 universitários a respeito de uma definição para SAE apresentada durante a realização do pré-teste, pós-teste 1 e pós-teste 2, respectivamente. Maio a Setembro/2006

Categorias emergentes	Pré-teste		Pós-teste 1		Pós-teste 2	
	Código participante	Fragmento de discurso escrito	Código participante	Fragmento de discurso escrito	Código participante	Fragmento de discurso escrito
Em branco	D01;D07; D15; D21				D01; D07	
Não soube conceituar	D02;D05	"Não sei conceituar". D05			D05	"Não consegui conceituar". D05
Há dúvida	D13;D16	"Tenho dúvidas quanto à definição". D16				
Descrição da sigla	D04;D11; D17;D19 ,D20;D22; D30	"Sistematização da assistência de enfermagem". D30	D21;D28; D29	"Sistematização da assistência de enfermagem" D21	D29;D34;D25	"Sistematização da assistência de enfermagem". D29
Planejamento da assistência e do trabalho de enfermagem	D12;D23; D24; D26;D33	"É a maneira de planejar e realizar o trabalho da enfermagem junto ao paciente". D23	D12;D13; D15; D16;D23; D26; D27;D32; D33; D34	"É um modelo utilizado a fim de organizar a forma de se prestar a assistência..". D16	D02;D04;D06D1 3;D28	"Sistematização da assistência é você planejar a sua assistência de acordo com as respostas humanas do cliente em relação ao processo saúde/doença". D28
Usar método	D03;D09; D14; D25;D26; D28;D31;D32;D34	"É um método organizado e preciso para se avaliar o cliente". D32	D01;D02; D03;D04; D05;D06; D07;D08; D09;D10; D11;D12; D14;D15; D17;D19; D20;D21; D22;D23; D24;D25; D26;D27; D28;D30; D31;D32; D33	"É a aplicação do método científico na prática de enfermagem de forma organizada". D05	D09;D11;D12 D14;D15;D16 D17;D18;D19D2 5;D26;D27 D28;D30;D31 D32	"É uma forma organizada e baseada em teorias científicas de atendimento e aplicação das técnicas de enfermagem no dia-a-dia da assistência". D15
Atuação da categoria	D06;D10; D14; D17	"Conjunto de ações de saúde que o enfermeiro deve prestar ao paciente". D10	D02;D04; D07; D08;D09; D11; D16;D17; D20; D21;D22; D24; D30;D31	"para a utilização da enfermagem, da sua prática". D24	D04;D10;D12D2 0;D24;D33	"É um instrumento utilizado pela categoria de enfermagem". D24
Tipo de sistematização	D08	"É o caminho para a operacionalização da consulta de enfermagem...". D08				
Qualificar a assistência	D10;D12;D18;D20; D27;D28; D31	"...é o atendimento individualizado, uma assistência humanizada". D20				
Finalidade da SAE	D17;D28;D31; D32	"...maneira utilizada para pesquisa". D17	D12;D13; D14; D15;D28; D33;D34	"... com a finalidade de obter informações e intervir nas necessidades". D12	D09;D10;D16 D18;D25;D33 D34	"...promover a assistência integral e contínua do paciente de forma regular". D25
Atividade processual	D18;D19;D29	"...assistência através de etapas". D18	D18;D2;D29	"É uma obtenção de informações que serão agrupadas em determinados lugares, a fim de relacioná-los e traçar um diagnóstico, propor medidas, aplicá-las, observar os resultados e, se necessário, intervir novamente". D28	D03;D10;D11D2 1;D22;D23 D24;D26;D27D2 8;D29;D34	"Engloba todos os passos, coleta de dados, exame físico, fazendo diagnóstico através do julgamento clínico e planejando a assistência adequada a cada paciente". D23
Clientela em que a SAE pode ser aplicada					D04;D20	"...ao paciente, família, comunidade, sociedade que necessitem de uma assistência da enfermagem". D20

Cabe mencionar que, no período de pré-teste, identificou-se "desconhecimento", "imprecisão" e "concepção equivocada e fragmentada" a respeito do que seja SAE. Comparando as categorias extraídas do pré-teste com as do pós-teste 1, foram identificados que houve dois padrões de modificações, a saber: 1- extinção das categorias "em branco", "não soube conceituar" e "tenho dúvidas" com transmigração de respostas que puderam ser locadas em outras categorias e extinção da categoria "tipos de sistematização", fato atribuído à redução da

distorção identificada no pré-teste na qual os participantes concebiam a SAE enquanto distinta do processo de enfermagem e da consulta de enfermagem; confusão conceitual que não é retratada no período de pós teste 1 e pós teste 2- aumento de respostas que vinculam SAE a um método e adesão para a concepção da SAE, enquanto atividade que reflete uma atuação da categoria.

Quando comparados o pré-teste com o pós-teste 2, são identificados quatro padrões de modificações, a saber: 1- uma redução do número de representantes nas

seguintes categorias: "em branco" e "não souberam responder"; 2- a extinção das categorias "tenho dúvida" e "tipos de sistematização"; 3- um aumento na adesão da concepção de SAE, enquanto "método", "atividade processual" e "atividade qualificadora da assistência de enfermagem" e 4- o surgimento da categoria "clientela em que a SAE pode ser aplicada".

Ao comparar o pós-teste 1 com o pós-teste 2, foi verificado três padrões de interpretações, a saber: 1- o ressurgimento das categorias "em branco" e "não soube conceituar" com um número reduzido de participantes; 2- o surgimento da categoria "clientela em que a SAE pode ser aplicada"; e 3- a manutenção da adesão da concepção de SAE enquanto "método" e "atividade processual". Cabe mencionar que, durante o processo de intervenção, foi identificada uma interpretação errônea que consistia em conceber a SAE como atividade de pertinência exclusiva da área hospitalar, retratada pela existência de impressos e simultaneamente de sua impossibilidade de aplicação na prática de saúde coletiva.

A SAE se constitui numa "atividade privativa do enfermeiro brasileiro, que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistências de

enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde do indivíduo, família e comunidade". Serve como um "modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro" e, quando implantada, "constitui efetivamente a melhora da qualidade da assistência da enfermagem" e "deve ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta de histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem e relatório de enfermagem"¹¹. De acordo com a concepção de um grupo de docentes mexicanas numa investigação abordando a densidade da rede para o conceito, o processo de enfermagem foi compreendido como método, processo, metodologia (tipo de sistematização), guia e cuidado (planejamento da assistência e do trabalho de enfermagem) à semelhança de algumas concepções identificadas entre os universitários brasileiros¹².

No Quadro 2, é apresentada a auto-avaliação dos 34 universitários a respeito da informação, do conhecimento, da capacidade de aplicação da SAE, da viabilidade da SAE para ser aplicada na prática e da sua utilidade para a Enfermagem nos períodos de pré-teste, pós-teste 1 e pós-teste 2, respectivamente.

Quadro 2 - Análise comparativa da auto-avaliação dos 34 universitários a respeito da informação, do conhecimento, da capacidade de aplicação da SAE, da viabilidade da SAE para ser aplicada na prática e da utilidade da SAE para a Enfermagem no pré-teste com o pós-teste 1, no pré-teste com o pós-teste 2 e do pós-teste 1 com o pós-teste 2. Maio a Setembro/2006.

Conclusão do Teste de Wilcoxon na análise comparativa da auto-avaliação dos 34 universitários a respeito do(a):			
INFORMAÇÃO sobre SAE no pré-teste com o pós-teste 1, no pré-teste com o pós-teste 2 e do pós-teste 1 com o pós-teste 2			
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Pré < Pós 1 *	Pré < Pós 1 *	Pré < Pós 1 *	Pré < Pós 1 *
Pré < Pós 2 *	Pré < Pós 2 *	Pré < Pós 2 **	Pré ≠ Pós 2 ***
Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***
CONHECIMENTO sobre SAE no pré-teste com o pós-teste 1, no pré-teste com o pós-teste 2 e do pós-teste 1 com o pós-teste 2			
Conclusão do Teste de Wilcoxon			
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Pré < Pós 1 *	Pré < Pós 1 *	Pré < Pós 1 ***	Pré < Pós 1 **
Pré < Pós 2 *	Pré < Pós 2 *	Pré < Pós 2 **	Pré ≠ Pós 2 ***
Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***
CAPACIDADE DE APLICAÇÃO da SAE no pré-teste com o pós-teste 1, no pré-teste com o pós-teste 2 e do pós-teste 1 com o pós-teste 2			
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Pré < Pós 1 *	Pré < Pós 1 **	Pré < Pós 1 *	Pré < Pós 1 *
Pré < Pós 2 *	Pré < Pós 2 **	Pré < Pós 2 **	Pré < Pós 2 **
Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***
VIABILIDADE DE A SAE SER USADA NA PRÁTICA no pré-teste com o pós-teste 1, no pré-teste com o pós-teste 2 e do pós-teste 1 com o pós-teste 2			
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Pré < Pós 1 **	Pré < Pós 1 **	Pré < Pós 1 **	Pré < Pós 1 *
Pré < Pós 2 **	Pré < Pós 2 **	Pré < Pós 2 **	Pré < Pós 2 *
Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***
UTILIDADE DA SAE PARA A ENFERMAGEM no pré-teste com o pós-teste 1, no pré-teste com o pós-teste 2 e do pós-teste 1 com o pós-teste 2			
Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Pré ≠ Pós 1 ***	Pré ≠ Pós 1 ***	Pré ≠ Pós 1 ***	Pré ≠ Pós 1 ***
Pré ≠ Pós 2 ***	Pré ≠ Pós 2 ***	Pré ≠ Pós 2 ***	Pré ≠ Pós 2 ***
Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***	Pós 1 ≠ Pós 2 ***

A auto-avaliação dos 34 universitários a respeito da *informação que possuíam sobre o que seja SAE* e da que adquiriram após a realização imediata da intervenção educativa e após 30 dias da mesma intervenção (Quadro 2) mostrou que:

- houve uma melhora significativa em todos os grupos quando comparados o pré-teste com o pós-teste 1, o que permite afirmar que a intervenção educativa, utilizando o método comunicacional adotado, foi relevante com base na análise dos 34 participantes, fato que pode ser corroborado pela interpretação qualitativa apresentada no Quadro 1;

- houve uma melhora estatisticamente significativa nos grupos 1, 2 e 3, quando comparados o pré-teste com o pós-teste 2 e uma manutenção da equivalência entre pré-teste com pós-teste 2 para o grupo 4, ou seja, houve uma melhora significativa no resultado da intervenção realizada entre os universitários que não tinham contato com o conteúdo, com aqueles que tinham noções teóricas e com os que tinham noções práticas preliminares; fato que se manteve equivalente entre os universitários que tinham experiência prévia com abordagens teóricas, práticas e vivenciaram um setor em que havia sistematização implantada;

- houve uma manutenção de resultados obtidos, quando comparados o pós-teste 1 com o pós-teste 2 em todos os grupos.

Isso equivale a dizer que, em todos os casos de auto-avaliação sobre a informação a respeito da SAE, esta se mostrou estatisticamente eficaz ou equivalente, exceto entre universitários que tinham vivenciado um setor em que havia a sistematização da assistência de enfermagem implantada.

Conclui-se que, do ponto de vista da retenção da informação, a disponibilização de oportunidade para que os participantes vivenciem na prática conteúdos informativos possui impacto sobre a retenção da informação compartilhada entre aprendiz e facilitador. Cabe destacar a importância da leitura sistemática de artigos científicos, o que proporciona benefícios, tais como: estar atualizado quanto ao conhecimento existente, integrar o fluxo cultural de forma contínua, informar-se, buscar subsídio para a formulação de posicionamentos pessoais diante dos fatos, adquirir argumentação e contra-

argumentação diante dos fatos analisados/apresentados, criar o hábito de formular questionamentos e obter novos posicionamentos¹³.

A auto-avaliação dos 34 participantes comparando o *conhecimento que possuíam sobre SAE* com o que adquiriram após a realização imediata da intervenção educativa e após 30 dias da mesma intervenção (Quadro 2) nos permitiu identificar que:

- houve uma melhora estatisticamente significativa em todos os grupos quando comparados o pré-teste com o pós-teste 1, o que permite afirmar que a intervenção educativa, utilizando o método comunicacional adotado foi relevante sob a análise dos 34 participantes, fato que pode ser corroborado pela interpretação qualitativa apresentada no Quadros 1; 2- houve uma melhora estatisticamente significativa nos grupos 1, 2 e 3 quando comparamos o pré-teste com o pós-teste 2 e uma manutenção da equivalência entre pré-teste com pós-teste 2 para o grupo 4, o que explicita que houve uma melhora significativa no resultado da intervenção realizada entre os universitários que não tinham contato com o conteúdo, com aqueles que tinham noções teóricas e com os que tinham noções práticas preliminares (fato que se manteve equivalente entre os universitários que tinham experiência prévia com abordagens teóricas, práticas e vivenciaram um setor com sistematização implantada);

- houve uma manutenção de resultados obtidos, do ponto de vista estatístico quando comparados o pós-teste 1 com o pós-teste 2 em todos os grupos.

A análise anterior nos permite inferir que a intervenção em todos os casos de auto-avaliação sobre o conhecimento que possuem a respeito da SAE foi estatisticamente eficaz ou equivalente e que a retenção desse conhecimento se manteve no período entre o pós-teste 1 e pós-teste 2. O fato de o processo de trabalho em saúde requerer a utilização de inovações tecnológicas para viabilizar o atendimento das demandas dos usuários dos serviços de saúde¹⁴ faz com que possamos conceber a SAE como uma metodologia para apreensão do "cuidado", nuclear na atuação da enfermagem e que as instituições de ensino sejam consideradas *locus* propício para a consolidação do paradigma da Enfermagem científica a partir da construção, divulgação e utilização por parte dos enfermeiros/universitários de modelos e métodos teóricos aplicáveis à *praxis*¹⁵.

Na comparação da auto-avaliação dos 34 universitários sobre a *capacidade de aplicação da SAE na prática clínica* que possuíam com a que adquiriram após a realização imediata da intervenção educativa e após 30 dias da mesma intervenção (Quadro 2), identificou-se:

- houve uma melhora significativa em todos os grupos quando comparados o pré-teste com o pós-teste 1 (a interpretação para os resultados obtidos permite afirmar que a intervenção educativa, utilizando o método comunicacional adotado, foi relevante sob a análise dos 34 participantes);

- houve uma melhora significativa em todos os grupos quando comparados o pré-teste com o pós-teste 2 (a interpretação para os resultados obtidos nos permite afirmar que houve uma melhora significativa no resultado da intervenção educativa realizada em todos os discentes e que a auto-avaliação dos mesmos sobre a capacidade de aplicar a SAE permaneceu superior à do pré-teste, mesmo algum tempo depois de a intervenção ter sido aplicada, o que nos permite reafirmar a relevância da intervenção quanto ao grau de retenção do conhecimento adquirido); e

- houve uma manutenção de resultados obtidos, do ponto de vista estatístico, quando comparados o pós-teste 1 com o pós-teste 2 em todos os grupos (a interpretação para estes resultados permite afirmar que houve uma manutenção da auto-avaliação sobre a capacidade de aplicar a SAE na prática clínica no período compreendido entre o pós-teste 1 e o pós-teste 2).

A análise anterior permite inferir que a intervenção em todos os casos de auto-avaliação sobre a capacidade de aplicar a SAE na prática clínica foi estatisticamente eficaz e que a retenção dessa capacidade se manteve no período entre o pós-teste 1 e pós-teste 2.

A auto-avaliação realizada pelos 34 universitários a respeito da *viabilidade de a SAE ser utilizada na prática clínica* que possuíam em comparação com a que adquiriram após a realização imediata da intervenção educativa e após 30 dias da mesma intervenção (Quadro 2) mostrou que:

- houve uma melhora significativa em todos os grupos quando comparados o pré-teste com o pós-teste 1 (a interpretação para os resultados obtidos possibilita afirmar que a intervenção educativa, utilizando o método comunicacional adotado foi relevante sob a análise dos 34 participantes);

- houve uma melhora significativa em todos os grupos quando comparados o pré-teste com o pós-teste 2 (a interpretação para os resultados obtidos permite afirmar que o julgamento a respeito da aplicabilidade da SAE na prática clínica permaneceu aumentado no pós-teste 2, permitiu-se concluir que a intervenção realizada contribuiu para que os participantes identificassem a viabilidade da SAE na prática assistencial); e

- houve uma manutenção de resultados obtidos, quando comparados o pós-teste 1 com o pós-teste 2 em todos os grupos (a interpretação para estes resultados permite afirmar que houve uma manutenção do julgamento a respeito da aplicabilidade da SAE na prática clínica no período compreendido entre o pós-teste 1 e o pós-teste 2).

A análise anterior permite inferir que a intervenção em todos os casos do julgamento sobre a viabilidade de a SAE ser aplicada na prática clínica foi estatisticamente eficaz e equivalente no período entre o pós-teste 1 e pós-teste 2. Fatores como o momento em que a SAE é inserida na grade curricular; a variedade de posicionamento dos docentes a respeito da aplicabilidade da SAE, a dicotomia entre ensino/assistência e entre teoria/prática funcionam como *feed-back* dificultadores para a consolidação da assistência de enfermagem baseada em método científico (SAE) quando se analisou a opinião de docentes e discentes, de enfermeiros e universitários para a viabilidade e a capacidade de aplicação da SAE^{12, 16, 17}.

Na auto-avaliação realizada pelos 34 universitários a respeito da *utilidade da SAE* para a enfermagem no período de pré-teste, comparando-a com o que adquiriram após a realização imediata da intervenção e após 30 dias da mesma intervenção (Quadro 2), identificou-se que: não houve significância estatística dos resultados em todos os grupos quando comparados o pré-teste com o pós-teste 1; o pré-teste com o pós-teste 2 e o pós-teste 1 com o pós-teste 2 (a interpretação para os resultados obtidos possibilita afirmar que os 34 participantes já possuíam consciência acerca da utilidade da SAE para a prática clínica e/ou mantiveram seus julgamentos sobre a não importância de sua aplicação na prática clínica).

Tais resultados podem ser explicados, uma vez que, na intervenção educativa, não foram incluídos abordagem prática no conteúdo teórico, o que pode ter gerado uma manutenção no julgamento dos mesmos. Entre os fatores

dificultadores para implementação da SAE, encontrou-se a "paralisia de paradigma", alicerçada no modelo técnico-burocrático, mencionada com explicações/argumentações (a saber: falta de recursos humanos, de tempo, de liderança profissional e de diretrizes políticas institucional e da profissão; desconhecimento da lei do exercício profissional; desmotivação; insatisfação; sobrecarga de atividades; desvio de função; percepção da SAE como mais uma tarefa entre tantas que executa; descrença e rejeição) que demonstram se tratar de uma questão de prioridade e/ou valorização daquilo que é importante ou essencial para a consolidação da profissão^{11, 12, 14, 16, 18}.

Dentre os benefícios da implantação da SAE, destacou-se: qualificação técnico-científica dos profissionais e dos serviços disponibilizados por eles refletida na satisfação dos usuários e na consistência dos registros profissionais realizados pela equipe de enfermagem; reconhecimento e valorização do Enfermeiro dentro das equipes de enfermagem e multiprofissional e na instituição; consolidação de paradigma profissional capaz de assegurar o exercício legal, ético e científico da profissão em bases tecnológicas, contenção de custos e garantia do exercício profissional do ponto de vista legal; constituição de indicador para a definição do problema de competência legal e profissional, vinculação deste problema com intervenções continuadas e parâmetro avaliador dos cuidados disponibilizados aos usuários; clarificação da atuação profissional e suas interfaces multidisciplinares^{11, 12, 14, 16, 18}.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de uma pesquisa de delineamento epidemiológico quase-experimento, envolvendo 34 universitários do curso de Enfermagem, foi possível avaliar o processo de ensino-aprendizagem da SAE, usando o método comunicacional de Boulding. A utilização comparativa de pré-teste e pós-testes 1 e 2, aplicados imediatamente após a intervenção e 30 dias após a mesma intervenção para questões fechadas e abertas, permitiu realizar o teste de Wilcoxon e criar uma categorização a partir dos fragmentos dos discursos cursivos dos participantes.

A análise da intervenção educativa realizada para os quatro grupos de participantes permitiu identificar no pré-teste, no pós-teste 1 e 2 que as categorias encontradas no

pré-teste evidenciaram um desconhecimento, uma imprecisão ou uma concepção incompleta e fragmentada a respeito do que seja SAE. Fato que não foi observado no pós-teste 1 e pós-teste 2, nos quais os participantes exprimiram definições mais seguras sobre a temática. Os registros cursivos gerados no pré-teste, pós-teste 1 e 2 permitiram obter 11 categorias temáticas no pré-teste (resposta em branco; não souberam responder; alegaram dúvidas para elaborar uma definição, utilizaram as iniciais da sigla para definir; conceberam como planejamento da assistência e do trabalho de enfermagem, conceberam como método, forma de atuação da equipe, tipos distintos de sistematização, forma de qualificar a assistência de enfermagem, finalidade da SAE e atividade processual; seis categorias no pós-teste 1 (utilizaram as iniciais da sigla para definir, conceberam como planejamento da assistência e do trabalho de enfermagem, conceberam como método, forma de atuação da equipe, finalidade da SAE e atividade processual) e nove categorias no pós-teste 2 (resposta em branco, não souberam responder, utilizaram as iniciais da sigla para definir, conceberam como planejamento da assistência e do trabalho de enfermagem, conceberam como método, forma de atuação da equipe, finalidade da SAE, atividade processual e clientela em que a SAE pode ser aplicada).

Diante do exposto, pode-se concluir que a Teoria de Boulding mostrou-se relevante como estratégia pedagógica no processo de ensino-aprendizagem da SAE. Embora tenha sido identificada a influência do nível de conhecimento prévio da temática sobre os resultados, houve motivação dos participantes para a abordagem de conteúdos considerados densos e que possuem julgamentos de valores inseridos (fato constatado nos comentários emitidos pelos participantes após a realização das intervenções).

Considerando que os conteúdos temáticos de um curso de graduação estão expressos na grade curricular e, tendo em vista que a instituição na qual os dados foram coletados estava em processo de avaliação curricular, foi sugerido que, para a abordagem de assuntos densos (considerando o momento em que eles são inseridos na grade curricular/vida acadêmica) ou para aqueles em que há uma rejeição prévia, seja utilizada a teoria comunicacional de Boulding como estratégia pedagógica de reestruturação de conteúdos, com vistas a torná-los mais atrativos.

REFERÊNCIAS

1. Grinder J, Bandler R. Resignificando: programação neurolinguística e transformação do significado. São Paulo: Summus; 1986.
2. Webster R. Supercomunicação com neurolinguística em apenas uma hora. São Paulo: Nobel; 2002.
3. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Zahar; 1991.
4. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2003-2004. Porto Alegre: Artes Médicas; 2005.
5. Arreguy-Sena C, Stuchi RAG, Carvalho EC. Comunicação por imagem aplicada como estratégia de ensino da taxonomia da NANDA: relato de experiência. In: Anais do 8. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [Anais on-line]; 2002 Maio 02-03; São Paulo, SP, Brasil. 2002 [acesso em 2006 nov 08]. Disponível em: www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000052002000100046&script=sci_arttext-29k.
6. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p.281.
7. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1990.
8. Morcillo AM. Teste de Wilcoxon. Universidade de Campinas – UNICAMP, S/A. [acesso em 2006 maio 10]. Disponível em: <http://www.fc.unicamp.br/centros/ciped/mp639/Teste%20de%20Wilcoxon.pdf>.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2006.
10. Oliveira KL, Santos AAA. Compreensão em leitura e avaliação da aprendizagem. Psicologia: reflexão e Crítica. 2005;18(1):118-124.
11. Brasil. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais - COREN-MG. Resolução COFEN Nº 272/2002. Legislação e Normas. 2003;9(1):81-83.
12. Franco CMBE. O significado do ensino do processo de Enfermagem para o Docente. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/EERP-USP, 2004.
13. Demo P. Educando pela pesquisa. Campinas: Autores Associados; 1996.
14. Hermida PMV. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2004;57(6):733-7.
15. Sousa FG, Terra M, Erdmann A. Health services organization according to the intersectoral perspective: a review. Br J Nurs. [Online]. 2005 [acesso em 2006 fev 11];4(3). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=86>
16. Vieira VB, Patine FS, Paschoal VDA, Brandão VZ. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de Hanseníase: estudo de caso. Arq Ciênc Saúde. 2004;11(2):2-9.
17. Melleiro MM. A consulta de enfermagem no cenário do sistema de assistência de enfermagem. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p.279-92.
18. Backes DS, Esperança MP, Amaro AM, Campos IEF, Cunha ADO. Sistematização da assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. Acta Sci Health Sci. 2005;27(1):25-29.

A EDUCAÇÃO AMBIENTAL E O GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE¹

ENVIRONMENT EDUCATION AND HEALTH SERVICE RESIDUES MANAGEMENT

LA EDUCACIÓN AMBIENTAL Y LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RESIDUOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

*Antônia de Fátima Zancheta Serradilha**, *Luciana Bernardo Miotto***, *Maristela Aparecida Magri Magagnini****

Resumo

Os Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS) são gerados nos hospitais, em clínicas especializadas, laboratórios e farmácias. O gerenciamento dos RSS compreende uma série de métodos de gestão, implementados em bases científicas, técnicas e normativas, para que a geração de resíduos seja minimizada e os danos ao meio ambiente e à saúde dos trabalhadores sejam extintos e/ou diminuídos. O objetivo geral deste estudo foi analisar os primeiros resultados da implantação do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde em dois hospitais-escola de um Município do interior do Estado de São Paulo. Pesquisa de caráter exploratório, descritiva e qualitativa. Foram realizadas 15 entrevistas por meio de roteiro previamente elaborado, com integrantes dos setores e comissões ligados ao gerenciamento de resíduos e à prevenção de acidentes. Conhecer a realidade da geração e disposição final dos RSS é importante para o sucesso de um programa de gerenciamento de resíduos. Os resultados encontrados permitem afirmar que um programa de gerenciamento de RSS dinâmico e em constante aperfeiçoamento requer a participação de toda a comunidade interna, nos dois hospitais, sensibilizada e ciente das responsabilidades que possui em relação à saúde ocupacional e, de forma mais geral, ao meio ambiente.

Palavras-chave: Resíduos de Serviços de Saúde. Educação Ambiental. Gerenciamento de resíduos.

Abstract

Health Service Residues (RSS) are generated in hospitals, in specialized clinics, laboratories and pharmacies. The management of RSS includes a series of methods, implemented in scientific, technical and normative bases, so that the generation of residues is minimized and the damages to the environment and people's health are extinct and/or decreased. The general objective of this study was to analyze the first results of the establishment of the Management Program of Residues of Services of Health in two hospital school in an interior city of São Paulo State. The research was exploratory, descriptive and qualitative. Interviews by means of script, previously elaborated, had been carried through with 15 personnel related to the sectors and commissions of the management of residues and the prevention of accidents. To be aware of the reality of the generation and final disposal of the RSS is important for the success of a program of management of residues. The findings allowed us to assert that one dynamic management program of RSS in constant improvement requires the participation of all internal community, in both hospitals, touched and aware of the responsibilities that they have in relation to occupational health, and in a broad sense, to the environment.

Keywords: Medical Waste. Environmental Education. Waste Management.

Resumen

Los Residuos de los Servicios de Salud (RSS) son generados en los hospitales, en clínicas especializadas, laboratorios y farmacias. La administración de los RSS comprende una serie de métodos de gestión, implementados en bases científicas, técnicas y normativas, para que la generación de residuos sea disminuida y los daños al entorno y a la salud de los trabajadores sean extintos y/o disminuidos. El objetivo general de este estudio ha sido analizar los primeros resultados de la implantación del Programa de Administración de Residuos de Servicios de Salud en dos hospitales escuela de un Municipio del interior de San Pablo. Investigación de carácter exploratorio, descriptiva y cualitativa. Se realizaron 15 entrevistas por medio de un guión previamente elaborado, con integrantes de los sectores y comisiones unidos a la administración de residuos y a la prevención de accidentes. Conocer la realidad de la generación y disposición final de los RSS es importante para el éxito de un programa de administración de residuos. Los resultados encontrados permiten afirmar que un programa de administración de RSS dinámico y en constante perfeccionamiento requiere la participación de toda la comunidad interna, en los dos hospitales, sensibilizada y sabedora de las responsabilidades que posee en relación a la salud ocupacional y, de forma más general, al entorno.

Palabras clave: Residuos de Hospitales. Educación Ambiental. Administración de residuos.

* Especialista e Mestranda em Enfermagem. Professora auxiliar das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva - SP.

** Doutora em Sociologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Professora titular das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva - SP.

*** Especialista e Mestranda em Enfermagem. Professora auxiliar da Faculdade das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva - SP.

¹ Pesquisa Institucional do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva - SP. Contatos: lubibis@uol.com.br; serradilha@itelefonica.com.br; marimagri@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A geração de resíduos nas sociedades industriais modernas é um grave problema ambiental e é responsabilidade de toda a sociedade. A disposição inadequada dos mesmos leva à poluição do ar, do solo e dos recursos hídricos. No caso específico dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS), é recente a preocupação da sociedade, do poder público e das instituições de saúde.

Os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde geram resíduos sólidos que representam de 1 a 2% do total de resíduos produzidos em uma cidade¹. São denominados Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) e, segundo a ANVISA, conforme Resolução nº 306, de 07/12/2004, são resultantes de atividades exercidas no atendimento à saúde humana ou animal, que pelas suas características necessitam de tratamento diferenciado no manejo e disposição final².

Somente no final do século XX, há pouco mais de uma década, os RSS vêm se tornando assunto de interesse e de intensos debates. Os RSS são partes importantes do total de resíduos sólidos urbanos, não necessariamente pela quantidade gerada, mas pelo potencial de risco que representam à Saúde Pública e ao meio ambiente.

Quanto aos riscos ao meio ambiente, destaca a contaminação do solo e das águas superficiais e subterrâneas pelo lançamento dos RSS em lixões ou aterros controlados. Em relação aos catadores de lixo, que sobrevivem da venda de material reciclável, podem ocorrer lesões provocadas por materiais pérfuro-cortantes, pela ingestão de alimentos contaminados e pela aspiração de material particulado contaminado em suspensão. Quando os RSS são incinerados, também há risco de contaminação do ar, já que são emitidos poluentes tóxicos para a atmosfera, tais como dioxinas e furanos³.

De acordo com o Manual da ANVISA³, das 149 mil toneladas de resíduos residenciais e comerciais geradas diariamente no País, cerca de 2% é composta por RSS e, destes, cerca de 25% necessitam de cuidados especiais. Portanto, a segregação dos diferentes tipos de resíduos na fonte e no momento de sua geração leva à minimização dos mesmos, em especial daqueles que requerem um tratamento prévio antes da disposição final.

Os problemas que envolvem o destino final dos RSS são inúmeros, entre os quais podemos citar: falta de

informação dos profissionais dos estabelecimentos de saúde, do poder público e da sociedade em geral; coleta inadequada e despreparo dos trabalhadores envolvidos, além da não utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI); queima a céu aberto ou descarte inadequado em lixões ou aterros sem tratamento prévio, comprometendo o meio ambiente e, em particular, os recursos hídricos; ausência de políticas públicas e de recursos para o tratamento e a disposição final dos RSS.

Desse modo, a gestão dos RSS, que envolve a geração, o armazenamento, a coleta e a disposição final, representa um grande desafio aos municípios e à sociedade. A gestão dos RSS deve ter como metas tanto a diminuição nas fontes geradoras quanto o reaproveitamento, se possível, a fim de evitar efeitos negativos sobre o meio ambiente e a Saúde Pública.

No Brasil, os órgãos responsáveis pela definição de regras e orientações sobre a geração e o manejo dos RSS são a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). O objetivo fundamental desses órgãos é a definição de normas sobre os RSS e a preservação da Saúde Pública e do meio ambiente, já que o País não tem ainda uma lei que discipline de forma abrangente a gestão de resíduos sólidos.

A Resolução CONAMA nº 283 de 12/07/2001 dispõe especificamente sobre o tratamento e destinação final dos RSS. Apresenta o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), definindo os procedimentos gerais para o manejo dos resíduos, algo que ainda não havia sido contemplado em nenhuma resolução ou norma federal.

Em 2003, foi promulgada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA nº 33, de 05/03/2003, estabelecendo uma metodologia para o manejo interno de resíduos, na qual consideram-se os riscos envolvidos para os trabalhadores, para a saúde e para o meio ambiente. No entanto, tais regras não se harmonizavam com as orientações da área ambiental estabelecidas na Resolução CONAMA nº 283 de 12/07/2001. O entendimento veio com a publicação da RDC nº 306 pela ANVISA, em nº 306, de 07/12/2004, e da Resolução nº 358 do CONAMA, em 29/04/2005.

Ambas apresentam o gerenciamento dos RSS em todas as suas etapas, além de definirem os agentes

responsáveis. Trata-se de um avanço na definição de regras para o tratamento dos resíduos sólidos no País, considerando as especificidades locais de cada estado e município. De acordo com o Manual da ANVISA para o gerenciamento dos RSS³, a prevenção passa a ser o enfoque e o tratamento é visto como uma alternativa para dar destinação adequada aos resíduos com potencial de contaminação. Dessa forma, devem receber manejo específico, desde a sua geração até a disposição final.

Aliás, o próprio Manual sobre o gerenciamento dos RSS é também importante iniciativa da ANVISA. Ele se baseia na RDC ANVISA nº 306, de 07/12/2004 e na Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005. Trata-se de um manual que aborda discussões relativas aos campos institucional, legal, normativo e técnico do gerenciamento dos RSS. Apresenta os passos da elaboração e implementação do Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), fundamental para os gestores dos serviços de saúde.

Os RSS são classificados em função de suas características e dos riscos que podem acarretar ao meio ambiente e à Saúde Pública. Os RSS que mais preocupam a área da saúde e os órgãos ambientais encontram-se definidos no Grupo A - Resíduos Biológicos e/ou Infectantes, denominados Resíduos de Serviços de Saúde Infectantes (RSSI). A NBR 100044 classifica os resíduos patogênicos (infectantes) de serviços de saúde em Classe I, pois representam risco potencial à Saúde Pública devido à virulência, potencial de infecção e concentração de patógenos⁴.

A classificação dos RSS, tanto quantitativa quanto qualitativa, é o primeiro passo do processo de gerenciamento. A segregação dos diferentes grupos de resíduos impede a contaminação do todo e permite a criação de uma cultura organizacional de segurança e de não desperdício. Também leva ao dimensionamento dos espaços físicos necessários ao manejo dos diferentes tipos de resíduos, à escolha das melhores alternativas técnicas a serem utilizadas no tratamento e à seleção dos instrumentos mais convenientes para tal.

Nem todo resíduo gerado nos estabelecimentos de saúde é contaminado. Desse modo, a segregação na origem é importante ferramenta, pois além de diminuir o

volume de resíduos infectantes reduz a contaminação da massa total dos RSS, permitindo a reciclagem de materiais.

O gerenciamento dos RSS compreende uma série de métodos de gestão, implementados em bases científicas, técnicas e normativas para que a geração de resíduos seja minimizada e os danos ao meio ambiente e à saúde dos trabalhadores sejam extintos e/ou diminuídos.

Dessa forma, o gerenciamento pressupõe a escolha de alternativas adequadas para manejo interno dos RSS, pelo estabelecimento gerador e manejo externo pelos serviços de limpeza pública. Os estabelecimentos de serviços de saúde são os responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os RSS por eles gerados, cabendo aos órgãos públicos, dentro de suas competências, as ações de gestão, regulamentação e fiscalização.

Contudo, o gerenciamento dos RSS no Brasil possui problemas, pois, apesar de alguns estabelecimentos organizarem a coleta internamente, encontram dificuldades na disposição final, realizada pelos serviços de limpeza pública de forma não diferenciada e pelo não uso de EPI's pelos trabalhadores envolvidos.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é um documento que descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos, observando-se os seguintes aspectos: identificação dos RSS, segregação, acondicionamento, armazenagem, transporte, tratamento, disposição final dos RSS, plano de contingência e treinamento dos envolvidos (Educação em Saúde)^{1,2}.

Todo gerador de RSS deve elaborar e implantar o PGRSS, conforme estipulam a RDC ANVISA nº 306, de 07/12/2004 e a Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005. A RDC ANVISA nº 306 também aponta a necessidade de um profissional, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, para elaboração e implantação do PGRSS, e de um coordenador executivo do PGRSS. Destaca a importância da capacitação e dos treinamentos (iniciais e periódicos) para todos os envolvidos, inclusive das firmas prestadoras de serviço de limpeza e/ou de transporte, tratamento e disposição final dos RSS².

No contexto da Educação em Saúde, o gerenciamento deve ser visto como um instrumento capaz de minimizar e/ou impedir os efeitos adversos causados pelos RSS, do ponto de vista sanitário, ambiental e ocupacional, já que permite controlar e reduzir o uso de

recursos e riscos à saúde dos trabalhadores. Nesse sentido, o PGRSS deve contemplar medidas de envolvimento coletivo e ser elaborado em conjunto com todos os setores, definindo-se as responsabilidades e obrigações de cada um em relação aos riscos.

Os setores envolvidos com o PGRSS são: Serviços de Higiene e Limpeza, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) ou Comissão de Biossegurança, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina no Trabalho (SESMT), além de toda a comunidade hospitalar. Todas as ações devem se pautar pela legislação de saúde, do meio ambiente e de energia nuclear vigentes.

O PGRSS leva em conta as características e riscos dos resíduos, as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente e os princípios de biossegurança, empregando medidas técnico-administrativas e normativas na prevenção de acidentes. Por isso, o plano contempla ações para emergências e acidentes, ações de controle integrado de pragas e de controle químico, além de medidas preventivas relativas à saúde ocupacional³. Cada PGRSS é único, mesmo que se tratem de estabelecimentos com as mesmas atividades.

A RDC da ANVISA nº 306 aponta que todo gerador de RSS deve elaborar o PGRSS e contemplar os seguintes aspectos: reciclagem de resíduos para os Grupos B ou D; rotinas e processos de higienização e limpeza definidos pela CCIH; ações a serem adotadas em situações de emergência, acidentes e prevenção à saúde do trabalhador, além do desenvolvimento de instrumentos de avaliação e controle por meio de indicadores, tais como a taxa de acidentes com material perfuro-cortante².

De acordo com o Manual da ANVISA, os oito passos do PGRSS são: 1º) identificação do problema; 2º) definição da equipe de trabalho; 3º) envolvimento da organização; 4º) diagnóstico da situação dos RSS (da geração à disposição final, com identificação de situações críticas, semi-críticas e não-críticas); 5º) definição de metas, objetivos, período de implantação e ações básicas; 6º) elaboração do PGRSS; 7º) implementação do PGRSS observando-se os seguintes requisitos: disponibilidade de recursos financeiros, capacitação da equipe técnica e comprometimento de todos os funcionários; 8º) avaliação do PGRSS.

OBJETIVO

O objetivo geral deste trabalho foi analisar os primeiros resultados da implantação do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) em dois Hospitais Escola de um município do interior do Estado de São Paulo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa de caráter exploratório, descritiva e qualitativa. Os dados qualitativos apresentam os resultados das 15 entrevistas realizadas nos dois hospitais com integrantes dos setores e comissões ligados ao gerenciamento de resíduos e à prevenção de acidentes: Projeto Sentinela, Serviço de Higiene e Limpeza (SHL), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Setor de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), Medicina Nuclear e Radiologia.

As entrevistas foram gravadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes e realizadas por meio de roteiro previamente elaborado. Os dados analisados foram dispostos em categorias. Para este artigo, serão analisadas três delas: 1) formas de caracterização, controle e destinação dos resíduos; 2) Programa de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde (PGRSS) e 3) ações de Educação Ambiental.

Os hospitais analisados são de natureza filantrópica, em cujas instalações se encontram docentes e discentes de duas faculdades, Medicina e Enfermagem, sendo que em um deles localizam-se as dependências acadêmico-administrativas dos dois cursos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Formas de caracterização, controle e destinação dos resíduos

Não há consenso entre os dados levantados, sobre a quantidade de resíduos gerados nos hospitais nem sobre qual o tipo de resíduo mais gerado, embora o reciclável predomine nas respostas. Segundo Carvalho¹, a quantidade de resíduos gerados em um estabelecimento de saúde dependerá, entre outros fatores, da capacidade e nível de desenvolvimento tecnológico do local, da quantidade de serviços oferecidos, das especialidades existentes e

tecnologia empregada, além do número de pacientes atendidos. A quantificação dos RSS pode ser obtida a partir da massa (kg) e/ou volume (L) gerados por número de paciente atendido e por dia, o que resultará na taxa de geração do estabelecimento como um todo ou por setores.

No entanto, Garcia e Zanetti-Ramos⁵ afirmam que o Brasil, pela precariedade do gerenciamento de RSS, não dispõe de dados estatísticos precisos a respeito da quantidade de resíduos produzidos diariamente nos serviços de saúde, assim como de suas fontes geradoras.

Embora haja quem desconheça qualquer forma de controle dos resíduos nos hospitais, a maioria dos entrevistados afirma que eles são calculados por uma média mensal, pois os resíduos, separados em categorias, são pesados uma vez ao ano durante 7 dias. Especificamente em relação ao resíduo reciclável, não foi possível saber como e se a pesagem é realmente feita.

O único dado em que há consenso dos entrevistados é sobre a separação de resíduos para a reciclagem. De um modo geral, afirmam que separar o lixo é importante porque: classifica os resíduos e impede que resíduos comuns e recicláveis sejam misturados aos resíduos contaminados/infectantes; a separação dos resíduos facilita o destino final de cada um deles e impede acidentes.

Dois dos entrevistados citam que após a implantação do PGRSS, em 2005, passou a ocorrer separação de acordo com o tipo de resíduo, atendendo às normas do CONAMA/ANVISA. Vale ressaltar, no entanto, que a idéia de separar o lixo surgiu já em 2003, com o projeto reciclagem que, oficialmente, foi lançado em 2004, ou seja, antes da implantação do PGRSS.

No município em estudo, os resíduos comuns vão para um aterro considerado inadequado pela Companhia de tecnologia de Saneamento Ambiental (CETESB)⁶. Os resíduos infectantes e perfuro-cortantes são levados por uma empresa terceirizada pela Prefeitura e incinerados em outro Município. No entanto, nos hospitais, há quem afirme nada saber sobre o destino final dos resíduos. Também não há consenso quanto ao município para onde são levados, nem quanto ao tratamento que recebem após serem levados do hospital.

Segundo Carvalho¹, o conhecimento das características dos RSS auxilia no planejamento de um sistema de gerenciamento adequado, que vai desde a

seleção até o tratamento e a disposição final, e que compreende alguns dos componentes básicos da formulação de uma política de gerenciamento.

Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde (PGRSS)

Entende-se que em um ambiente como o hospital, todos são responsáveis pela geração de resíduos e pelos riscos que a gestão inadequada dos mesmos representa. Ao serem questionados quanto à responsabilidade pelo gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS), há quem afirme ser responsabilidade de todos. Porém, há quem entenda que tal responsabilidade pertence apenas ao SESMT ou ao SHL.

Importante lembrar que embora a responsabilidade pelo PGRSS seja de todos, a elaboração do mesmo recai sobre setores determinados, tais como os Setores de Higiene e Limpeza, a CCIH ou Comissões de Biossegurança e o SESMT. Ao envolver estes setores, o PGRSS necessariamente aborda as inter-relações entre eles e os demais setores da instituição. Dessa forma, o PGRSS representa uma proposta dinâmica, pois a cada avaliação, sofre acertos e ajustes necessários ao seu aperfeiçoamento³.

Nesse sentido, Rio⁷ afirma que o PGRSS não deve existir de forma burocrática, como mais um documento. O PGRSS, apesar de obrigatório, é uma composição de vários processos sistêmicos, nos quais a avaliação e os ajustes são constantes.

Quanto às ações desenvolvidas pelos setores escolhidos na pesquisa, relativas ao gerenciamento dos RSS, foram citadas: treinamento para coleta e separação com fins de reciclagem; classificação dos resíduos gerados (de modo geral) e seu descarte adequado; controle sobre a geração de resíduos com o intuito de diminuí-los. Porém, há quem afirme não existir nenhuma ação sendo executada.

Quase todos os entrevistados conhecem o PGRSS. Contudo, um deles afirmou que o PGRSS não está totalmente implantado, pois requer recursos e mão-de-obra; dois disseram que ele só existe devido a exigências legais, pois não funciona adequadamente.

O PGRSS foi elaborado pelo SESMT e implantado em 2005, um para cada hospital, já que estes possuem características específicas. A cada ano deve passar por uma

reavaliação que inclui a participação dos seguintes setores: SHL, CCIH e CIPA.

Foram fatores levantados pelos entrevistados para sua implantação, além das exigências legais: necessidade de se separar os diferentes tipos de resíduo, evitando misturar resíduo comum com resíduo infectante; classificação dos resíduos para melhor destino final dos mesmos; melhoria da qualidade do lixo hospitalar; prevenção de acidentes biológicos e com materiais perfurocortantes. Apenas um entrevistado levantou a questão da preservação do meio ambiente.

Há quem afirme que com a implantação do PGRSS houve diminuição na quantidade de resíduos. Dois outros entrevistados citaram que para a implantação do PGRSS houve grande envolvimento da equipe, mas não especificou qual e nem o tipo de envolvimento. Contrariamente, é preciso observar que é evidente, diante das respostas obtidas, a falta de sintonia entre os setores entrevistados, seja em relação a aspectos pontuais do próprio plano (como o destino final dos resíduos infectantes) seja pelo sentido mais amplo que este representa: a preservação do meio ambiente interno e externo e a melhoria das condições de vida e trabalho de pacientes e funcionários.

Camargo⁸ aponta algumas dificuldades explícitas no cotidiano das pessoas que gerenciam o Programa de Resíduos Sólidos Hospitalares: montagem da equipe multidisciplinar, delegação de funções, trabalho em grupo e manutenção da educação continuada entre os funcionários do estabelecimento.

Entre os oito passos do Manual da ANVISA sobre o Gerenciamento dos RSS³, destaca-se o item três referente ao envolvimento da organização. O objetivo primordial é sensibilizar todos os funcionários sobre o PGRSS, por meio da difusão de informações específicas sobre o mesmo. Trata-se, na verdade, da elaboração de um Plano de Comunicação que, entre outras ações, deve priorizar formas permanentes de comunicação com os funcionários e campanhas diversas de sensibilização quanto ao PGRSS. Todas as informações devem ser divulgadas otimizando-se os instrumentos existentes na instituição.

O Plano de Comunicação, no contexto de um plano mais amplo de educação continuada, deve abordar os seguintes temas: noções gerais sobre o ciclo de vida dos materiais; conhecimento da legislação ambiental, de limpeza

pública e de vigilância sanitária relativas aos RSS; visão básica do gerenciamento dos resíduos sólidos no município; definições, tipo e classificação dos resíduos e seu potencial de risco; orientações sobre biossegurança; orientações e treinamento em proteção radiológica (rejeitos radioativos); formas de reduzir a geração de resíduos e promover a reutilização de materiais; identificação das classes de resíduos; medidas de prevenção de acidentes; orientações sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de proteção Coletiva (EPC); orientações sobre higiene pessoal e dos ambientes entre outros.

A RDC da ANVISA nº 306 visa orientar, motivar, conscientizar e informar permanentemente todos os envolvidos sobre os riscos e procedimentos adequados do manejo de resíduos. Por isso, os serviços geradores de RSS devem manter um programa de educação continuada, independente do vínculo empregatício dos profissionais. Normalmente, entre os profissionais envolvidos encontram-se médicos, enfermeiros, auxiliares, pessoal de limpeza, coletores internos e externos, pessoal de manutenção e serviços.

Embora não conste como responsabilidade legal do gerador, o Manual da ANVISA destaca a importância da educação ampliada a outros segmentos direta ou indiretamente envolvidos na gestão dos RSS, tais como pacientes e outros grupos que tenham algum contato ou influência na gestão dos RSS. A RDC da ANVISA nº 306 afirma a extrema necessidade de se desenvolver e implantar programas de capacitação em todos os setores geradores de RSS: SHL, CCIH, comissões internas de biossegurança, SESMT e CIPA.

A RDC da ANVISA nº 306 estabelece que o PGRSS deve estar disponível para consulta. Todos os profissionais do setor de saúde, mesmo aqueles que não estão diretamente envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, devem conhecer o sistema adotado para o gerenciamento dos RSS, a prática de segregação de resíduos, além de reconhecerem os símbolos, expressões, padrões de cores adotados e localização dos abrigos de resíduos, entre outros fatores indispensáveis à completa integração ao PGRSS.

Educação Ambiental

Quase todos os entrevistados apontaram a existência da reciclagem de resíduos nos hospitais. O

dinheiro obtido com a venda do material reciclável é aplicado na aquisição de uniformes e outros materiais. Apenas um afirmou que o dinheiro também é revertido para o PGRSS. Outras respostas referem que: o dinheiro é pouco, mas estimula o público interno e promove a conscientização ambiental; a reciclagem melhora a qualidade do lixo hospitalar ao evitar que materiais recicláveis não sejam descartados em aterros.

Dessa forma, pode-se afirmar que o projeto reciclagem é visto como ação de gerenciamento de RSS, possuindo mais sentido e expressão para os funcionários do que o próprio PGRSS.

Contudo, os entrevistados, de um modo geral, não conseguem relacionar a reciclagem de materiais à Educação Ambiental. A separação do lixo reciclável pode ser uma forma de estimular ou iniciar a Educação Ambiental, mas ao serem questionados sobre a existência de ações de Educação Ambiental em seus setores, os entrevistados, contraditoriamente, negam que elas existam.

Segundo Takayanagi⁹, cumprir uma recomendação técnica ou uma legislação não depende somente de recomendações das instituições nacionais e internacionais diretamente preocupadas com a questão dos resíduos, mas depende também do conhecimento, da motivação e da conscientização das pessoas diretamente envolvidas com o problema.

O Manual da ANVISA sobre Gerenciamento dos RSS também ressalta a importância em se avaliar a percepção dos funcionários sobre o meio ambiente. Assim, qualquer programa de educação continuada deve levar em conta que os profissionais que atuam nas instituições de saúde podem desconhecer noções sobre cuidados ambientais. Possuem, geralmente, formação técnica específica que não os prepara para o entendimento de situações de risco, tanto aqueles inerentes à execução de suas atividades quanto os que envolvem o meio ambiente.

Já em relação à conscientização e motivação, todo trabalhador de saúde assim como todo cidadão deveria refletir e adotar uma postura voltada para uma conscientização ecológica, cuidando do lixo que produz em sua residência, o que contribui para o gerenciamento dos resíduos produzidos pela coletividade.

Portanto, a Educação ambiental está diretamente relacionada com o modo de pensar das pessoas, que

precisam se engajar nesta luta, procurando conviver em equilíbrio com o meio físico. Souza¹⁰ aponta o ganho potencial dos hospitais quando ocorre a internalização e a vivência de conceitos ligados ao meio ambiente pelos funcionários.

Ao realizar pesquisa sobre o tema do gerenciamento ambiental em um hospital, Souza¹⁰ também encontrou dados relativos ao total desconhecimento dos profissionais entrevistados sobre como eram feitos o tratamento e a disposição final dos resíduos no local em que atuavam, as leis e normas de um gerenciamento de RSS. Também ressalta que ainda são remotas as experiências sobre gerenciamento dos RSS nos serviços de saúde.

Segundo Souza¹⁰, o setor de saúde, em geral, e os hospitais, em particular, estão voltados mais à prática curativa do que ao gerenciamento de processos, como no caso do gerenciamento ambiental. Ele afirma que há, além da falta de conscientização sobre a problemática ambiental, desconhecimento generalizado dos processos que ocorrem nas instituições hospitalares e da inter-relação que possuem com o processo de gestão ambiental. Neste sentido, aponta a necessidade de uma nova visão administrativa, com perspectiva de longo prazo, para a adoção de um gerenciamento ambiental, começando pelo gerenciamento adequado dos RSS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O correto gerenciamento dos RSS é importante, não pela quantidade de resíduos gerados, mas pelo potencial de risco que representam à Saúde Pública e ao meio ambiente. São poucos municípios brasileiros que gerenciam adequadamente os RSS. Isso ocorre também devido à falta de uma Política Nacional de Resíduos Sólidos que discipline e incentive a elaboração e a implementação de planos de gestão compatíveis com as peculiaridades de cada localidade.

Outro exemplo da importância de se gerenciar adequadamente os RSS está no fato de que nem todo resíduo gerado nos estabelecimentos de saúde é contaminado. A Resolução nº 306 da ANVISA, de 07/12/2004, e a Resolução nº 358 do CONAMA, de 29/04/2005, representam um avanço no estabelecimento de normas para o tratamento dos resíduos sólidos no Brasil. Elas

apresentam o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), definindo regras e responsabilidades.

Porém, também são inúmeras as dificuldades que envolvem as instituições hospitalares quanto à implementação do PGRSS: recursos humanos e financeiros e condições de segurança ambiental e ocupacional.

Entre os oito passos do Manual da ANVISA sobre o Gerenciamento dos RSS, está o envolvimento da organização. Em um ambiente como o hospital, todos são responsáveis pela geração de resíduos e pelos riscos que a gestão inadequada dos mesmos representa. Ficou evidente, nesse trabalho, a falta de sintonia entre os funcionários dos setores entrevistados. Além disso, os dados levantados nessa pesquisa comprovam a importância da comunicação na difusão de informações.

Também se verificou não haver consenso entre os dados levantados sobre a quantidade de resíduos gerada, sobre as formas de tratamento que recebem e o destino final dos mesmos.

O único ponto em que as respostas dos entrevistados coincidiram foi quanto à reciclagem de resíduos. Contudo, os entrevistados, de um modo geral, não conseguem relacionar a reciclagem de resíduos à Educação Ambiental.

A ciência ambiental possui grande interlocução com a saúde coletiva. O cuidado com o meio ambiente não se traduz apenas em aspectos distantes da prática

laboral diária, tais como a preservação das florestas. Ele está intrinsecamente ligado à promoção da saúde, seja no cuidado com os recursos naturais, seja no caso do adequado gerenciamento de resíduos.

Como o PGRSS representa uma proposta dinâmica, sofrendo ajustes a cada avaliação, não deve existir de forma burocrática. Seu sucesso depende da participação consciente e da cooperação de todos os envolvidos no processo. Qualquer programa de gerenciamento dos RSS deve ter como meta a melhoria contínua de serviços prestados pelas instituições de saúde, evoluindo também para uma percepção mais ampla do cuidado com o meio ambiente.

Pode-se afirmar que a melhoria no sistema e na qualidade do próprio atendimento depende também, da uma nova visão administrativa. A adoção efetiva do PGRSS pretende melhorias que não significam apenas custos, mas investimento em projetos de otimização de recursos em longo prazo. É importante lembrar que a falta de informação, o descaso e a negligência também geram custos.

A Educação Ambiental deve promover a conscientização da população sobre as consequências da disposição inadequada dos resíduos, lembrando responsabilidades. Uma mudança comportamental nesse sentido terá efeitos positivos no equilíbrio dos ecossistemas e, conseqüentemente, na manutenção da vida no planeta.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho SML de. Gerenciamento de resíduos hospitalares e avaliação da secagem como método de redução de volume e grau de periculosidade. [Tese]. Campinas (SP): Unicamp, Faculdade de Engenharia Química; 2003.
2. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Brasília (DF); 2004 [acesso em 2005 jul 2]. Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public>
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília (DF); 2006 [acesso em 2006 dez 12]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf
4. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 10004: resíduos sólidos e sua revisão. Rio de Janeiro: ABNT; 2004.
5. Garcia LP, Zanetti-Ramos BG. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):744-52.
6. Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental. Inventário Estadual de Resíduos Sólidos Domiciliares do Estado de São Paulo. São Paulo: SMA/CETESB; 2005 [acesso em 2006 jun 2]. Disponível em: <http://www.cetesb.sp.gov.br>
7. Rio RB. Cartilha do PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduo de Serviço de Saúde). Rio de Janeiro: COREN-RJ/ABES-RIO; 2006.
8. Camargo D. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS. *Biológico* [periódico na internet]. 2001 [acesso em 2007 jan 29]; 63(1-2):51-2. Disponível em: http://www.biologico.sp.gov.br/biologico/v63_1/camargo.pdf
9. Takayanagui AMM. Consciência ecológica e os resíduos dos serviços de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 1993;1(2):93-6.
10. Souza MAS de. Proposta de sistemática para melhoria do desempenho ambiental em processos hospitalares [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

HIPERTENSÃO ARTERIAL NUMA COMUNIDADE EM BELÉM DO PARÁ: CONHECIMENTO E ADESÃO AO TRATAMENTO¹

ARTERIAL HYPERTENSION IN A COMMUNITY IN BELÉM OF PARÁ: KNOWLEDGE AND ADHESION TO TREATMENT

HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA COMUNIDAD EN BELÉM DE PARÁ: EL CONOCIMIENTO ES ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

*Roseneide dos Santos Tavares**, *Elisabete Pimenta Araújo Paz***, *Rosane Harter Griep***, *Cintia Rubia Matos Santos****

Resumo

Estudo transversal tipo inquérito epidemiológico, quantitativo, em amostra por conveniência. Foram sujeitos 200 pessoas com faixa etária entre 20 a 60 anos, residentes numa comunidade periférica de Belém do Pará. Objetivou identificar o conhecimento sobre hipertensão arterial em um grupo de indivíduos moradores numa comunidade da periferia de Belém e obter dados sobre a adesão ao tratamento. A coleta de dados ocorreu no período de 22 de agosto a 05 de novembro de 2002. Na coleta de dados foi utilizado como instrumento um formulário, composto por questões abertas e fechadas, possibilitando identificar o conhecimento e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Critérios de seleção: indivíduos que apresentassem níveis de pressão sistólica maiores ou iguais a 140 mmHg e pressão diastólica maiores ou iguais a 90 mmHg; níveis de pressão sistólica maiores ou iguais a 140 mmHg e pressão diastólica inferior a 90 mmHg; indivíduos hipertensos em tratamento no período da coleta de dados ou submetidos a tratamento anti-hipertensivo em fase anterior à coleta de dados. Os dados foram submetidos a tratamento estatístico pelos softwares EPI INFO 6 - versão 6.04 e Statal Package for the Social Sciences (SPSS). As respostas às perguntas abertas foram codificadas em duas categorias: I - O conhecimento sobre a doença envolve alterações corporais; II - A prevenção da hipertensão está associada a práticas alimentares e ao controle emocional. Os resultados demonstraram haver algum conhecimento de senso comum e pouca adesão ao tratamento, havendo necessidade do desenvolvimento de programas educacionais para atendimento com qualidade e que envolvam o paciente hipertenso, a família e a equipe de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Hipertensão. Pressão arterial.

Abstract

Transverse study epidemiological type investigation, quantitative, sampled by convenience. 200 people aged between 20 to 60 years, all residents in a community in the peripheral of Belém of Pará. The objective was to identify the knowledge about hypertension into a group of residents in a community of individual outskirts of Belém and obtain data on adherence to treatment. The collection of data occurred from August 22 to November 5 2002. Data was collected using a form, composed of open and closed questions, allowing the identification of knowledge and adherence to hypertension treatment. Criteria for selection: individuals who presented levels of systolic pressure greater or equal to 140 mmHg and diastolic pressure greater or equal to 90mmHg; Levels of systolic pressure greater or equal to 140 mmHg and diastolic pressure below 90 mmHg; hypertensive individuals treated in the period the collection of data or subjected to anti-hypertensive treatment in previous phase to the collection of data. Data were subjected to statistical processing software by EPI INFO 6-version 6.04 and Statal Package for the Social Sciences (SPSS). Answers to open questions were coded into two categories: I - Knowledge about the disease involves bodily changes; II - The prevention of hypertension is associated with food practices and emotional control. The results showed there are some knowledge of common sense and poor adherence to treatment and the need for development of educational programs for a quality service, involving the hypertensive patient the family and the health team.

Keywords: Nursing. Hypertension. Blood pressure.

Resumen

Yo estudio tipo atravesado la pregunta epidémica, quantitatively, en muestra para conveniencia. Ellos eran 200 personas sujetas con grupo de edad entre 20 a 60 años, residentes en una comunidad periférica de Belém de Pará. Él el objectified para identificar el conocimiento en hipertensión arterial en un grupo de habitantes de los individuos en una comunidad de la periferia de Belém y obtener datos sobre la adherencia al tratamiento. La colección de datos pasó en el periodo del 22 de agosto al 05 de noviembre de 2002. En la colección de datos se usó como instrumento una forma, compuso por abra y asuntos cerrados, facilitando para identificar el conocimiento y la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial. Acercamientos de la selección: individuos que presentaron niveles más grandes de presión sistólica o el mismo a 140mmHg y presión diastolic más grande o el mismo a 90mmHg; niveles más grandes de presión sistólica o el mismo a 140mmHg y presión el diastolic inferior para 90mmHg; hipertensos de los individuos en tratamiento en el periodo de la colección de datos o sometió al anti-hipertensive del tratamiento en fase anterior a la colección de datos. Los datos se sometieron al tratamiento estadístico por el software del programa EPI INFO 6 - versión 6.04 y el software el Paquete de Statal va Social las Ciencias (SPSS). Las respuestas a las preguntas abiertas codificadas en dos categorías: Yo - EL conocimiento en la enfermedad

*Mestre em Enfermagem, docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará - PA.

**Doutora em Enfermagem, docente do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ.

***Enfermeira do Núcleo de Prevenção da Saúde - Home Care - Belém, PA.

¹Artigo originado da dissertação "Prevalência da Hipertensão Arterial em uma comunidade no Bairro da Terra Firme e os fatores de risco associados: uma contribuição da Enfermagem em Saúde Coletiva". EEAN / UFRJ.

Pesquisa realizada nas Passagens Veneza e Santa Helena, no Bairro da Terra Firme, na Cidade de Belém, PA.
Contatos: rstavares@hotmail.com e rstavares@ufpa.br

involucra alteraciones corpóreas; y II - LA prevención de la hipertensión es asociada las prácticas alimentarias y al mando emocional. Los resultados demostraron para haber un poco de conocimiento de sentido común y la adherencia pequeña al tratamiento que tiene necesidad del desarrollo de programas educativos por la asistencia con calidad y que ellos involucran, el hipertenso paciente, la familia y el equipo de salud.

Palabras-clave: Enfermería. Hipertensión. Presión Sanguínea.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial se caracteriza por uma condição clínica de elevação dos níveis pressóricos acima dos parâmetros considerados normais para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), cuja etiologia, por vezes, é indefinida e de fisiopatogenia multifatorial^{1,2}. Existe num contexto sindrômico, com alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas, entre as quais a própria elevação dos níveis tensionais, as dislipidemias, a resistência insulínica, a obesidade centrípeta, a microalbuminúria, a atividade aumentada dos fatores de coagulação, a redução da complacência arterial e a hipertrofia com alteração da função diastólica do ventrículo esquerdo³. É um dos principais agravos à saúde no Brasil e eleva o custo médico-social, principalmente por suas complicações⁵. Acompanhada por alterações funcionais do sistema nervoso autônomo simpático, renais, do sistema renina angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial, resulta de várias modificações estruturais do sistema cardiovascular, que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular³.

Apesar da orientação norte-americana considerar a população com níveis de pressão entre 12/8 mmHg e 14/9 mmHg como pré-hipertensos, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial estabelecem que a pressão arterial normal é aquela abaixo de 13 por 8/5 mmHg, e ótima abaixo de 12/8 mmHg. Entretanto, a orientação é de que sejam analisados a pressão e o risco de cada paciente individualmente^{3,6}.

A elevação da pressão arterial é, provavelmente, um dos mais importantes problemas de saúde pública. Comumente assintomática, detectável e, em geral, facilmente tratável, com frequência leva a complicações letais quando não priorizada².

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão estima que haja 30 milhões de hipertensos, acometendo cerca de 30% da população adulta. Tem prevalência também aumentada em grupos específicos, a exemplo dos

pacientes da raça negra, idosos, obesos e diabéticos. Entre as pessoas com idade acima de 60 anos, mais de 60% são hipertensos. No mundo acomete 600 milhões de pessoas, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)^{2,3,6}.

A relação pressão arterial e doenças cardiovasculares é importante e precisa ser entendida, pois quanto maior o nível da pressão, maiores são as chances de ataque cardíaco, acidente vascular ou doença renal, mesmo em níveis normais de pressão arterial. Pode-se manter a pressão arterial em níveis ótimos por meio de hábitos de vida saudáveis: dieta pobre em sal e gorduras, redução do consumo de álcool, abandono do tabagismo e regularidade de atividade física^{2,5}.

Estimativas da OMS alertam que 45% dos profissionais da saúde em todo o mundo não estão treinados a lidar com a hipertensão⁷. Apesar do reconhecimento da hipertensão como uma entidade de prevalência elevada, seu tratamento continua inadequado^{2,3}. Os segmentos sociais mais pobres são os que possuem maior prevalência de hipertensão e também de complicações por acidentes vasculares⁸. A urbanização, os hábitos sociais e as atividades profissionais são determinantes maiores para a hipertensão^{2,3}.

No Brasil doenças como o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico são as principais causas de óbito em adultos dentre as doenças cardiovasculares (DCV). Associadas a 80% dos casos de acidente vascular cerebral e a 65% dos casos de infarto agudo do miocárdio², é responsável por pelo menos 40% e 25%, respectivamente, dos casos de óbito. Porém, quando associadas à diabetes mellitus, respondem por 50% dos casos de insuficiência renal terminal^{3,5,9}.

Os fatores de risco, as condições ou comportamentos isolados ou conjugados aumentam a probabilidade de DCVs. A classificação destes fatores de risco se baseia no grau em que estes fatores podem ou não ser modificáveis a partir de alterações no estilo de vida e no comportamento individual. São fatores de riscos modificáveis: hipertensão arterial, hiperglicemia ou diabetes

mellitus, hipercolesterolemia, tabagismo, obesidade e sedentarismo, dentre outros; e fatores de risco não modificáveis: história familiar positiva para DCV, idade avançada, sexo e raça^{2, 3, 4 5}.

No controle da hipertensão arterial, um componente vital para o combate deste agravo é a adesão ao tratamento, pois a detecção precoce, o tratamento e o controle dos fatores de risco podem impedir ou retardar o surgimento de lesões em órgãos-alvo, como coração, cérebro, retina e rins. A baixa adesão ao tratamento é fator contribuinte para alterações nos valores pressóricos e, por conseguinte, concorrem para o surgimento de inúmeras lesões nesses órgãos^{2, 3}. O controle da hipertensão arterial em escala populacional encontra-se distante do considerado ideal, sendo que a falta de adesão ao tratamento medicamentoso é a maior razão para a baixa efetividade do tratamento da hipertensão arterial^{5, 10}.

São poucos e não representativos ainda no país os estudos de inquérito epidemiológico para a hipertensão arterial. Pesquisas dessa natureza apontam alta prevalência, da ordem de 22 a 44%. Em função, desta realidade, deve-se estabelecer programas de controle em todo o país^{2, 3}.

Considerando a importância desta temática, o objetivo deste artigo foi verificar o nível sócio-gráfico e identificar questões relacionadas à hipertensão arterial e a adesão ao tratamento, em um grupo de moradores de uma comunidade da periferia de Belém do Pará, visando à prevenção, melhor adesão ao tratamento e diminuição da hipertensão.

OBJETIVOS

Identificar o conhecimento sobre hipertensão arterial em um grupo de indivíduos moradores numa comunidade da periferia de Belém e obter dados sobre a adesão ao tratamento.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal tipo inquérito epidemiológico, quantitativo, em amostra por conveniência, sendo entrevistados 200 moradores com faixa etária entre 20 a 60 anos, residentes numa comunidade periférica de Belém do Pará. A coleta de dados ocorreu no período de 22 de agosto a 05 de novembro de 2002. Foi utilizado como instrumento um formulário,

composto por questões abertas e fechadas, possibilitando verificar e identificar o conhecimento e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Previamente à entrevista, os sujeitos do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo a Resolução CNS-196/96. O Termo esclarecia quanto aos objetivos e propósitos do estudo, bem como a não obrigatoriedade em participar da investigação denotando o caráter voluntário de inclusão à pesquisa. Após a entrevista foram realizadas a medida direta da pressão arterial e da frequência do pulso radial, além das medidas antropométricas, peso e altura. Os pesquisadores foram submetidos a testes de capacitação para atuação em todas as etapas da coleta de dados, visando evitar tensão e ansiedade aos sujeitos e promover a interação entre ambos, observador e participante. Também, estabelecer relação de confiança por meio de esclarecimentos sobre o procedimento - medida da pressão arterial e sua finalidade, bem como a priorizar ambiente calmo sob temperatura agradável.

Como critérios de elegibilidade, foram considerados indivíduos que apresentassem: a) níveis de pressão sistólica maiores ou iguais a 140 mmHg e pressão diastólica maiores ou iguais a 90 mmHg; b) níveis de pressão sistólica maiores ou iguais a 140 mmHg e pressão diastólica inferior a 90 mmHg; c) indivíduos hipertensos em tratamento no período da coleta de dados ou submetidos a tratamento anti-hipertensivo em fase anterior à coleta de dados. Foram excluídos do estudo, indivíduos com níveis pressóricos normais à aferição e indivíduos que, embora hipertensos, não se encontravam em tratamento para hipertensão arterial.

Os dados obtidos na pesquisa, uma vez submetidos a tratamento estatístico, geraram um banco de dados pelo *software* EPI INFO 6 - versão 6.04. As respostas às perguntas abertas foram codificadas e digitadas pelo banco de dados. Em análise posterior, as respostas às questões abertas do formulário aplicado foram codificadas em duas categorias: I - O conhecimento sobre a doença envolve alterações corporais; e II - A prevenção da hipertensão está associada a práticas alimentares e ao controle emocional¹¹.

Foi utilizado também o *software* *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 9.0 e para análise

dos dados foi considerada a Medida de Tendência Central para variáveis contínuas bem como a média aritmética, a Medida de Dispersão e o desvio padrão. A significância estatística da relação para variáveis categóricas foi expressa através do teste Qui-Quadrado considerando-se como parâmetro o nível de significância de 0,05.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Pará (nº. 015/2002-CEP/NMT).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características sócio-demográficas da amostra foram compostas pelas variáveis: sexo, faixa etária, cor da pele, escolaridade, renda *per capita* e situação conjugal, relacionadas à presença ou ausência de hipertensão arterial. A prevalência da doença nesta comunidade foi de 29%, após determinação da média aritmética obtida a partir dos valores de duas medidas nos níveis pressóricos. Na seqüência, são apresentados dados acerca do conhecimento da doença e adesão ao tratamento.

Tabela 1 - Prevalência de hipertensão arterial segundo as variáveis sócio-demográficas em moradores de uma comunidade da periferia de Belém do Pará, 2002 (n=200)

Variáveis sócio-demográficas	Hipertensos (n=58)		Não-hipertensos (n=142)		TOTAL (n=200)	
	n	%	n	%	n	%
Sexo*						
Masculino	22	31,4	48	68,6	70	100
Feminino	36	27,6	94	72,3	130	100
Faixa etária**						
20 a 29 anos	13	17,1	63	82,9	76	100
30 a 39 anos	12	22,6	41	73,4	53	100
40 a 49 anos	15	42,9	20	57,1	35	100
50 a 60 anos	18	50,0	18	50,0	36	100
Cor da pele*						
Branca	14	33,3	28	66,7	42	100
Negra	9	18,8	39	81,2	48	100
Parda	35	31,8	75	68,2	110	100
Renda <i>per capita</i> (em R\$) *						
20,00 a 99,99	25	30,9	56	69,1	81	100
100,00 a 199,99	19	25,0	56	75,0	75	100
200,00 a 299,99	3	17,6	14	82,4	17	100
300,00 a 500,00	6	37,5	10	62,5	16	100
Situação conjugal**						
Casado/amigado	32	26,2	90	73,8	122	100
Solteiro	18	28,1	46	71,9	64	100
Separado/divorciado/Viúvo	8	57,1	6	42,9	14	100
Escolaridade*						
Fundamental incompleto/analfabetos	29	28,2	74	72,8	103	100
Fundamental completo/Médio incompleto.	14	31,1	31	79,4	45	100
Nível Médio ou Superior	15	28,8	37	65,1	52	100

* p>0,05 ** p<0,05

Pelos dados apresentados, observa-se na Tabela 1 que 130 sujeitos (65%) entrevistados eram mulheres. Quanto à presença da hipertensão arterial, 22 (31,4%) dos homens foram classificados como hipertensos, e entre as mulheres a prevalência foi 35 (27,6%) (p=0,579). A idade variou entre 20 a 60 anos, sendo a idade média do grupo 35,8 anos (DP = 12,11; mediana = 34 anos e moda = 21 anos). É importante considerar que destes, 76 (38%) situaram-se na faixa etária de 20 a 29 anos de idade. Em

conjunto com os sujeitos da faixa etária de 30 a 39 anos de idade perfazem 64,5%, ou seja, 53 sujeitos. O aumento da idade esteve diretamente relacionado ao aumento da pressão arterial e a prevalência de hipertensos demonstrada como (p=0,0063).

Quanto à cor da pele, 110 participantes (55%) eram da cor parda. Embora os percentuais mais elevados de hipertensos tenham sido encontrados em indivíduos brancos e pardos (33,3% e 31,8%, respectivamente) e não entre os indivíduos de cor negra (18,8%), estas diferenças não foram estatisticamente significativas considerando-se (p=0,196).

Sobre o nível de escolaridade, destaca-se que 103 sujeitos (51,5%) possuíam nível fundamental incompleto e analfabetos. Enquanto 45 sujeitos (22,5%) possuíam nível fundamental incompleto e 52 (26%) haviam cursado o nível médio ou superior.

Referente à renda *per capita*, a média de ganho mensal declarada foi de R\$ 119,81 (DP = 97). Informaram ganho financeiro abaixo de um salário mínimo, 156 sujeitos (82,6%). Foi considerado o salário mínimo vigente no Brasil à época do estudo, ou seja, R\$ 199,00.

Um dos aspectos que pode concorrer para aumento dos níveis pressóricos é a situação conjugal. No estudo o resultado apresentou relação estatisticamente significativa para o grupo de indivíduos viúvos, separados ou divorciados (57,1%) (p=0,053).

O conhecimento de doenças e a adesão ao tratamento de quaisquer patologias, envolve também o tipo de atividade profissional desenvolvida como trabalho e a sua remuneração^{2,8}. É importante conhecer a ocupação do grupo pesquisado. Neste estudo foi evidenciado que apenas 87 sujeitos (43,5%) exerciam algum tipo de atividade profissional remunerada, sendo que a expressiva maioria o fazia de maneira informal. Declararam encontrar-se desempregados 60 sujeitos (30%). Do montante de indivíduos que informaram desenvolver atividades remuneradas, estas eram basicamente atividades de baixa remuneração salarial, envolvendo trabalhos como: agente de portaria, agente de saúde, carpinteiro, pedreiro, vendedor ambulante, babá, costureira, mecânico de bicicleta, dentre outros. Quanto à carga horária, a média de horas trabalhadas obtida foi de 8,4 horas (DP=3,0; CV=35,7%).

Considerada a prevalência de hipertensos³ segundo a média aritmética de duas medidas de valores pressóricos, 58 sujeitos (29%) foram considerados hipertensos. Destes, 32 (55%) desconheciam a condição de hipertenso.

Tabela 2 - Distribuição de indivíduos hipertensos quanto ao conhecimento de sua condição em uma comunidade da periferia de Belém do Pará, 2002 (n=58)

Variáveis	n	%
Sem conhecimento do diagnóstico	31	55
Com conhecimento do diagnóstico	25	43
Não souberam informar	1	2
TOTAL	58	100

Tabela 3 - Distribuição de hipertensos quanto a condutas adotadas para o tratamento da hipertensão arterial em indivíduos de uma comunidade de Belém do Pará, 2002 (n = 25)

Condutas no tratamento	n	%
Abandonaram o tratamento	12	48
Realizaram o tratamento	10	40
Não realizaram tratamento	3	12
TOTAL	25	100

Tabela 4 - Motivos para a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial em indivíduos de uma comunidade de Belém do Pará, 2002 (n=12)

Razões para não adesão ao tratamento	n	%
Desinteresse	5	41,6
Normalização da pressão	2	16,6
Ausência de sintomas	2	16,6
Outras razões	3	25,0
TOTAL	12	100,0

Dos 58 indivíduos considerados hipertensos, 32 (55%) desconheciam os níveis pressóricos. Quanto aos que, de alguma forma, já tinham sido informados sobre a condição de hipertensos, 12 (48%) indivíduos haviam iniciado o tratamento, mas, posteriormente abandonaram-no e 10 (40%) informaram realizar algum tipo de tratamento para a hipertensão.

Dentre as razões para a não adesão ao tratamento, considerando-se 12 sujeitos, o desinteresse foi a causa principal, declarado por 5 sujeitos (41,6%). A ausência de sintomas e medidas normais de valores pressóricos, foi referida por 4 indivíduos (33,3%), dentre aqueles considerados hipertensos.

Buscando identificar como cotidianamente vivenciavam o cuidado à saúde, mais particularmente obter dados sobre a hipertensão arterial, embora a maioria dos entrevistados tivesse informado desconhecer questões referentes à doença, as respostas obtidas no estudo foram agrupadas em duas categorias: Categoria I - O

conhecimento sobre a doença envolve alterações corporais; e II – A prevenção da hipertensão está associada a práticas alimentares e ao controle emocional.

Categoria I - O conhecimento sobre a doença envolve alterações corporais

Alguns participantes do estudo demonstraram conhecimento a respeito da doença, baseados em conhecimentos de senso comum e nos sinais e sintomas apresentados durante os episódios de hipertensão arterial.

Fragmentos dos discursos:

"Sei que é problema de coração, tendo a morte como consequência". "A pessoa apresenta escurecimento da vista, tonteira, dor de cabeça forte. Sei que é assim. É assim que eu sinto". "É quando o sangue da gente ferve, então a pressão aumenta muito". "É uma doença que causa derrame. É muito grave".

Pelos depoimentos foi evidenciado pouco conhecimento científico acerca da hipertensão. Neste sentido, sugere-se o desenvolvimento de programas educativos para orientações e esclarecimento sobre os agravos e os fatores de risco contribuintes à hipertensão arterial, sendo necessário maior enfoque a esta temática pelos serviços de saúde pública.

Categoria II - A prevenção da hipertensão está associada a práticas alimentares e ao controle emocional

Fragmentos dos discursos:

"Ter uma alimentação saudável". "Não comer comida muito gordurosa e também evitar comida salgada. Acho que assim ajuda a não ter pressão alta". "Acho que tem que evitar o estresse". "Não sei, mas creio que não se aborrecer, evitar o estresse pode prevenir". "Eles têm que fazer caminhadas, evitar gorduras, doces e sal."

Pela análise das respostas foi observado que a prevenção da doença é mais conhecida e difundida popularmente do que a própria doença em si. Demonstrado também que a doença pode ser evitada com algumas medidas e cuidados tomados diuturnamente, tendo sido creditada ao consumo de alimentos pouco gordurosos e com pouco sal, à manutenção de hábitos saudáveis, redução dos níveis de estresse e ao controle emocional, medidas adequadas para o controle da pressão arterial em níveis satisfatórios. As atividades físicas também foram

consideradas medidas preventivas importantes para a manutenção da pressão arterial em níveis normais.

Quanto às características sócio-demográficas da população estudada, houve predominância de indivíduos do sexo feminino, jovens (20 a 39 anos) e da cor parda, classificados como pessoas de baixo poder aquisitivo e nível sociocultural. Estes dados correspondem e se justificam pelas características regionais do local onde foi desenvolvida a pesquisa, embora contradizendo a literatura, cujo predomínio da hipertensão arterial ocorre em indivíduos da raça negra^{5, 8, 12}. Este fato pode estar relacionado à diferença nas respostas às drogas anti-hipertensivas. Indivíduos da raça negra são menos sensíveis aos beta-bloqueadores e inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA), assim como têm menores níveis plasmáticos de renina e angiotensina^{5, 8, 12}. O índice de prevalência de hipertensão pode variar numa mesma população de determinada origem conforme a ocorrência de migrações. O ambiente é um importante fator determinante³.

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão, destes 3,5 milhões são crianças e adolescentes. Diversos estudos identificaram a prevalência da hipertensão juvenil. A medida da pressão arterial deve ser avaliada em todas as consultas médicas a partir de três anos de idade, preconizam as diretrizes da SBH⁵.

No estudo, a prevalência de hipertensão arterial estimada em 29% foi relacionada a baixo nível sócio econômico dos indivíduos estudados, a falta de conhecimento específico e adesão ou não ao tratamento.

Na relação entre as variáveis sócio-demográficas e os fatores de risco, prevaleceu associação estatisticamente significativa entre hipertensão arterial e as variáveis: idade, situação conjugal e IMC. Quanto à idade, embora haja consenso entre pesquisadores sobre o aumento da pressão arterial com a idade, esta ocorrência não é somente fisiológica^{2, 10}. Portanto, é importante considerar a prevenção um fator essencial para a obtenção de níveis satisfatórios ou ótimos de pressão arterial.

Quanto à adesão ao tratamento, agravos à saúde decorrem quando a doença apresenta-se em estágio avançado, uma vez que seus efeitos se mostram mais tardiamente, e o abandono ao tratamento poderá acarretar

sérios danos à saúde. Embora haja reconhecimento da hipertensão como uma entidade de prevalência elevada, seu tratamento precisa ser melhorado. Apesar de devidamente diagnosticados, apenas 50% dos pacientes utilizam medicação de forma regular. Fato atribuído principalmente ao caráter assintomático da hipertensão durante os 15 a 20 primeiros anos de evolução da doença, e a dificuldade para conscientizar o paciente do perigo potencial a que está exposto e mudanças no estilo de vida, mas principalmente, da necessidade de utilizar as medicações prescritas^{5, 10}.

No Brasil estudos revelaram que 50,8% das pessoas tinham conhecimento da doença, enquanto portadores de hipertensão arterial, 40,5% realizavam tratamentos regulares e apenas 10,4% obtinham controle satisfatório da doença². As taxas de controle inferiores a esses índices foram associadas a idade avançada, obesidade e baixo nível educacional³. Embora complexa, a falta de adesão ao tratamento pode ser melhorada com a redução do número de medicamentos anti-hipertensivos ingeridos diariamente.

Devem ser adotadas estratégias para elevar a motivação do paciente ao tratamento com a implantação de intervenções por meio do desenvolvimento de programas de educação ao paciente, treinamento para automedida da pressão arterial e visitas domiciliares regulares, além de programas de educação continuada sobre cuidados em hipertensão arterial destinados à equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento de pacientes hipertensos⁴.

É importante também a conscientização para o autocuidado enquanto condição importante no tratamento e manutenção da saúde. Observou-se, neste estudo, que dos indivíduos que haviam previamente sido diagnosticados como hipertensos, assim como os diagnosticados durante a coleta de dados, alguns relataram não ter seguido adequadamente as orientações para o tratamento, embora outros, mesmo tendo iniciado o tratamento, posteriormente abandonaram-no.

O autocuidado é definido como sendo "o conjunto de práticas exercidas por uma pessoa, no sentido de conservar-se sadia, de recuperar sua saúde ou minimizar os efeitos de uma doença sobre sua vida"¹³. Os profissionais da área da saúde, particularmente, os enfermeiros, devem

esclarecer, orientar e oportunizar condições para que a população, em geral, adote o autocuidado visando manter bons hábitos de saúde.

Educação em saúde e esclarecimentos sobre as práticas de saúde envolvem basicamente a conscientização. Aumentar a conscientização da população sobre os agravos, sua prevenção e as ações terapêuticas, assim como melhorar a qualidade assistencial de enfermagem, são medidas estratégicas a serem adotadas pelos enfermeiros no processo assistencial. É fundamental envolver os familiares da pessoa hipertensa em programas educacionais e no compartilhamento dos problemas de saúde, a fim de evitar a exclusão e a dependência, em obediência aos preceitos éticos e bioéticos, contemplando dessa forma, a alteridade, a equidade e a autonomia pessoal.

Quanto ao aspecto emocional, pessoas submetidas a estresse emocional prolongado, freqüentemente apresentam hipertensão arterial transitória, porém ao longo do tempo, pode tornar-se permanente. O estresse ativa o sistema nervoso simpático, contribuindo para a patogênese da hipertensão^{14, 15}.

Pelos filtros afetivos pessoais, os quais constituem o sistema de avaliação através do qual a pessoa sente e valoriza sua existência, as circunstâncias e situações atuais serão julgadas como sendo mais ou menos ameaçadoras e exigirão maior ou menor esforço de adaptação, maior ou menor intensidade e duração das respostas adaptativas. A pessoa valorizará como mais traumático ou menos traumático os seus conflitos íntimos, suas frustrações e sentimentos de perdas e, através das lentes da afetividade, o mundo intrapsíquico poderá se constituir ou não numa fonte de ameaças e sofrimento. Os agentes estressores incluem a estrutura e os conflitos intrapsíquicos, frutos da personalidade e história de vida. Atualmente crê-se que, além desse traço hostil reprimido, o hipertenso possa apresentar também, afetividade depressiva, dependência dissimulada, passividade, sentimentos pessimistas e dificuldade para externar emoções¹⁵.

As emoções influem sobre a saúde e a doença através das propriedades motivacionais pessoais, pela capacidade de modificar as condutas saudáveis, tais como os exercícios físicos, a dieta equilibrada, o descanso, conduzindo muitas vezes a pessoa para condutas não saudáveis. A ansiedade, a tristeza e a raiva, quando em

níveis demasiadamente intensos, ou freqüentes e mantidas por um tempo longo, tendem a gerar mudanças na conduta, a ponto de determinar atitudes não sadias, como por exemplo, o tabagismo, uso de álcool, sedentarismo, apatia, falta de exercícios, transtornos alimentares (hipo ou hiperfagia) e, por conseqüência, prejudicar os níveis da pressão arterial^{14, 15}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foram detectados, após análise, falta de conhecimento geral e específico sobre a hipertensão arterial. Prevaleceu o conhecimento de senso comum, porém insuficiente para o controle e diminuição dos valores da pressão arterial e adesão ao tratamento. Aspectos necessários à prevenção da doença, incluem a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e participação no tratamento. Embora citados pelos sujeitos do estudo, estes fatores ainda não são bem compreendidos e vivenciados cotidianamente. Fato atribuído à baixa condição sócio-econômica e cultural e a pouco conhecimento sobre a doença e o tratamento.

Portanto, deve-se preparar e instrumentalizar melhor os profissionais da área da saúde, especificamente os enfermeiros, para as metas de prevenção e promoção à saúde, visando diminuir os índices de hipertensão arterial no Estado do Pará. Reitera-se a importância da capacitação dos agentes de saúde nessa comunidade para melhor atuarem e concorrerem para a melhoria da qualidade de vida a essa população.

Motivar e estimular os indivíduos a alterarem hábitos pessoais e o estilo de vida, assim como melhorar as condições ambientais através de princípios de promoção à saúde e desenvolvimento da auto-responsabilidade é essencial. Quando o indivíduo reconhecer que somente ele é responsável pelo controle de sua vida e que suas escolhas determinarão seu estilo de vida, conscientizar-se-á que pode promover a saúde pessoal, e concorrer para a melhoria da saúde da família e da comunidade.

Quaisquer sejam as atividades fundamentais utilizadas na prevenção da hipertensão, ou nas atividades de promoção à saúde, deverão ser conhecidos e considerados os fatores que interferem na prevenção e adesão ao tratamento antihipertensivo. A enfermagem está inserida no grupo de profissionais cuja responsabilidade é desenvolver e

direcionar atividades de saúde e tratamento às doenças, visando o cuidado e bem estar do indivíduo, família e comunidade. A adesão ao tratamento não somente da hipertensão arterial, mas de outras patologias, é necessária, embora a mudança de hábitos de vida não se limite apenas às informações, mas ao bom uso da comunicação com vistas à conscientização. Qualidade comunicacional é indispensável ao processo assistencial em saúde.

Primordial também, considerar o conhecimento pessoal e o compartilhamento entre os diferentes

profissionais e a pessoa hipertensa, bem como com os familiares desta para adequada intervenção ao processo saúde-doença, visando à promoção de mudanças e à melhoria da qualidade de vida. Adequada e consistente troca de informações, respeito às crenças, valores e normas, orientações positivas e efetivas à pessoa podem promover e contribuir para melhor conscientização e a adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Hipertensão arterial sistêmica. Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF); 2006. [acesso em 2007 set 8]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/cadernos_ab/documentos/abcd15.pdf
2. Mion D Jr, Pierin A, Krasiecic S, Matavelli LC, Santello JL. Diagnóstico da hipertensão arterial. *Rev Med Ribeirão Preto*. 1996; 29:193-198.
3. Mano R. Hipertensão arterial sistêmica: conceito atual. In: Mano R. Manual de cardiologia: temas comuns da cardiologia para médicos de todas as especialidades. [acesso em 2007 set 8]. Disponível em: <http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has.htm>
4. Fortes NA, Lopes MVO. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família. *Texto & Contexto Enferm*. 2004; 13(1):26-34.
5. Coelho EB, Nobre F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertensão*. 2006;1(13):51-54.
6. Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial [acesso em 2007 fev. 7]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>
7. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde. Brasília; 2005. [acesso em 2007 set 9]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2005.pdf
8. Sousa AI. A visão das mulheres idosas em relação à atenção à saúde e o apoio social em uma localidade de baixa renda do Rio de Janeiro. [Tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
9. Diniz MIC. Educação para o cuidado do paciente diabético. In: Braga WRC. Clínica médica: diabetes mellitus. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2001.
10. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletrônica de Enferm*. 2006;8(2):259-72.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
12. Monteiro CA, Iunes RF, Torres AM. A evolução do país e de suas doenças: síntese, hipóteses e implicações. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec; 1995.
13. Car MR, Egry EY. Dialética do processo de trabalho da liga de hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(2):297-309.
14. Mac Fadden MAJ, Ribeiro AV. Aspectos psicológicos e hipertensão arterial. *Rev Ass Med Bras*. 1998; 44(1):4-10.
15. Ballone GJ. Da emoção à lesão. [acesso em 2007 set 9]. Disponível em: <http://www.gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/raiva.html>

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA¹

PRENATAL ASSISTANCE IN FAMILY HEALTH PROGRAM

ASISTENCIA PRENATAL EN EL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA

Edmara Aparecida San Felice, Eliana Fátima Müller*, Fernanda Dardani*, Karina Martins Molinari Morandin**, Luzia Urbano****

Resumo

A assistência pré-natal propiciada pelo Programa de Saúde da Família (PSF) deve estar integrada as atividades de educação e promoção em saúde e incorporar, além dos desconfortos comuns na gestação, a preparação para o parto e cuidados com o bebê. O estudo teve por objetivo identificar os desconfortos e expectativas vivenciadas na gravidez pelas gestantes cadastradas no PSF de uma cidade do interior do Estado de São Paulo bem como identificar as orientações recebidas pelas gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido. Foram entrevistadas através de visita domiciliar, 14 gestantes durante os meses de agosto e setembro de 2004. O instrumento de avaliação foi estruturado para um estudo exploratório de natureza descritiva. Os desconfortos prevalentes foram: aumento da frequência urinária (93%), oscilação do humor (86%) e ansiedade (71%). Quanto às orientações, 29% afirmaram não ter recebido nenhuma orientação quanto aos desconfortos do período gestacional. Sobre as expectativas vivenciadas em relação à gravidez, 21% relataram que a gestação não fora planejada. Com relação aos cuidados com o recém nascido 58% declararam não ter recebido nenhum tipo de orientação pela equipe de saúde. Esses achados sustentam a importância e a necessidade do trabalho assistencial de enfermagem sistematizado e a elaboração de programas educativos pelos profissionais da área da saúde, sobretudo os enfermeiros, visando esclarecer dúvidas, orientar, oferecer segurança e qualidade aos cuidados à gestante no período gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Assistência Pré-Natal. Programa Saúde da Família. Gravidez.

Abstract

The prenatal care offered by the Family Health Program (PSF) must be integrated to educational activities and the promotion of health and incorporate, besides discomfort common in pregnancy, preparation for the birth and care of the baby. The study was aimed at characterizing the pregnant profile related to the obstetric and social economics aspects; identifying the discomfort and expectations lived in pregnancy. All cases were registered in the PSF of a city in the interior of the state of Sao Paulo and the guidelines received by pregnant on the care with the newly born were also identified. Interviews were done through home visits with 14 pregnant during August and September 2004. The instrument of evaluation was structured to descriptive study with exploratory nature. The prevalent discomforts were: increased urinary frequency (93%), oscillation of humor (86%) and anxiety (71%). As for the guidelines, 29% stated that they had not received any guidance to discomfort during the gestational period. Regarding lived expectations related to pregnancy, 21% reported that the pregnancy was not planned. With regard to the care with the newly born 58% reported not having received any kind of guidance by the health team. These findings support the importance and the necessity of the work of nursing care and the systematic development of educational programs for health professionals, particularly nurses, to clarify doubts, guide, offer safety and quality care to pregnant woman during gravidic – puerperal period.

Keywords: Prenatal Care. Family Health Program. Pregnancy.

Resumén

La asistencia prenatal propiciada por el Programa de Salud de la Familia (PSF) debe estar integrada a las actividades de educación y promoción en la salud e incorporar, además de las incomodidades comunes en el embarazo, la preparación para el parto y cuidados con el bebé. El estudio tuvo por objetivo caracterizar el perfil de las gestantes relacionadas a los aspectos socioeconómicos y obstétricos; enumerar las incomodidades y expectativas vividas en el embarazo por las gestantes empadronadas en el PSF de una ciudad del interior del Estado de São Paulo como también identificar las orientaciones recibidas por las gestantes sobre los cuidados con el recién-nacido. Se entrevistaron a través de visita domiciliar, 14 gestantes durante los meses de agosto y septiembre de 2004. El instrumento de evaluación se ha estructurado para un estudio de exploración de naturaleza descriptiva. Las incomodidades prevalentes han sido: aumento de la frecuencia urinaria (el 93%), oscilación del humor (el 86%) y ansiedad (el 71%). En cuanto a las orientaciones, el 29% afirmó no haber recibido ninguna orientación en cuanto a las incomodidades del período de gestación. Sobre las expectativas vividas en cuanto al embarazo, el 21% relató que el embarazo no había sido planeado. En cuanto a los cuidados con el recién-nacido el 58% declaró no haber recibido ningún tipo de orientación por el equipo de salud. Estas cifras sostienen la importancia y la necesidad del trabajo asistencial de enfermería sistematizado y la elaboración de programas educativos por los profesionales del área de la salud, sobre todo los enfermeros, visando aclarar dudas, orientar, ofrecer seguridad y calidad en la asistencia a la gestante en el período del embarazo puerperal.

Palabras Clave: Atención Prenatal. Programa Salud de la Familia. Embarazo.

*Enfermeiras graduadas pela Faculdade de Enfermagem de Catanduva - Catanduva - SP.

**Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP – Escola Paulista de Medicina e professora auxiliar das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva - SP.

***Enfermeira, Doutora em Sociologia pela Universidade de Saúde Pública - UNESP - Araraquara SP.

¹ Artigo originado de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Enfermagem de Catanduva-SP.
Contato: karinamolinar@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Na história da Saúde Pública no Brasil, a assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e especial na atenção à saúde materno-infantil. No Brasil, indicadores de saúde considerados importantes, como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal persistem com índices preocupantes. Nesse contexto, motivam o surgimento de políticas públicas que focalizem o ciclo gravídico-puerperal.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) cujo enfoque é priorizar as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua¹.

Esse programa visa à necessidade de reformulação do modelo assistencial de saúde vigente e garantir assim, o direito à saúde, constitucionalmente adquirido em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste processo, a estratégia do PSF é reestruturar o modelo assistencial dominante: ainda hospitalocêntrico, individualista e de baixa resolutividade, a partir de atenção básica, melhorando assim, a assistência à saúde da população em geral, inclusive a pré-natal².

No âmbito da saúde da mulher, uma das ações prioritárias da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), editada pelo MS em 2001, é definir as áreas estratégicas mínimas para a atenção básica nos municípios³. Dessa forma, o acompanhamento pré-natal vem atingindo um grupo cada vez maior de mulheres, visando contribuir para a diminuição significativa da mortalidade materna e infantil.

A mortalidade materna ainda hoje constitui um grave problema de saúde pública. No Brasil, a estimativa é de 63,8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Taxa ainda considerada extremamente alta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma vez que nos países desenvolvidos oscila em torno de 10/100.000⁴.

A constatação de que 98% dos óbitos poderiam ser evitados por melhor qualidade na assistência durante o período pré-natal e parto, depõe a favor da atuação de profissionais comprometidos, aprimorados e qualificados, já que 95% dos partos no Brasil são realizados em hospitais⁴.

O controle pré-natal, segundo recomendações de organismos oficiais de saúde, deve ter cobertura universal,

ser realizado de forma periódica e estar integrado às demais ações preventivas e curativas. Envolver, no mínimo, seis consultas pré-natais para uma gestação a termo em gestantes sem fatores de riscos detectados, e início precoce, até o quarto mês de gestação, com intervalos entre duas consultas, não ultrapassando a oito semanas⁵.

É durante o pré-natal que se identificam as gestações de alto-risco, a aloimunização pelo fator Rh, problemas relacionados à sífilis, anemia, profilaxia da toxemia tardia da gravidez. O pré-natal também contribui para a erradicação do tétano neonatal mediante a vacinação antitetânica da gestante⁵.

Quanto à mãe, particularmente em países com baixo poder aquisitivo como o Brasil, cuja assistência médica, por vezes é precária, a assistência à gestante propiciada pelo PSF, integrada às ações educativas desenvolvidas, constitui-se em um instrumento importante para em tempo, identificar as alterações patológicas que podem repercutir na saúde da gestante e do feto.

Cada mulher vivencia de forma distinta as mudanças físicas e emocionais do período gestacional. Tais alterações podem gerar medos, dúvidas, angústias e fantasias. A possibilidade de compartilhar experiências e conhecimentos, entre as gestantes e a equipe de saúde, é considerada uma forma adequada para promover a compreensão do processo gestacional⁵.

Encontros educativos, além de estabelecerem laços afetivos entre os profissionais da saúde e as gestantes, contribuem para amenizar também as angústias e expectativas das gestantes, causadas muitas vezes pelo desconhecimento referente a esse período.

A gestação constitui-se num período de profundas e rápidas adaptações do organismo materno e, conseqüentemente, ocasiona desconfortos que geram queixas muitas vezes expressas por grande número de mulheres. Isto ocorre, principalmente, na primigestação, onde tudo é novo e, portanto, desconhecido.

Queixas comumente freqüentes no período gestacional são: náuseas e vômitos, pirose, mericismo, sialorréia, constipação, tonturas e vertigens, palpitações, dor precordial, sonolência e insônia, câimbras, lombalgias, instabilidade emocional, astenia, depressão, leucorréia, polaciúria e pruridos. Raramente estes distúrbios têm uma patologia definida, caracterizando entidade nosológica. No

entanto, constituem desconfortos físicos e emocionais e requerem tratamento adequado⁶.

Quanto à assistência no período pré-natal, foi observado na vivência em campo, em estágios de ensino clínico, que as gestantes recebiam pouca ou nenhuma informação sobre as queixas e expectativas no período gestacional, bem como quanto aos cuidados a serem desenvolvidos com ela e o bebê.

A assistência de enfermagem para os aspectos físicos e emocionais às gestantes, a partir do esclarecimento de suas dúvidas, minimiza desconfortos, as dimensões dos temores e da ansiedade. É necessário despertar nas gestantes maior interesse e importância para o desenvolvimento de cuidados nesse período, para ambos, mãe e filho, e contribuir para diminuição dos elevados índices de morbimortalidade materna e perinatal.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Caracterizar o perfil das gestantes relacionadas aos aspectos sócio-econômicos e obstétricos.

Objetivos Específicos:

- Enumerar os desconfortos e as expectativas em relação à gravidez e ao parto, manifestados no período gestacional por gestantes atendidas por uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) de um município do interior do Estado de São Paulo;
- Identificar as orientações recebidas pelas gestantes sobre os cuidados com o recém-nascido.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo exploratório, de natureza descritiva tipo survey, realizado em uma unidade de PSF de um município do interior do Estado de São Paulo. A equipe desta unidade era composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pelo atendimento a 995 famílias cadastradas no Programa.

Estudos surveys descritivo/exploratório coletam descrições detalhadas de variáveis existentes e usam dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde. Buscam informações sobre as características dos sujeitos e do grupo estudado, situações

e frequência de ocorrências de um fenômeno. Os dados da pesquisa survey podem ser coletados por um questionário ou entrevista, podendo os pesquisadores investigar pequenas ou grandes amostras de populações definidas⁷.

Foram incluídas no estudo todas as gestantes cadastradas na unidade, totalizando 14 gestantes para a amostra e a coleta de dados efetuada nos meses de agosto a setembro de 2004.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizaram-se as entrevistas por meio de um formulário semi-estruturado, contendo perguntas fechadas tipo *check list* e algumas abertas, possibilitando à população do estudo manifestar suas expectativas e desconfortos em relação à gravidez e ao parto.

Os dados quantitativos obtidos no estudo foram submetidos à análise estatística, apresentados descritivamente, por meio de quadros e tabela com percentuais estatísticos. As perguntas abertas tiveram suas respostas agrupadas em categorias e subcategorias. Ao todo, foram cinco categorias: 1. Expectativas apresentadas em relação à gravidez, 2. Expectativas vivenciadas em relação ao parto, 3. Escolha quanto ao tipo de parto, 4. Justificativas pela escolha e opinião em relação ao aleitamento materno, 5. Informações relatadas pelas gestantes acerca dos cuidados com o coto umbilical.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo, foram contemplados três aspectos importantes: a caracterização sócio-econômica e obstétrica das gestantes; a enumeração dos desconfortos e expectativas com relação à gravidez, ao parto e as orientações relacionadas aos cuidados com o recém-nascido.

Caracterização sócio-econômica e obstétrica das gestantes

A caracterização identificou as variáveis: grupo etário, procedência, situação conjugal, nível de escolaridade, ocupação, renda familiar, moradia, história obstétrica, paridade, trimestre em que se encontrava a gestante no momento do estudo, mês de início do pré-

natal e o local de acompanhamento durante o período pré-natal, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição simples e percentual das variáveis sócio-econômicas das gestantes em acompanhamento num PSF de um município do interior do Estado de São Paulo - 2004

VARIÁVEIS	N	%
Grupo etário		
15-20 anos	7	50
20-25 anos	5	36
25-30 anos	2	14
Total	14	100
Procedência		
Região Sudeste	11	79
Região Nordeste	2	14
Região Centro-Oeste	1	7
Total	14	100
Situação conjugal		
Com companheiro fixo	11	79
Sem companheiro	3	21
Total	14	100
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	3	21
Ensino fundamental incompleto	9	65
Ensino médio completo	1	7
Analfabeta	1	7
Total	14	100
Atividade laboral		
Do lar	14	100
Total	14	100
Renda familiar		
1 a 2 salários mínimos	6	43
1 salário mínimo	5	36
Menos de 1 salário mínimo	3	21
Total	14	100
Tipo de moradia		
Casa própria	7	50
Aluguel	4	29
Outros	3	21
Total	14	100

Na caracterização sócio-econômica do grupo de gestantes estudado, observou-se que metade das adolescentes tinha faixa etária entre 15 e 20 anos. Este fato é relevante, pois o aumento da incidência de gravidez na adolescência representa um desafio à assistência obstétrica, constituindo um problema de saúde pública. A gravidez em idade precoce, envolvendo mulheres com idade inferior a 18 anos, é um dos fatores de risco que

aumentam a frequência de problemas de saúde no desenvolvimento natural da gestação, cuja repercussão pode atingir o feto ou a própria gestante, além de aumentar as complicações e os índices de mortalidade⁸.

Vários fatores concorrem para a gravidez na adolescência, uso incorreto ou não utilização de métodos anticoncepcionais, incluindo a não utilização de medidas preventivas para as doenças sexualmente transmissíveis, além da liberação sexual sem a devida responsabilização pelas conseqüências, influência relacionada à mídia, fatores sociais e familiares. Atualmente, o risco de gravidez precoce entre as adolescentes é muito maior do que nas décadas anteriores⁹.

Para a variável situação conjugal, observou-se que grande parcela das gestantes entrevistadas, 79% (11) possuíam relações conjugais estáveis, o que favorece a interação dos pais com o recém nascido. A ausência paterna, em muitos casos, é um fator gerador de ansiedade e insegurança para a mãe, podendo influenciar negativamente o comportamento da gestante.

O estado civil e a instabilidade nas relações conjugais têm sido apontados como fatores de risco para a natimortalidade, quando relacionada a uma menor prevalência da mortalidade infantil e perinatal dentre as mulheres casadas¹⁰.

Quanto ao nível de escolaridade, é importante ressaltar que no estudo apenas 7% (1) havia concluído o ensino médio, enquanto 93% (13) haviam freqüentado a escola por aproximadamente 8 anos. Fator muitas vezes contribuinte para aparecimento de situações potencialmente de risco, tanto para as gestantes, quanto para os recém-nascidos.

A baixa escolaridade materna está associada também a um maior risco de mortalidade materna, morte fetal, partos prematuros e a baixo peso do nascituro. As gestantes com menos de 8 anos de escolaridade, analfabetas ou apenas com o ensino fundamental apresentam 1,5 vezes mais chance de terem recém-nascidos de baixo peso^{11, 12}.

Associação às vezes relacionada a baixo padrão sócio-econômico das gestantes e, possivelmente, a dificuldades de acesso aos serviços de pré-natal, falta de qualidade assistencial durante o período gestacional, ou ainda, ao início tardio no programa pré-natal. Fatores concorrentes para menor ganho de peso na gestação¹².

Para a variável atividade laboral, foi observado que todas as gestantes desenvolviam atividades no próprio lar e declararam, também, não exercerem nenhuma atividade remunerada. Reitera-se que os sujeitos do estudo, além de não terem renda própria através de atividade específica formal, teoricamente não seriam contemplados pelos benefícios da Previdência e Assistência Social como a licença gestante, o auxílio natalidade e a licença amamentação.

Como parcela significativa da amostra de gestantes se encontrava na adolescência, suas perspectivas de instrução e de emprego, em detrimento da gravidez precoce, são limitadas. Também, considerou-se que as futuras mães teriam maior disponibilidade para a prática do aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, uma vez estimuladas durante o período pré-natal.

Quanto à variável renda familiar, 57% (8) declararam receber valores relativos a um salário mínimo ou renda inferior, evidenciando-se assim, baixo poder aquisitivo familiar. Embora existam desigualdades sociais e diferenças quanto ao acesso à educação e aos serviços de saúde, se todas as gestantes recebessem cuidados e orientações com qualidade no atendimento pré-natal, as desigualdades em saúde poderiam diminuir significativamente.

Quadro 2 - Distribuição simples e percentual das variáveis obstétricas das gestantes em acompanhamento num PSF de um município do interior do Estado de São Paulo - 2004

VARIÁVEIS	N	%
Condição gestacional		
Múltiparas	11	79
Primíparas	03	21
Total	14	100
Trimestre gestacional		
1º trimestre	2	14
2º trimestre	8	57
3º trimestre	4	29
Total	14	100
Início do acompanhamento pré-nat:		
1º mês	6	43
2º mês	4	29
3º mês	3	21
6º mês	1	7
Total	14	100
Local do pré-natal		
UBS	5	36
USF	8	57
Convênio particular	1	7
Total	14	100

O Quadro 2 mostra as variáveis obstétricas do estudo. Com relação à paridade, foi constatada uma parcela significativa de gestantes múltiparas, 79% (11). O número de gestações também é considerado um fator de risco, uma vez que, quanto maior o número de gestações, maior o número de ocorrência de abortamento e patologias como placenta prévia, e as possibilidades para desencadear morte fetal ou agravos à saúde da mulher.

Quanto ao trimestre gestacional, na data da entrevista, 57% (8), encontravam-se no segundo trimestre gestacional e 43% (6) no primeiro e terceiro trimestre gestacional. Há importância em se conhecer o período em que as gestantes se encontram, pois o primeiro e o último trimestre são os períodos de maior prevalência dos desconfortos e patologias específicas da gestação, considerados, portanto, períodos de maior risco para a gestante¹³.

Embora a maioria das gestantes do estudo não tenha se enquadrado nesses períodos considerados de risco, é importante ressaltar a necessidade de qualidade no atendimento assistencial, devendo o profissional de saúde estar atento às possibilidades de ocorrência de riscos nesta fase.

Recomenda-se que o acompanhamento pré-natal seja iniciado no primeiro trimestre gestacional⁵. No estudo, 93% (13) das gestantes iniciaram o pré-natal neste período. Esse achado corrobora a necessidade de intensificação e captação precoce das gestantes na comunidade, a fim de garantir tempo hábil para a implementação das possíveis intervenções de saúde, aspecto essencial à segurança durante a assistência pré-natal⁵.

Quanto ao acompanhamento durante a gestação, 57% (8) realizaram o pré-natal em uma Unidade de Saúde da Família (USF), ao passo que 36% (5) realizaram em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), unidades filiadas ao PSF, sendo atendidas por médicos obstetras, enquanto uma (7%) referiu atendimento por convênio particular. Apesar de 43% (6) das gestantes não terem realizado o pré-natal na USF da área de abrangência, foram acompanhadas mediante visitas domiciliares do agente comunitário de saúde, atendendo assim um dos princípios do SUS: igualdade no atendimento².

Os desconfortos e as expectativas foram citados mais de uma vez durante a gestação e o parto pelas gestantes do estudo, conforme os dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição percentual dos sinais, sintomas e desconfortos referidos por gestantes atendidas no PSF de uma cidade do interior do Estado de São Paulo - 2004

Sinais, sintomas e desconfortos*	Porcentagem (%)
Aumento da frequência urinária	93
Oscilação do humor	86
Sensibilidade nas mamas	71
Ansiedade	71
Alterações no apetite	71
Azia	64
Sonolência	64
Cãibras	57
Labilidade emocional	57
Cefaléia	57
Vômitos	50
Náuseas	50
Aumento da secreção vaginal	43
Estrias	43
Aumento do peso	36
Constipação	36
Salivação excessiva	21
Veias varicosas	21
Aumento da pressão arterial	21
Diminuição da concentração	21
Edema de membros inferiores	14

Modificações anatômicas e fisiológicas na gravidez ocasionam desconfortos a gestante, contudo, consideradas normais na gravidez saudável⁶. Durante a gestação, as alterações fisiológicas no organismo da mãe acarretam distúrbios e desconfortos, muitos dos quais necessitam apenas de orientações específicas dos profissionais de saúde⁶.

Neste estudo, 57% (8) das gestantes relataram ter recebido orientações sobre os desconfortos na gestação dos profissionais da área médica, 14% (2) dos agentes comunitários de saúde, enquanto 29% (4) referiram não ter recebido nenhum tipo de orientação.

Em um estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro, as gestantes relataram que a equipe de saúde não se importava com os sentimentos e as expectativas das gestantes, considerando tal fato uma negligência, pois são os aspectos mais estressantes da experiência gestacional. Na visão das gestantes desse estudo, embora a assistência estivesse sendo oferecida, houve falta de informação, suporte e compaixão, elementos considerados por elas como fundamentais nesse período, pois quando a gestante recebe informações sobre as modificações do seu organismo, e como fazer para diminuir esses inevitáveis desconfortos, sente-se bem cuidada¹⁴.

Dessa forma, proporcionar à gestante uma melhor compreensão das alterações fisiológicas, anatômicas e psicológicas do corpo feminino, minimizando as expectativas, angústias e o medo neste período tão especial da mulher é fundamental.

Desenvolver programas educativos, para esclarecimento e orientação as gestantes, poderá torná-las

agentes ativos, pessoas capazes de pensarem e agirem com relação a tudo o que ocorre com seu corpo, bem como para aplicar as orientações recebidas da equipe de saúde.

Os dados qualitativos, referentes às questões abertas foram analisados e algumas falas transcritas, segundo as categorias e subcategorias obtidas.

Categoria 1. **Expectativas apresentadas em relação à gravidez**

Subcategoria "Momento lindo na vida da mulher": "Pra mim a gravidez é um momento lindo na vida da mulher...", relatado por 64% (9) das gestantes entrevistadas.

Subcategoria "Gravidez não desejada ou não planejada": "Eu não esperava, tive depressão quando descobri...", referido por 21% (3).

Subcategoria "Fase de mudança": citada por 14% (2), embora sem a caracterização se positiva ou negativa: "Com certeza é uma fase de mudança, vida totalmente nova..."

Cada gestante vivenciou as transformações durante a gestação de maneira própria e subjetiva. Surpresa, dúvidas, medos e angústias permeiam essa incrível experiência, seja ela vivida pela primeira vez ou não. Algumas mulheres vivem sentimentos de plenitude, no entanto, outras vivenciam um estado de angústia.

Categoria 2. **Expectativas vivenciadas em relação ao parto**

Subcategoria "Momento de emoção": "Momento de felicidade quando ver a carinha do bebê...", falas semelhantes foram referidas por 43% (6) gestantes.

Subcategoria "Dor, tortura e medo": "É uma tortura, tenho muito medo...", também referido por 43% (6) gestantes.

Subcategoria "Falta de expectativas": "Não sei, nunca pensei nisso...", expressado por 14% (2) dos sujeitos.

Categoria 3. **Escolha quanto ao tipo de parto**

Nesta categoria foi observado que 64% (9) gestantes relataram ter preferência pelo parto normal, enquanto 36% (5) mulheres optaram por cesárea.

Subcategoria "Medo da recuperação no parto cesárea relacionado à dor e ao desconforto no período pós-operatório": "Porque é um momento de sofrimento só ali na hora...", manifestação de 28% (4) gestantes.

Subcategoria "Menor risco em relação ao parto cesárea": "Porque corre menos riscos...", citado por 14% (2) gestantes.

Subcategoria "Processo natural e preservação do período ideal para o nascimento": "Porque é normal, como diz a natureza...", relatado por uma gestante (7%).

Subcategoria "Preocupação com a estética relacionada à cicatriz da incisão cirúrgica": "Não precisa cortar a barriga e ficar com cicatriz...", manifestado por 7% (1).

Subcategoria "Expectativa em vivenciar outra via de parto", "Porque tenho vontade de experimentar o parto normal..." relatado por 7% (1) gestante.

As citações e justificativas quanto à escolha por parto cesárea, foram:

Subcategoria "Medo da dor no trabalho de parto, rapidez e segurança do parto cesárea": "Acho mais seguro, temo a dor do parto normal...", "Porque a cesárea é mais rápida e no parto normal sofre muito...", referido por 21% (3) das gestantes.

Subcategoria "Devido a recomendações médicas para realização do parto cesárea": "O médico falou que não posso fazer parto normal porque eu não tenho dilatação...", referido por 7% (1).

Subcategoria "Antecedente no parto cesárea": "Já tive uma cesárea e agora fazer parto normal é ruim...", apontado por 14% (2) das gestantes.

Para as justificativas alegadas quanto à escolha por parto cesárea, identificou-se que as gestantes tinham medo de sofrer dores durante o parto normal. No entanto, foram referidas a rapidez e a segurança do parto cesárea como justificativas para o mesmo.

A cesárea representa riscos de morte materna à população, cuja proporção é 2 a 11 vezes maiores quando comparada ao parto vaginal, além de oferecer riscos de infecção, embolia, hemorragia e acidentes anestésicos. A morbidade materna, nestes casos, é 5 a 10 vezes maiores que no parto vaginal. A cesárea apresenta ainda complicações como descolamento prévio da placenta, duas vezes mais freqüente em gestantes com antecedentes de cesárea anterior e acretismo placentário em diferentes graus. Quanto ao recém-nascido, o risco de prematuridade iatrogênica é maior, além do desconforto respiratório neonatal, dentre outros problemas indiretamente relacionados¹⁵.

Quanto aos cuidados com o recém nascido, foi incluída a opinião das gestantes nos seguintes itens: amamentação, conhecimentos acerca dos cuidados com o coto umbilical e orientações recebidas em relação aos cuidados com o RN. Para a amamentação do bebê foi referido por 57% (8) sujeitos que ela deve ser exclusiva nos primeiros 6 meses de vida, enquanto para 36% (5) exclusiva até os 3 meses e, após esse período,

amamentação mista, 7% (1) sujeito referiu aleitamento materno importante apenas no 1º mês de vida do bebê.

Categoria 4. Justificativas pela escolha e opinião em relação ao aleitamento materno

Subcategoria "Amamentação exclusiva nos primeiros seis meses como fator importante para a proteção e saúde do bebê": "É importante para a proteção da criança e é saudável...", relatado por 57% (8) das gestantes.

Subcategoria "Iniciar a alimentação mista após o terceiro mês de vida": "Porque sustenta mais a criança...", citado por 36% (5) dos sujeitos.

Subcategoria "A amamentação é importante apenas no primeiro mês de vida": "Porque se dá de mamã um mês e já tá bom...", referido por 14% (2) dos sujeitos.

A OMS recomenda a prática do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses e a manutenção do aleitamento materno acrescido de alimentos complementares até dois anos de vida ou mais.

Nesta fase do desenvolvimento gestacional é importante incentivar o aleitamento materno, já que podem surgir problemas no início da lactação, uma vez que muitas gestantes trazem conhecimentos prévios sobre o aleitamento, geralmente herdados de gerações anteriores, e que podem ocasionar entraves a sua adesão.

Nesta fase do desenvolvimento gestacional é importante incentivar o aleitamento materno, destacar o valor do leite materno e os problemas que podem ocorrer no início da lactação, pois muitas gestantes trazem conhecimentos prévios adquiridos sobre o aleitamento geralmente herdados de gerações anteriores, podendo haver entraves à adesão ao aleitamento materno.

É papel da equipe de saúde da família, sobretudo dos enfermeiros, desmistificarem mitos, oferecer esclarecimentos, informações e suporte às gestantes desde o início do acompanhamento pré-natal.

Categoria 5. Informações relatadas pelas gestantes acerca dos cuidados com o coto umbilical

Subcategoria "Dúvidas": "Limpa com cotonete, mas não sei com o que...", referidas por 36% (5) das gestantes.

Subcategoria "A não realização dos cuidados": "Nunca cuidei, quem cuida é minha mãe...", citado por 29% (4) dos sujeitos.

Subcategoria "Conceitos errôneos em relação à técnica correta": "Limpa com álcool e coloca esparadrapo...", referido por 14% (2) das gestantes.

Subcategoria "Desconhecimento quanto aos cuidados com o coto umbilical": "Não sei como cuidar...", 21% (2) dos sujeitos.

Foram incluídas também no estudo as orientações recebidas pelas gestantes em relação aos cuidados com o bebê. Do total de sujeitos da amostra, 37% (6) referiram ter recebido orientações de outras pessoas não pertencentes à área da saúde, 21% (3) das gestantes alegaram não ter recebido nenhum tipo de orientação sobre os cuidados com o bebê, e na mesma proporção, 21% (3) informaram ter recebido orientações de agentes comunitários de saúde; enquanto 14% (2) das gestantes afirmaram terem sido informadas pelo médico e 7% (1) pelo enfermeiro.

Dentre as mulheres que participaram da entrevista, uma parcela significativa afirmou não ter recebido orientação sobre a amamentação e os cuidados com o coto umbilical do recém-nascido.

Estes achados se contrapõem à proposta do Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PAISM). A assistência pré-natal se constitui em um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, cujo objetivo é promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a gestante e o conceito. Segundo os protocolos do MS, a educação em saúde é o aspecto mais importante a ser contemplado.

No estudo foi possível constatar que as mulheres, mesmo pertencentes a sistema de saúde, não tiveram acesso a conhecimentos científicos sobre amamentação e aos cuidados com o coto umbilical.

Embora os avanços científicos na área obstétrica sejam importantes para as mulheres e seus bebês, ainda se observa falta de humanização no atendimento a essa clientela. O período pré-natal é um momento oportuno para o oferecimento de orientações acerca dos processos que a mulher grávida está vivendo e irá viver, pois poderão encontrar-se interessadas e sensíveis à discussões¹⁶.

Os programas de saúde desenvolvidos por enfermeiros devem ser realizados mediante ações educativas organizadas e sistematizadas, visando ao estímulo e desenvolvimento do autocuidado das gestantes¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções necessárias para um bom resultado em quaisquer momentos da gestação devem estar integradas às atividades de educação e promoção de

saúde de forma que as gestantes incorporem conhecimentos e habilidades para o tratamento dos desconfortos comuns à gestação, a preparação para o parto e a criação do recém-nascido.

Os serviços de saúde no atendimento às mulheres, sejam públicos ou privados, devem garantir às mulheres, no período reprodutivo, segurança e resolução dos problemas e queixas, além de esclarecimentos às dúvidas e assistência de boa qualidade.

Os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, devem assumir o papel de educadores e compartilhar saberes, buscando desenvolver à mulher a autoconfiança, às vezes abalada por inseguranças vividas na gestação, parto e puerpério. O período pré-natal é uma boa oportunidade para a prevenção e a promoção da saúde.

Evidenciou-se pelo estudo que a assistência de enfermagem à mulher no período da gestação não tem oferecido atenção voltada à realidade vivenciada por elas, tendo em vista as necessidades identificadas e relatadas. O pré-natal e o nascimento foram considerados como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino.

A maioria das gestantes, até o momento da participação no estudo, não tinham conhecimento da importância do acompanhamento pré-natal enquanto um direito assegurado por lei. Quanto à qualidade da assistência oferecida, foi percebido que ainda existe falta de orientação e sensibilização por parte dos profissionais da saúde em relação às gestantes.

Também poderá haver falta de comprometimento dos próprios profissionais da saúde quanto aos cuidados com as gestantes e o bebê. É um dever dos serviços de saúde proteção à vida desde a concepção, gestação e nascimento, visando humanizar o atendimento à gestante. Dessa forma os profissionais da área da saúde devem assumir o papel de agentes transformadores na saúde e na sociedade.

O enfermeiro deve possuir conhecimento e aprimoramento e manter-se atualizado, para desempenhar também o papel de educador, aproveitando todas as oportunidades de contato com as gestantes para reforçar práticas saudáveis, corrigir hábitos que colocam a saúde em risco e, ainda, envolver a mulher na busca por melhor uma qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde dentro de casa. Programa de Saúde da Família. Fundação Nacional de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.
2. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional Básica de Saúde - NOAS-SUS 01/2001, Departamento de Imprensa Nacional/Ministério da Saúde /Diário Oficial da União, 2001.
4. Ministério da Saúde (BR). DataSUS. RIPSa. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e Dados Básicos, 2002. [acesso em 2007]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>
5. Ministério da Saúde (BR). Manual de assistência pré-natal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
6. Belfort P. Medicina preventiva: assistência pré-natal. In: Rezende J. Obstetria. 9ª. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. p.261-77.
7. LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001. p.111.
8. Dominguez BNR. Afecções da mãe e da criança. In: Dominguez BNR. O programa de saúde da família; como fazer. São Paulo (SP): Parma; 1998. p.87-94.
9. Maciel AA, Tanaka ACA. Condições de assistência à gestante e parturiente como fator de risco perinatal. Semina Biol Saúde. 1999;18-19(2):25-39.
10. Rouquayrol MZ, Correia LL, Barbosa LMM, Xavier LGM, Oliveira JW, Fonseca W. Fatores de risco de natimortalidade em Fortaleza: um estudo de caso-controle. J Pediatr. 1996;72:374-8.
11. Orach CG. Maternal mortality estimated using Sisterhood method in gulu district, Uganda. Tropical Doctor. 2000;30:72-4.
12. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. Cad Saúde Pública. 2001;17(4):1025-29.
13. Rezende J, Montenegro CA, Belfort P. Mortalidade materna e perinatal. In: Rezende J. Obstetria. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1357-65.
14. Domingues MSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(suppl): 52-62.
15. Silva JLP. O equilíbrio entre o parto vaginal e a cesárea na assistência obstétrica atual. Femina. 1998;26(8):669-73.
16. Roman AR. Efeitos de ações educativas desenvolvidas na assistência pré-natal: uma revisão integrativa de pesquisa. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1997.
17. Scochi CGS, Lima RAG, Delácio LB, Morais GR de. O conhecimento de puérperas sobre o cuidado com o recém-nascido: avaliação da influência da internação em uma maternidade de um hospital-escola. Rev Bras Enferm. 1992;45(1):36-43.
18. Conselho Federal de Enfermagem. Decreto que dispõe sobre o exercício da enfermagem. [acesso em 2004 jun 5]. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/_novoportal/section_int.asp?InfoID=26&EditionSectionID=14&SectionParentID=htm/

DIMENSIONAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA MÉDICO-CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO¹

SIZING OF NURSING TEAM AT THE MEDICAL-SURGICAL CLINIC OF A TEACHING HOSPITAL

DIMENSIONAMENTO DE LA EQUIPO DE ENFERMERIA EM LA CLÍNICA MEDICO-QUIRURGICA DE UM HOSPITAL DE EDUCACIÓN

Juliana Aparecida Machado Dias, Juliana Fachim*, Maria Angela Bruschi Daoglio*, Maria Regina Lourenço Jabur***

Resumo

O dimensionamento dos recursos humanos tem sido um desafio para a Enfermagem, pois seus aspectos quantitativos e qualitativos são responsáveis pela eficácia da assistência de enfermagem. Este estudo teve como objetivo geral, dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem para a unidade de Clínica Médico-Cirúrgica em um Hospital Escola e como objetivos específicos: aplicação do instrumento do sistema de classificação de pacientes de Perroca, visando classificar o grau de dependência dos pacientes em relação aos cuidados prestados; determinar o número absoluto de funcionários da equipe de enfermagem e comparar o quadro de pessoal existente com o projetado na pesquisa. Como método, utilizamos o dimensionamento de Gaidzinski e a Resolução COFEN nº. 293/2004. Este dimensionamento foi realizado na Clínica Médico-Cirúrgica em um Hospital Escola, e a coleta dos dados ocorreu no período de junho a julho de 2006. Neste estudo, 1492 leitos/dia foram observados, havendo uma prevalência de pacientes de cuidados mínimos (75,8%). A partir da metodologia aplicada, o número ideal de funcionários passou a ser de 9 enfermeiros e 19 auxiliares. Em comparação ao quadro atual de 4 enfermeiros e 21 auxiliares, percebeu-se uma necessidade de adequação relativa não só ao quantitativo de pessoal, mas também, uma melhor distribuição por categoria profissional.

Palavras-chave: Dimensionamento de pessoal. Equipe de Enfermagem. Administração em Saúde.

Abstract

The sizing of the human resources has been a challenge for nursing because their quantitative and qualitative aspects are responsible for the attendance quality. Our study had as general objective size the nursing staff for the unit of Medical-Surgical Clinic of a Teaching Hospital and as specific objectives: to apply the instrument of the classification system of patients of Perroca aiming at to classify the dependence degree related to the given cares; to determine the absolute number of employees of the nursing team and compare the existing personnel with the projected one in the research. As method, we used the sizing of Gaidzinski and the Resolution COFEN nº 293/2004. This sizing was carried out in the Medical-Surgical Clinic of Teaching Hospital, and the collection of data occurred in the period from June to July, 2006. In the study, 1492 beds/day were observed, having a prevalence of patients of minimum cares (75,8%). Through the applied methodology, the numbers of necessary workers were 9 nurses and 19 assistants. In the comparison with the current picture of 4 nurses and 21 assistants, we not only perceive a necessity of relative adequacy to the quantitative of staff, but one better distribution for professional category.

Keywords: Personnel Downsizing. Nursing, Team. Health Administration.

Resumen

El dimensionamiento de los recursos humanos ha sido un desafío a la enfermería, pues sus aspectos cuantitativos y cualitativos son responsables por la calidad en la atención. Este estudio tuvo como objetivo general, dimensionar el cuadro de personal de enfermería para la unidad de clínica médico-quirúrgica en un Hospital de Enseñanza y como objetivos específicos: Aplicación del instrumento del sistema de clasificación de pacientes de Perroca visando clasificar el grado de dependencia de los pacientes en relación a los cuidados prestados; determinando el número absoluto de los funcionarios del equipo de la enfermería y comparar el cuadro de las personas existentes con el proyectado en la investigación. Como método utilizamos el dimensionamiento de Gaidzinski y la Resolución COFEN nº 293/2004. Este dimensionamiento ha sido realizado en la Clínica médico-quirúrgica del Hospital Escuela Padre Albino, y la recolección de datos ocurrió en el período de junio a julio de 2006. En este estudio, 1492 lechos/día han sido observados, habiendo un predominio de pacientes con cuidados mínimos (75,8%). A partir de la metodología aplicada el número de ideal de funcionarios necesarios pasó a ser de 9 enfermeros y 19 auxiliares. En comparación con el cuadro actual de 4 enfermeros y 21 auxiliares se ha notado una necesidad de adecuación relativa no sólo al cuantitativo de personas, sino también una mejor distribución por categoría profesional.

Palabras Clave: Reducción de Personal. Grupo de Enfermería. Administración en Salud.

*Graduadas em Enfermagem pelas Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva - SP.

**Mestre e Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva - SP.

¹Artigo originado de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Enfermagem de Catanduva - SP.
Contato: mrl.jabur@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O termo administração de recursos humanos surgiu na década de 60, quando essa expressão passou a substituir as utilizadas no âmbito das organizações: administração de pessoal e relações industriais. É um ramo especializado da ciência da administração, que envolve as ações de recrutamento, seleção, treinamento, desenvolvimento, manutenção, controle e avaliação de pessoal, cujo objetivo visa a integração do trabalhador no contexto da organização e o aumento de sua produtividade¹.

Os recursos humanos em uma organização representam indivíduos que ingressam, aprimoram-se, permanecem e participam da organização, qualquer que seja seu nível hierárquico ou sua tarefa. Com capacidade potencial para aprender novas habilidades, captar informações, adquirir novos conhecimentos, modificar atitudes e comportamentos, bem como desenvolver conceitos e abstrações. Constituem o único recurso vivo e dinâmico da organização, dotado de uma vocação direcionada para o crescimento e desenvolvimento².

O mercado consumidor está cada vez mais exigente e consciente de seus direitos e assim como nas empresas, os hospitais e instituições de saúde, para se manterem em atividade, estão buscando novas tecnologias e se qualificando. Visando atender às exigências e satisfazer os clientes, busca-se dimensionar a quantidade de funcionários por categoria para suprir as necessidades assistenciais.

No Brasil, os aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos humanos têm chamado a atenção dos administradores, em especial, dos serviços de enfermagem, pelas implicações que o dimensionamento inadequado desses recursos causa no resultado da assistência prestada a clientela³.

O dimensionamento dos recursos humanos tem sido um desafio. É considerado complexo e fundamental na organização. Dimensionar o pessoal de enfermagem constitui a etapa inicial do processo de provimento de pessoal cuja finalidade é prever a quantidade de funcionários por categoria, requeridas para atender, direta ou indiretamente, as necessidades da assistência de enfermagem⁴.

A inadequação numérica e qualitativa dos recursos humanos da enfermagem pode lesar a clientela e também

comprometer, legalmente, a instituição pelas faltas que possam ocorrer⁵.

O dimensionamento de pessoal em enfermagem constitui uma atividade gerencial do trabalho de enfermagem, sendo reconhecido pela resolução 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, órgão que tutela o exercício da profissão⁶.

A Resolução COFEN 293/2004 estabelece o referencial mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem, incluindo todos os elementos que compõem a equipe, para as 24 horas de cada Unidade de Internação, bem como, refere ser necessária a aplicação do Sistema de Classificação de Pacientes e estabelece as horas de assistência de enfermagem para cada tipo de cuidado. Esta resolução ainda, define a distribuição percentual de profissionais de enfermagem por categoria profissional, auxiliares, técnicos e enfermeiros⁷.

Uma forma antiga de equacionar problemas administrativos e assistenciais, atualmente modernizada pelo sistema de classificação de pacientes por complexidade assistencial, visa identificar e individualizar os cuidados de enfermagem a pacientes com maiores necessidades, assegurando maior efetividade e produtividade do pessoal de enfermagem. Esse sistema é adotado em diversos hospitais, com resultados de melhor aproveitamento dos recursos materiais e humanos, além de uma assistência de enfermagem satisfatória para a equipe e o paciente⁸.

Esta classificação possibilita uma maior compreensão dos cuidados a serem prestados a cada paciente e baseada na complexidade assistencial, busca otimizar recursos e tempo.

Perroca estabeleceu um instrumento para classificação de paciente a partir do grau de dependência, para melhor dimensionar o pessoal de enfermagem⁹. O dimensionamento de pessoal pode ser realizado através das fases de reconhecimento da situação, caracterização da instituição, caracterização do serviço de enfermagem, caracterização da clientela, cálculo pessoal de enfermagem e avaliação dos resultados⁴.

Para realizar o dimensionamento, é importante a compreensão e a caracterização do tipo da instituição de saúde, da estrutura do serviço de enfermagem, devendo ser considerada a particularidade de cada serviço⁷.

A operacionalização do processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem requer a aplicação de um método, que envolva a carga horária de trabalho da unidade, medida através da utilização do sistema de classificação de pacientes; o tempo efetivo de trabalho do profissional e o índice de segurança técnica (férias, folgas, licenças)¹⁰.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem para a unidade de Clínica Médico-Cirúrgica de um Hospital Escola em um município do interior do Estado de São Paulo, e teve como objetivos específicos determinar o número absoluto de funcionários da equipe de enfermagem, através do método de dimensionamento de Gaidzinski¹⁰ e da Resolução COFEN 293/2004⁷; aplicar o instrumento do sistema de classificação de pacientes de Perroca⁹ comparando o quadro de pessoal existente, com os resultados encontrados no estudo.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido na Clínica Médico-Cirúrgica em um Hospital Escola. Tratou-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, de caráter descritivo e exploratório, empregando-se a metodologia do estudo de caso.

O método aplicado para o dimensionamento de pessoal foi o proposto por Gaidzinski¹⁰.

Para a obtenção do quantitativo de pessoal, através deste método, foi necessário seguir uma série de etapas. Duas destas etapas foram coletadas no campo do estudo: a caracterização do grau de dependência dos pacientes e as ausências não previstas pela equipe de enfermagem. O período da coleta dos dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2006.

A caracterização constituiu-se em uma primeira etapa de coleta dos dados na qual foi utilizado o instrumento de Perroca⁹.

O tempo de assistência de enfermagem foi determinado através da Resolução COFEN nº. 293/2004⁷, assim como o percentual por categoria profissional. Para a determinação do tempo produtivo, optou-se pelo percentual de 85% ($p= 0,85\%$) da jornada diária de trabalho¹¹.

O índice de segurança técnica foi obtido através de cálculos utilizando as equações propostas por Gaidzinski¹⁰.

O estudo foi realizado após autorização do serviço de enfermagem, e aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Catanduva. Os sujeitos que concordaram em participar do estudo, na primeira etapa relativa ao grau de dependência de assistência de enfermagem, assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido e pós-consentimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para realizar a classificação da dependência dos pacientes foram feitas observações diárias num período de 60 dias totalizando 1492 avaliações de leitos/dia, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Leitos/dia observados, leitos/dia vagos, pacientes impossibilitados e recusas, durante o processo de classificação de pacientes na Clínica Médico-Cirúrgica de um Hospital Escola em Catanduva de jun./jul. 2006.

Leitos	Nº.	%
Leitos observados	1492	71,9
Leitos vagos	459	22,1
*Impossibilitado	115	5,5
Recusas	8	0,4
Total	2074	100

***Impossibilitados:** pacientes que não se comunicam, inconscientes ou com idade inferior a 18 anos não acompanhados por um responsável

Na Tabela 1, foram avaliados 1492 leitos/dia correspondendo a 71,9% de leitos observados.

Tabela 2 – Média diária e categoria de cuidado de enfermagem na Clínica Médico-Cirúrgica de um Hospital Escola em um município do interior do Estado de São Paulo no período de jun./jul. 2006

	Categoria de Cuidado de Enfermagem				
	Intensivo	Semi-intensivo	Intermediário	Autocuidado	Total
Clínica Médico-Cirúrgica	Média diária	Média diária	Média diária	Média diária	Média diária
	0	0,3	5,6	18,5	24,4

Aplicando a classificação de Perroca⁹ visando avaliar o grau de dependência dos pacientes em relação aos cuidados prestados, observou-se na Tabela 2 que na unidade de Clínica Médico-Cirúrgica ocorre o maior número de pacientes classificados como cuidados mínimos, sendo

que na média diária de 24,4 leitos ocupados, 75,8% foram ocupados com pacientes de cuidado mínimo; seguida de pacientes classificados como intermediários (23%) e semi-intensivos (1,2%). Nenhum paciente de cuidados intensivos foi classificado durante o período da coleta de dados.

Para determinar o número de funcionários de enfermagem da clínica médico-cirúrgica, aplicamos a equação de Gaidzinski¹⁰, através de diferentes fórmulas.

A partir destas fórmulas, obteve-se um total de 7 enfermeiros e de 14 auxiliares de enfermagem. No entanto, visando completar o cálculo, utilizou-se também o índice de Segurança Técnica (IST).

Após análise do cálculo do IST, evidenciou-se a necessidade do aumento de 7 (33%) enfermeiros o que elevaria para 9 o número ideal de enfermeiros para suprir as necessidades do setor.

Em relação aos auxiliares, sugere-se aumentar o número de 14 auxiliares (37%) para 19 auxiliares de enfermagem.

Como resultado, a Clínica Médico-Cirúrgica, tomando por base este estudo, necessita, conforme o número ideal, de 9 enfermeiros e 19 auxiliares de enfermagem, totalizando, portanto, 28 funcionários.

Comparando o quadro de pessoal existente com o quadro de pessoal encontrado no estudo, constatou-se que a equipe de enfermagem desta unidade é composta por 4 enfermeiros e 21 auxiliares, totalizando 25

funcionários. O presente estudo evidenciou que há uma necessidade de aumento no quadro de pessoal de 5 enfermeiros e a diminuição de dois auxiliares de enfermagem. Inferiu-se que este fato ocorre devido à proposta da Resolução COFEN nº. 293/2004 em relação ao percentual por categoria profissional, uma vez que, na Resolução, o percentual de enfermeiros é de no mínimo 33% do contingente de pessoal de enfermagem.

CONCLUSÃO

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é uma ferramenta gerencial essencial, pois o quantitativo de pessoal interfere diretamente na qualidade da assistência prestada.

Para realizar o dimensionamento é necessário tomar por base a classificação de pacientes que possibilite maior compreensão dos cuidados a serem prestados.

Através do método proposto, encontramos um total de 9 enfermeiros e 19 auxiliares de enfermagem para atender as necessidades assistenciais de enfermagem do setor, porém, quando comparada ao quadro existente, mostrou-se a necessidade de um aumento de 5 enfermeiros e a diminuição de 2 auxiliares de enfermagem. Conclui-se que ao utilizar esta ferramenta gerencial é importante analisar não só o quantitativo de pessoal, mas, também uma melhor distribuição por categoria profissional.

REFERÊNCIAS

1. Gil AC. A administração de recursos humanos. In: Gil, AC. Administração de recursos humanos: um enfoque profissional. São Paulo: Atlas; 1994. p. 13-20.
2. Chiavenato I. Recursos humanos. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2000.
3. Gaidzinski RR, Kurcgant P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiros. Rev. Nursing São Paulo. 1998; jul: 28-34.
4. Kurcgant P, coordenadora. Administração em enfermagem. 7ª ed. São Paulo: EPU; 1991.
5. Bartamann M, Túlio R, Krauser LT. Administração na saúde e na enfermagem. Rio de Janeiro: Senac Nacional; 2005.
6. Nicola AL. Dimensionamento de pessoal de enfermagem no Hospital Universitário do Oeste do Paraná. [Tese] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004. [acesso em 2006 fev 22]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-05102005-115414/>.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº. 293/2004. [acesso em 2006 mar 10]. Disponível em: http://corensp.org.br/072005/legislacoes/legislacoes_busca.php?leg_id=10105&texto
8. Fugulin FMT, Silva SHS, Shimizu HE, Campos FPF. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Rev Med HU-USP. 1994;4(1/2):63-8.
9. Perroca MG. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: validação clínica. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
10. Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares. [tese livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
11. Biseng W. Administração financeira em engenharia clínica. São Paulo; 1996.

INFARTO DO MIOCÁRDIO: VIVÊNCIA E REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA¹

MYOCARDIAL INFARCTION: ILLNESS' LIVING AND REPRESENTATION

INFARTO DEL MIOCARDIO: VIVENCIA Y REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Giovana Sanches Ribeiro, Lillian Domingues Rabay*, Maicon Luis Bufo (In Memoriam)**, Virtude Maria Soler****

Resumo

O infarto do miocárdio constitui um quadro emergencial, importante causa de incapacidades e alta morbimortalidade. Estudo descritivo-exploratório, quanti-qualitativo, envolveu sete sujeitos enfartados, em seguimento ambulatorial num Hospital Escola de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Objetivou identificar os principais aspectos e problemas vivenciados pela pessoa acometida por infarto do miocárdio e relatá-los, bem como apresentar as representações da doença segundo os relatos dos sujeitos da pesquisa. Na coleta de dados foi utilizado um instrumento semi-estruturado com questões abertas e fechadas, audiogravadas e, posteriormente transcritas. Os dados quantitativos foram analisados por frequência simples e percentual e os discursos dos sujeitos apresentados descritivamente. Os resultados demonstraram o perfil sociográfico e os vícios, principais aspectos e dificuldades vivenciados e as representações decorrentes do evento. Vivenciar a doença foi representado como uma ocorrência difícil e desafiante na opinião da maioria dos sujeitos. Envolveu as dimensões humanas e a subjetividade, requereu mudança de hábitos, eliminação de vícios como o tabagismo, alcoolismo e alimentos gordurosos, a necessidade da prática de exercícios e o controle dos níveis da pressão arterial, colesterol e triglicérides. O estresse e as alterações emocionais como o nervosismo foram relatados de forma significativa. Solidariedade e compartilhamento pelos familiares, assim como informações prévias e esclarecimentos também foram considerados essenciais na prevenção e reabilitação pessoal, diante do medo, incerteza, culpas e dúvidas durante e após o evento. O tema é importante e vasto, requer mais pesquisas visando ações interdisciplinares e melhor qualidade assistencial de enfermagem.

Palavras-chave: Infarto do Miocárdio. Aspectos gerais. Complicações.

Abstract

The myocardial infarction is a important emergency case with a history of disability and high mortality. This is an exploratory, descriptive, quantitative/qualitative study, and involved seven infarction patients subjects from a School hospitals of an inner town in the state of São Paulo. The goal was to identify the main issues and problems experienced by the myocardial infarction patient and report them, as well as to relate the disease according to the reports of the subjects of the research. During the data collecting was used a semi-structured format of opened and closed questions, they were recorded in audio and subsequently transcribed. The quantitative data were analyzed by simple percentage frequency and the speeches of the subject presented literally. The results showed the sociographic profile and patients addictions, main aspects and difficulties experienced and representations arising from the event. Living the disease was represented as a difficult and challenging event in the opinion of the majority of subjects. The disease involved their human dimensions and subjectivity, requested change of habits, elimination of addictions such as smoking, alcohol and high-fat foods, the need of the practice of exercises and control blood pressure, cholesterol and triglycerides. The stress and emotional changes such as nervousness were reported significantly. Sharing and solidarity by the family, as well as prior information and explanations were also considered essential in the prevention and personnel rehabilitation, a moment of fear, uncertainty, doubt and guilt during and after the event. The issue is wide and major important, requires more research dealing with interdisciplinary actions and a better quality of nursing care.

Keywords: Myocardial Infarction. General Aspects. Complicaciones.

Resumen

El infarto del miocardio constituye un cuadro emergencial, importante causa de incapacidades y alta morbimortalidad. Estudio descriptivo-exploratorio, cuantitativo/qualitativo, ha involucrado a siete sujetos con infarto, en seguimiento ambulatorial en un Hospital escuela de una ciudad del interior del Estado de São Paulo. Ha objetivado identificar los principales aspectos y problemas vivenciados por la persona acometida por infarto del miocardio y relatarlos, bien como presentar las representaciones de la enfermedad según los relatos de los sujetos de la investigación. En la recolección de datos se ha utilizado un instrumento semiestructurado con cuestiones abiertas y cerradas, audiogravadas y, posteriormente transcritas. Los datos cuantitativos se han analizado por frecuencia simple y porcentual y los discursos de los sujetos presentados descriptivamente. Los resultados han demostrado el perfil sociográfico y los vicios, principales aspectos y dificultades vivenciados y las representaciones provenientes del evento. Vivenciar la enfermedad se ha representado como una ocurrencia difícil y desafiante en la opinión de la mayoría de los sujetos. Ha involucrado las dimensiones humanas y la subjetividad, ha requerido cambio de hábitos, eliminación de vicios como el tabaquismo, alcoholismo y alimentos grasos, la necesidad de la práctica de ejercicios y el control de los niveles de la presión arterial, colesterol y triglicérido. El estrés y las alteraciones emocionales como el nervosismo se han relatado de forma significativa. Solidaridad y el compartir con la familia, como también informaciones previas y aclaraciones también han sido considerados esenciales en la prevención y rehabilitación personal, delante del miedo, inseguridad, culpas y dudas durante y después del evento. El tema importante es amplio, requiere más investigaciones visando acciones interdisciplinares y mejor calidad asistencial de enfermería.

Palabras Clave: Infarto del Miocárdio. Aspectos Generales. Complicaciones.

*Enfermeiras graduadas pela Faculdade de Enfermagem de Catanduva - SP

**Enfermeiro graduado pela Faculdade de Enfermagem de Catanduva - SP (In Memoriam)

***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 de Catanduva - SP

¹ Artigo originado de Trabalho de Iniciação Científica desenvolvido por discentes da Faculdade de Enfermagem de Catanduva - SP.
Contato: virsoler@netsite.com.br

INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O infarto do miocárdio (IM) caracteriza-se pela falta de suprimento sanguíneo e ocorre quando alguma das artérias que alimentam o coração está obstruída, impedindo o bombeamento de sangue para o corpo. Doença às vezes fatal pode acometer qualquer indivíduo, causar morte súbita ou tornar o coração da pessoa enfraquecido durante a vida. Decorre de isquemia prolongada causada por um desequilíbrio entre o aporte e a demanda de oxigênio, comprometimento celular irreversível e morte muscular. Embora múltiplos fatores possam contribuir para o desequilíbrio entre o aporte e a demanda de oxigênio, a presença de uma trombose da artéria coronária caracteriza muitos infartos, sendo determinados a partir de inúmeras perspectivas diferentes: clínica, eletrocardiográfica, bioquímica e patológica¹.

O IM constitui-se num quadro emergencial. Traduz-se por dor precordial, de maior duração e intensidade que a dor nas ocorrências de angina, geralmente acompanhada de sudorese, náusea e vômitos. Pode ocorrer na seqüência de uma angina instável em pessoas portadoras de doença coronariana, ou, abruptamente, em pessoas não portadoras ou sem conhecimento desta patologia. A suspeita de IM em um paciente com fatores de risco inclui dor precordial opressiva e intensa, irradiação para o membro superior esquerdo, pescoço e queixo. Mais intensa que a dor da angina e que não cessa com repouso, nem sempre é típica, pois pode ocorrer sem haver dor ou sinais vegetativos, principalmente em indivíduos diabéticos^{2, 3}.

A dinâmica da movimentação normal de íons em especial de potássio, cálcio e sódio, na ocorrência do infarto começa a se alterar, gerando uma instabilidade elétrica. Como o ritmo cardíaco depende deste fluxo de íons e elétrons, podem ocorrer arritmias já precocemente ao infarto. A morte nesta fase do infarto não costuma ocorrer devido a falta de força nos músculos, mas porque os músculos perdem a capacidade de trabalharem coordenados, tornando-se ineficientes. O comprometimento irreversível para o miocárdio pode começar até 20 a 40 minutos após a interrupção do fluxo sanguíneo^{1, 2}.

No IM a partir de 20 minutos de oclusão dos vasos, parcelas progressivamente maiores do miocárdio entram

irreversivelmente em necrose, completando-se em cerca de seis horas. Na ausência de adequada circulação colateral, 50% da massa miocárdica em risco sofre necrose na primeira hora e 70% nas três a quatro horas seguintes¹.

O tamanho do IM é determinado pela extensão, intensidade e duração do episódio isquêmico, o tamanho do vaso, a quantidade de circulação colateral, o estado do sistema fibrinolítico intrínseco, o tônus vascular, e as demandas metabólicas do miocárdio no momento do evento. Quanto à localização, podem ocorrer na parede anterior, septal, lateral, posterior ou inferior do ventrículo esquerdo. Atualmente considera-se também a ocorrência no ventrículo direito. Por tratar-se de doença sistêmica, acomete a árvore arterial coronária e também, com alta prevalência, os territórios extracardíacos, incluindo a aorta, as artérias da circulação cerebral e renal e dos membros inferiores^{1, 3}.

Quando as células miocárdicas são lesionadas por um infarto, os marcadores bioquímicos são liberados para a corrente sanguínea sendo detectados por exames laboratoriais. A presença de marcadores bioquímicos anormalmente altos, sua distribuição e o padrão temporal para seu aparecimento e desaparecimento, são muito úteis no diagnóstico do IM agudo. Após o bloqueio e suprimento de sangue estas enzimas aparecem na circulação sanguínea podendo ser dosados e verificados o seu aumento. Dentre elas: CK (*creatina cinase*) e a CKMB (*creatina cinase do músculo cardíaco*) seis horas após o infarto. As enzimas DHL (*desidrogenase láctica*), TGO (*transaminase glutâmica oxalacética*) e TGP (*transaminase glutâmica pirúvica*), aparecem alteradas no dia seguinte ao evento¹.

Os marcadores de necrose miocárdica na avaliação do IM têm efeito diagnóstico e prognóstico. Devido a isquemia prolongada a membrana celular perde sua integridade permitindo a saída para o meio extracelular de macromoléculas, possibilitando a dosagem sérica das enzimas Creatina Cinase (CK) e Fração MB da Creatina Cinase (CK-MB). A CK-MB é mais específica para diagnóstico de necrose miocárdica e sua curva característica, obtida pela dosagem seriada, padroniza o diagnóstico de IM¹.

A troponina, proteína contrátil tem duas subformas - troponina T e troponina I -, altamente específicas para o músculo cardíaco. Sua elevação, mesmo mínima, pode significar algum grau de lesão miocárdica

ou caracterizar microinfartos. Uma dosagem negativa de troponina não afasta o diagnóstico de IM, devendo-se repetir essa avaliação após 10 a 12 horas do início dos sintomas¹. A mioglobina, proteína de ligação de oxigênio encontrada nos músculos esquelético e cardíaco tem sua liberação antes da liberação da CK. A elevação dos níveis séricos de mioglobina pode ser detectada após o início dos sintomas, ou seja, dentro de 1 a 2 horas do IM agudo, alcançando pico máximo dentro de 3 a 15 horas. Para pacientes entre 2 a 3 horas do início dos sintomas, os dois melhores marcadores são a mioglobina e a CK-MB, troponinas e a CK-MB nas 12 primeiras horas para diagnóstico e avaliação de pacientes com suspeita de síndromes coronariana agudas e, acompanhamento da curva de CK-MB em paciente com diagnóstico de infarto^{1, 3}.

São fatores de risco importantes para o IM: idade, hereditariedade, raça e sexo. Modificáveis por tratamento ou controle: tabagismo, colesterol sanguíneo alto, hipertensão, sedentarismo, obesidade e sobrepeso e Diabetes. Contribuintes: estresse, hormônios sexuais, pílulas anticoncepcionais, ingestão excessiva de álcool e níveis de homocisteína. A dislipidemia (níveis de colesterol e triglicérides altos) é importante fator de risco para IM^{1, 2, 5, 6}.

Classicamente, o reconhecimento da doença é feito pelos sintomas, pela análise dos fatores de riscos, pela avaliação laboratorial e testes detectores de isquemia, além de exames diagnósticos invasivos. Atualmente busca-se aperfeiçoar e propor novos métodos de tratamento não-invasivos, de menor custo e maior espectro de aplicabilidade clínica³. A terapia trombolítica pode ser utilizada para estabelecer a reperfusão quando não existem contra-indicações para seu uso. Os medicamentos trombolíticos lisam os trombos coronários ao converterem o plasminogênio em plasmina, cuja conversão provoca degradação da fibrina em fibrinogênio resultando na lise do coágulo¹.

O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico e os cuidados à pessoa enfartada consistem no uso regular das medicações e cuidados prescritos pelo médico, rigorosa dieta alimentar e dos níveis de glicemia e colesterol, atividade física programada, extinção do uso do fumo caso seja tabagista e manutenção regular às consultas médicas.

A colocação de ponte de safena ou cirurgia de revascularização miocárdica, indicada em casos de lesões coronarianas complexas, pode durar mais de cinco horas, ocasionar maior permanência e recuperação do indivíduo em unidades de terapia intensiva, porém, em casos mais simples, o paciente pode receber alta hospitalar em uma semana⁵. Em domicílio os cuidados e a disciplina são essenciais, bem como fisioterapia respiratória e motora e cuidados durante o sono, devido à incisão cirúrgica⁴.

Embora os homens tenham maior chance de desenvolver a doença, apresentando-a em uma idade mais precoce, o número de casos de infarto entre as mulheres vem aumentando, principalmente pelo uso de pílulas anticoncepcionais e o tabagismo. A doença ateromatosa coronariana na mulher passa a ter mais significância após a menopausa devido à perda do efeito protetor hormonal. A taxa de mortalidade aumenta, mas não alcança o nível de risco dos homens^{1, 4}. Mais freqüente e com maior gravidade, o IM acomete mulheres cada vez mais jovens³.

A doença cardiovascular permanece sendo causa importante de incapacidades e mortes com papel preponderante na morbimortalidade no mundo ocidental. Terapias por tratamento trombolítico e de anticoagulação, angioplastia por balão e a laser, e a colocação de Stent da artéria coronária, melhoraram o tratamento clínico e o significado da doença, predispondo vida normal e saudável à pessoa¹.

Periodicamente, à medida do envelhecimento, recomenda-se a realização de avaliações cardiológicas preventivas. À população em geral oferecer instruções e esclarecimentos visando à prevenção e educação para melhor estilo e qualidade de vida, bem como o controle das emoções e a diminuição dos níveis de estresse e colesterol^{5, 6}. Durante o tratamento e na fase de reabilitação cardíaca recomenda-se também a inclusão dos familiares do paciente no programa educacional, para aprenderem sobre o evento e ajudarem a pessoa a alcançar melhores resultados^{1, 5, 7}.

A assistência de enfermagem no IM é específica e complexa, deve ser direta e integral, humanizada e de excelência⁸. O enfermeiro deverá tornar a equipe de enfermagem habilitada para atendimento ao paciente e à família em todas as fases do tratamento e também, contribuir para a interdisciplinaridade⁷. Vivenciar o evento

e a doença em todas as suas fases é muitas vezes um processo doloroso e marcante.

Embora os estudos de representações sociais sejam muito utilizados em pesquisas sociais em saúde, seu emprego na análise, representação e tratamento das doenças vem aumentando gradativamente. As representações não são sistemas fechados na determinação das práticas em saúde, mas conformam um conjunto de conhecimentos abertos e heterogêneos que podem ser refeitos, ampliados, deslocados e problematizados a partir das interações do indivíduo consigo mesmo e com o meio social. As experiências socialmente construídas, expressadas como narrativas individuais e intersubjetivas, analisadas em sua condição dialógica e social contribuem para a delimitação, contextualização e ampliação dos conceitos e tratamento das doenças.

Este estudo considerou a importância do tema, buscou identificar os principais problemas e as representações da doença na vivência do IM. Teve como propósito aprofundar conhecimentos sobre a temática e contribuir/cooperar para a prevenção e esclarecimentos, pois sua importância para a saúde pública mundial é relevante.

OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo foi identificar os principais aspectos e problemas vivenciados pela pessoa acometida por IM. Os objetivos específicos: relatar os aspectos e problemas decorrentes do IM e apresentar as representações da doença segundo os relatos dos sujeitos da pesquisa.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo e exploratório quanti-qualitativo baseado em informações obtidas de pacientes acometidos por IM, tratados e em seguimento ambulatorial num Hospital Escola do interior do Estado de São Paulo. Foram sujeitos sete pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 15 anos. Foi utilizado um questionário semi-estruturado para a coleta de dados, com perguntas abertas e fechadas referentes ao tema, aplicado aos sujeitos do estudo no Ambulatório de Cardiologia do referido hospital, durante os meses de abril a setembro de 2006. Foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos

participantes e a pesquisa aprovada em 24 de Abril de 2006, sob o parecer nº 10/06, pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Catanduva, SP.

As variáveis do estudo consideraram os fatores de risco para a doença. As questões fechadas autoperenchidas individualmente no próprio instrumento e as respostas às questões abertas audiogravadas e posteriormente transcritas considerando-se as narrativas, analisadas após leituras seqüenciais. A experiência da enfermidade caracteriza-se pela forma na qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação⁹.

Metodologicamente utilizou a teoria das representações sociais de Moscovici¹⁰. Estas nos remetem ao conhecimento de senso comum do pensamento natural, por oposição ao pensamento científico. Representam construções elaboradas a partir das experiências e também de informações, conhecimentos e modelos de pensamentos que recebemos e transmitimos através da tradição, da educação e da comunicação social¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização da população do estudo foi feita por meio das variáveis: idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil, naturalidade, local de moradia e residência, profissão, renda mensal, religião e os sujeitos identificados por números de 1 a 7. Estes dados foram apresentados no Quadro 1 e os dados sobre vícios no Quadro 2. Na seqüência, o conteúdo transcrito das narrativas dos sujeitos, foi analisado considerando-se as descrições e apresentadas na íntegra e os dados quantitativos, segundo o percentual estatístico.

Caracterização da população do estudo – perfil sócioográfico

Quadro 1 - Perfil sociográfico de indivíduos acometidos por IM em tratamento ambulatorial num Hospital Escola de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, no período de abril a setembro de 2006

ID	Idade	Sexo e Raça	Nível de Escolaridade	Estado Civil	Naturalidade	Moradia Residência	Profissão	Renda Mensal	Religião
1	54	Masc. Branca	Ensino Fundamental	Desquitado	Ururai - SP	Zona urbana Casa própria	Desempregado	Sem renda	Católica
2	71	Masc. Branca	1º grau incompleto	Casado	Itajobi -SP	Zona urbana Casa própria	Aposentado	r\$ 350,00	Católica
3	72	Fem. Branca	Analfabeta	Viúva	Tabapuã - SP	Zona urbana Casa própria	Do lar	r\$ 350,00	Católica
4	71	Masc. Branca	1º grau incompleto	Casado	Pindorama SP	Zona urbana Casa própria	Aposentado	r\$ 350,00	Católica
5	73	Masc. Branca	1º grau	Casado	Ribeirão Preto SP	Zona urbana Casa própria	Aposentado	r\$ 840,00	Católica
6	65	Masc. Branca	1º grau Incompleto	Casado	Catanduva SP	Zona urbana Aluguel	Agricultor	r\$ 800,00	Católica
7	65	Masc. Branca	1º grau	Casado	Ibaté PR	Zona urbana Aluguel	Aposentado	r\$ 500,00	Espírita

Quadro 2 - Vícios relatados por indivíduos acometidos por IM em tratamento ambulatorial num Hospital Escola de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, no período de abril a setembro de 2006

Identificação	Vícios	Alcoolismo	Tabagismo	Drogas ilícitas
1	Sim	X	X	-
2	Não	-	-	-
3	Sim	-	X	-
4	Sim	-	X	-
5	Sim	-	X	-
6	Sim	X	X	-
7	Não	-	-	-

As taxas de doença cardiovascular são mais elevadas na vigência de hipertensão, obesidade e diabetes. Pessoas do sexo masculino apresentam maior risco de cardiopatia coronária e a doença em idade mais precoce. O tabagismo é o maior fator de risco para a morte cardíaca súbita, cujo risco é duas a quatro vezes maior que o risco do não-fumante. A exposição ao fumo ambiental também aumenta o risco de cardiopatia para os não-fumantes¹.

Análise das questões abertas – discursos dos sujeitos

As questões abertas após a análise foram apresentadas segundo a ordem estabelecida no instrumento para a coleta de dados, apresentados fragmentos íntegros e significativos dos discursos dos sujeitos, com algumas pequenas correções ortográficas, porém sem descaracterizar a forma e conteúdo do texto.

Realização de exercício físico

Apenas 1 sujeito (14,2%) informou caminhar, os demais, 6 sujeitos (85,7%) negaram a realização de exercícios físicos cotidianamente. Destes, dois (28,5%) pararam de caminhar após o IM, um deles alegando falta de orientação médica.

A falta de atividade física desempenha papel significativo no desenvolvimento de cardiopatias. Níveis

moderados de exercícios de baixa intensidade regular são benéficos na prevenção da cardiopatia¹. O exercício físico pode aumentar a capacidade da função cardiovascular e diminuir a demanda de oxigênio miocárdica para um determinado nível de atividade física. A reabilitação na fase aguda do IM objetiva reduzir os efeitos deletérios do prolongado repouso no leito, o controle das alterações psicológicas e a redução da permanência hospitalar¹². Realizados regularmente e a longo prazo podem ajudar na redução/controlar o hábito de fumar e da hipertensão arterial, dislipidemias, Diabetes, obesidade e tensão emocional. Quando associados a uma abordagem multidisciplinar e intervenções psicológicas, dietéticas e farmacológicas podem influenciar na prevenção da aterosclerose e redução de eventos coronários^{1, 3, 12}.

Alimentos comumente ingeridos nas refeições

Quanto aos alimentos, 6 sujeitos (85,7%) referiram utilizar arroz e feijão na alimentação diária, enquanto 1 (14,2%) não. Destes, 4 (57,1%) incluíam uma porção de carne, 2 (28,5%) um tipo de salada, frutas, pão e leite no desjejum, 1 (14,2%) legumes e verduras, macarrão ou polenta aos finais de semana. 1 (14,2%) referiu ter deixado de ingerir bebidas alcoólicas e comer churrasco após o IM, enquanto 2 (28,5%) diminuíram a ingestão de sal e gordura nos alimentos.

A obesidade e o sobrepeso estão associados a uma taxa de mortalidade aumentada por cardiopatia coronária e acidente vascular cerebral. O sobrepeso a uma incidência aumentada de hipertensão, resistência à insulina no Diabetes e dislipidemia. O perímetro abdominal e o Índice de Massa Corpórea (IMC) - medida de peso em relação à altura - constituem meios recomendados para estimar a quantidade de gordura corporal de uma pessoa.

Mulheres com perímetro abdominal maior que 88 cm² e homens com valor acima de 100 cm têm risco aumentado para doenças cardiovasculares^{2,1}.

Atividades de Lazer

Referiram não manter nenhuma atividade de lazer, 6 sujeitos (85,7%), enquanto 1 (14,2%) utilizava o bingo como diversão. O convívio social auxilia a compartilhar interesses comuns e a evitar a solidão. O lazer contribui para a criatividade, alegria e a saúde individual.

Aspecto Emocional

Três sujeitos (42,8%) alegaram tristeza com a ocorrência do IM. Relatos: *"tristeza porque a vida vai chegando ao fim e a gente não conseguiu aquilo que queria"* *"tenho uma tristeza e uma mágoa muito grande por dentro"* *"é triste"*. Uma pessoa (14,2%) alegou depressão afirmando *"quando fiquei doente eu fiquei meio fora de mim, depressivo"*, outro (14,2%) medo, relatando *"porque a vida toda a gente trabalhou honestamente e agora apavora..."*. Um sujeito (14,2%) alegou, *"não tenho grandes problemas porque sou calmo, tranquilo, procuro assimilar bem as coisas"*, enquanto outro (14,2%) referiu *"estou bem e alegre, embora não como antes"*.

As características intrínsecas à doença e o impacto causado sobre o ego é igual para o pobre, o rico, o ignorante, bem como ao instruído. É quando aparecem a verdade da vida, a fragilidade humana e as limitações que nem o dinheiro nem o poder podem vencer¹³.

Como foi sofrer o IM

"Fui demitido, passei a fazer serviços muito pesados e nada fáceis, tinha que encarar tudo o que vinha.... A gente trabalhava e não agüentava. No dia do infarto tinha chovido muito e minha mulher exigiu que eu arrumasse uma cerca que tinha caído, já não estava bem. Passei mal, dei no chão com muitas dores fortes. Os vizinhos me levaram para o hospital. Tive vários enfartos, então dali pra cá eu venho sofrendo essas coisas. Quando me punham no ambulatório o mundo se acabava pra mim e aí chegava lá e eles davam remédios e uma porção de exigências pra mim e eu fui obedecendo e assim venho vindo... acho que foi por algum ponto emocional na minha vida". *"Um dia que eu tava ruim, estava no hospital, num falei nada e aí tive que ir pro balão, UTI e colocar remédio embaixo da língua, a pressão tava no último...."*. *"Logo depois do trabalho começou a dor no peito, aumentando e aumentando e eu agüentando até que*

fui pro PS e fui internado com infarto". *"No dia que enterraram meu pai que também sofria do coração, comecei a sentir dor, ela foi aumentando, achei que era de angústia e essas coisas... então me levaram pro hospital enfartando"*. *"Comecei sentindo uma queimação na altura do coração, uma, duas. Na primeira vez fiz uma fricção e aliviou e daí uns minutinhos repetiu, fui pro banheiro e comecei uma onda de calor, transpirava e fui ficando mole, liguei o ventilador de teto, debrucei na mesa e pedi ajuda pra minha mulher. A dor era forte, dessas insuportáveis.... tava com as veias entupidas"*. *"Terrível, dor forte, pressão alta. Acordei e já não estava me sentindo bem. Usei antes o viagra. Achei que ia morrer, senti frio e o corpo gelado"*. *"Horrível, essas dores no peito eu já tinha há muito tempo e quando deu o infarto aí, a dor era tão forte que não sabia se ficava sentado, se parava pra respirar, se soltava a roupa, a cinta. A gente não sabia de onde aquela dor vinha, só sabia que era problema no coração"*.

A perda de renda e do status, o isolamento e o tédio podem levar ao desespero. O fim do trabalho é um exílio, se não houver nada para absorver os interesses e as energias da pessoa¹⁴.

A vida hoje após o IM

"A minha vida caiu 50%. Num posso fazer nada, o médico proibiu tudo, até arranca uns matinho no jardim. Ganho \$350,00 de aposentadoria e a mulher têm 70 anos. Por exemplo, eu queria ganhar \$1.300,00 pra viver mais tranquilo". *"Eu tenho meus problemas, mas do infarto não tenho nada, mudou um pouco, mas a gente pensa... a gente fica meio pensativa porque a aposentadoria é muito pouco e as coisas muito difícil e aí tem hora que a gente fica nervoso, depois tudo passa né"*. *"A gente vai se conformando, minha alegria é ver meu neto e minha filha"*. *"Acho que como estou fazendo caminhada de 40 a 45 minutos por dia de manhã, acho que tive uma melhora"*. *"Está melhor, antes tinha falta de ar e pressão alta. Muito melhor, antigamente não podia correr e subir escada... depois que operei o cálculo até subiu..."* *"muito melhor porque antigamente não podia ficar emocionado"* *"gostaria de estar mais tranquilo, é só eu e a esposa e eu num posso deixa ela fazer tudo"*.

Problemas decorrentes do IM

"Coceira e falta de ar, fiz um ECG hoje no retorno e to aguardando o que o médico vai falar". *"Nenhum"*. *"Às*

vezes, por causa da família, sabe coisas que não dão certo e aí a gente pensa... do jeito que a gente era e agora não pode mais ser do jeito que era". "A situação financeira, minha filha tem que me ajudar. Quando deito sinto parece uma pressão no coração, mas o médico falou que é normal". "Fiquei meio inseguro, temeroso, com o que posso ou não fazer". "Não, melhorou até na parte sexual, antes eu tinha que parar a relação sexual várias vezes porque a dor vinha, a ereção acabava e aí tinha que começar tudo de novo" "atualmente o fato de eu ta aqui hoje no retorno médico, fico estressado".

As doenças cardiovasculares interferem na atividade sexual dos pacientes, atuando na maioria das vezes como um fator complicador. Decorre do diagnóstico cardíaco e das implicações psicológicas que tal "marca" acarreta como ansiedade, insegurança e medo da morte. A restrição para atividades físicas, a necessidade de procedimentos invasivos e o uso de uma grande diversidade de fármacos com efeitos adversos prejudicam a performance sexual, especialmente pelo desencadeamento de disfunção erétil e/ou perda da libido¹².

Estima-se que apenas 25% dos pacientes retornem a vida sexual normal após o IM, apresentando a mesma frequência e intensidade prévias. Metade dos pacientes retoma a vida sexual com algum grau de diminuição em frequência e/ou intensidade, enquanto aproximadamente 25% não reassumem sua vida sexual, geralmente por medo de morte coital ou reinfarcto, dispnéia, ansiedade, angina pectoris, exaustão, alterações no desejo sexual, depressão, perda da libido, impotência, preocupação ou ansiedade do cônjuge e sensação de culpa¹². Praticamente todas as classes de fármacos usados no tratamento das doenças cardiovasculares podem causar alterações na atividade sexual, e um percentual não desprezível dos distúrbios sexuais pode ser causado pelos agentes usados, mais comumente os anti-hipertensivos e diuréticos¹².

Necessidade de mudança de hábitos

"Antes eu exagerava, era carnaval, bebidas, dobrava os horários. Hoje durmo cedo, não bebo e não posso comer de tudo nas festas. Tem que manter a linha". "Vida normal". "Não posso pegar peso e fazer extravagâncias, tenho que respeitar as indicações do médico". "Tive que mudar muitas coisas, não pode ficar

nervoso senão você vai sofrer o dia inteiro". "Só larguei do cigarro, porque comer não dá pra escolher e comer o que quer, mas o que tem". "Eu vou vivendo normalmente, já sou uma pessoa de idade e relação sexual eu já não tenho mais". "Tive que deixar muita coisa, por exemplo, num pode ficar nervoso".

Fato atribuído à ocorrência do IM

"Nervoso, na ocasião estava muito nervoso, pois estava desempregado". "Nervoso, eu acho que é o nervoso". "Pressão alta". "Às vezes a gente sofria de problema dos nervos no serviço, num fumava e num bebia, trabalhava na roça". "Pelo enterro do meu pai, mas também estava amontoado de serviço e nada tava dando certo". "Isso eu não sei, não tenho a menor idéia, o colesterol não deu nada e a veia fechou...". "Ao cigarro, fumei bastante, comida gordurosa e alimentos errados, eu acho que essas coisas, tipo de alimentação e tudo isso. A gente tinha que ter aprendido isso no primário".

Os problemas emocionais que envolvem a vida pessoal são inúmeros e muito importantes. A inter-relação mente-corpo e os problemas relativos ao coração têm ligação ímpar com aspectos emocionais¹³.

Convívio com a doença

"Chega uma hora que você esquece que passou por tudo isso e chega a se arrepender de não ter feito essa cirurgia há muito tempo por teimosia, burrice e medo. Não aceitava que o meu peito fosse cortado, hoje até assisto as operações na TV, antes nem podia pensar ou ver". "É cuidar bem, fazer certinho, rigorosamente tudo o que foi passado". "É ficar muito tranqüilo, estou e me sinto bem, tomando os cuidados devidos não tem problema nenhum não". "Tá mais ameno, já estive pior, minha filha me dá os remédios de manhã e a noite". "Eu me preocupo muito com a doença, tenho muita fé em Deus e nos médicos. Eu procuro me controlar, em casa ajudo minha mulher um pouco pra não ficar parado e passar o tempo". "É mal né!". "Eu me sinto assim, um homem quase acabado, eu que era um homem que trabalhava até umas 16 horas por dia, hoje não faço mais nada, sabe falavam vai andar, mas depois de 50 metros eu morria de canseira, então num caminho mais".

Os pacientes buscam aliados na sua luta contra a doença. A terapêutica de apoio psicológico influi notavelmente na qualidade de vida, pois há uma grande

diferença entre viver com esperança e sem ela, pois ao cultivar a esperança sempre se vive mais e melhor¹³.

Informações sobre a doença anteriores ao evento

"Eu nem imaginava o que era isso". "Nada, nada". "Eu tinha, mas pensava que o infarto era pra pessoas que bebiam e fumavam bastante. Meu irmão tinha esse problema de derrame cerebral. Morreram dois irmãos até novos desses problemas e minha mãe também, então a gente pensava nisso e no derrame cerebral". "Nada, não conhecia nada. Pela televisão sabia que as pessoas tinham infarto, mas não sabia que era da forma que é e só quem tem pra saber, não dá pra explicar entendeu...". "Nada, não conhecia nada, ouvia falar que tinha infarto mais nem sabia o que era veia entupida, não sabia nada disso". "Só pela TV e pelos comentários dos colegas. Aula sobre infarto do miocárdio não". "Não, não queria saber e nem saber de abrir meu peito, preferia morrer que fazer isso... foi isso que causou porque se eu tivesse cuidado antes..."

Medo do desconhecido é sempre um fator de estresse, porém explicações adequadas minimizam sofrimentos. Certas pessoas são claramente mais sensíveis que outras e essas peculiaridades precisam ser respeitadas. Esclarecer e informar auxilia a respeitar os temores e a compreender os sofrimentos da pessoa que adoece. É preciso muito conhecimento, sensibilidade, dedicação, intuição e uma boa dose de entendimento da alma humana^{12, 13, 14}.

Informações de enfermagem para cuidados em domicílio após o IM

"Espetacular desde a hora da internação, mesmo depois de um ano recebia visitas da moça que faz o programa da saúde da família. Visitavam, viam se a medicação estava certa, orientavam pra não tomar friagem e evitar resfriados para não atingir o coração. Mas, não tem jeito não da gente num fica preocupado". "Não pegar peso e não forçar o corpo, mas, só orientação dos médicos". "A enfermagem não deu orientações, só os médicos". "Não, não recebi nada não". "Recebi, não pegar peso, não subir escadas, comida também, massas e bastantes legumes também". "Não". "Não, só me orientaram que não podia parar os remédios". "Nada, não recebi não".

Apoio e ajuda Familiar

"Da esposa e dos dois filhos". "Não, só quando estava ruim, só na hora do infarto mesmo. Eu vim sozinha

com a ambulância, eles souberam depois que eu estava no CTI. Agora tenho depressão, há oito meses eu passo mal, tenho hérnia, úlcera e dor de cabeça que parece que vou ficar louca e eles não me dão apoio não, se eu num for lá eles num vem me ver". "Tenho, bastante graças a Deus, da esposa e dos filhos, somos muito unidos graças a Deus". "Sim e é isso que me faz sobreviver. Tenho quatro filhas, os genros também ajudam. Não teria condições de viver o que estou vivendo sozinho". "Tenho da minha filha e da esposa desde o início do problema até hoje. Tenho". "Muito, meu filho chega até a me cobrir de noite, ele é adotivo". "Tenho".

Quanto ao apoio da família, apenas uma mulher (14,2%) referiu carência, os demais enfatizaram a importância e a necessidade de sustentação e apoio da família para sobreviver ao problema. A vida se enriquece quando é compartilhada com os outros; as amigas têm o dom peculiar de multiplicar as alegrias e dividir as tristezas¹³.

Sentimentos em relação à doença

"Não sinto nada porque é um problema que se tem hereditário e que tem que passar por isso, então vamos enfrentar e é isso aí". "Vinha me alimentando muito mal e agora me cuido melhor, faço exames, tudo o que posso, porque é horrível". "Normal, não tenho preocupação se amanhã pode repetir, o problema de morrer não passa pela minha cabeça não". "Fico muito nervoso por ter acontecido isso comigo, tenho filhas e mulher e elas dependem de mim, eu guardo as coisas sei onde está e onde não está e se acontece alguma coisa elas vão ficar em apuros". "Que não se é mais um rapaz como era antes. Isso é uma coisa que se precisa controlar, não pode mais ser como era antes, então a gente sente aquele impacto de sentir essas coisas. A gente sempre gostou de trabalhar". "Eu tenho sentimento não é da doença e sim da vida, né. A gente recebe um desprezo daqui, um desprezo dali, uma coisa e outra e, a gente fica assim com aquele sentimento por dentro né". "Eu preferia a morte, mas a minha mulher duvida da minha palavra... Porque, eu não tenho mais prazer pra nada, num pode passear porque num sabe o que vai te dar no meio do caminho, então na idade que eu to....".

Foram descritas circunstâncias e situações geradoras de constrangimento e sobrecarga emocional.

Ainda há grande resistência na aceitação de tratamento psicológico por parte dos pacientes em geral. A maioria dos indivíduos acredita que pode resolver seus conflitos por si mesmos, principalmente os homens, tratando-se de um preconceito¹³.

O tratamento psicológico é delicado; lida com aspectos subjetivos, com a personalidade, com conflitos, inseguranças, medos, experiências boas e más do passado. No cuidado à pessoa com IM os profissionais da saúde precisam de sólida formação científica, experiência de vida, sensibilidade e bom senso, pois a recuperação integral do doente e sua reintegração completa à sociedade se apóiam no tratamento orgânico e emocional¹³.

Perspectivas de vida

"Esperar a morte chegar". "Eu num espero mais nada. Espero só é quando dobrar as manguinhas assim e ir pro cemitério. Eu já falei, avisei, quando morrer não quero velório, acabou de morrer enterra, num vem me vê viva, depois de morta num adianta". "Pretendia trabalhar e progredir um pouco mais, mas o problema da doença...". "Que Deus ilumine para que eu possa voltar a ser a pessoa que era antigamente. Nas minhas orações é assim que eu peço". "Só quero viver mais um pouco pra ver meus netinhos crescer e tudo bem. A hora que tiver que ir embora a gente vai". "Aí é difícil, uso medicamento, tento levar vida normal e seja lá o que Deus quiser". "Aos 76 anos não se pode pensar no futuro, tem que aproveitar o momento, fazer o bem pra tá um pouco mais adiantado quando desencarnar".

Em cada dor, em cada mudança corporal, em cada diminuição de nossa capacidade vemos indicações de fragilidade e mortalidade. Observando o declínio sutil, ou não tão sutil, entendemos que estamos prestes a perder o escudo que nos separa da morte¹⁴. O IM causa impactos diferentes, pois a morte ainda é um paradoxo existencial.

Representação do evento após o IM

"Se eu soubesse que era bom assim depois da operação, bem como estou, já devia ter feito a operação há muito tempo". "Foi que nem um breque na minha vida. A vontade diminuiu o meu lazer e a vontade de fazer as coisas, de me divertir, de ter uma vida normal mais administrada". "Minha vida tá normal, não ficou marca nenhuma. Só tenho cuidado pra não pegar peso e fazer caminhadas, tudo bem". "Minha vida interrompeu,

interrompeu o caminhar da minha vida. Tenho que me conformar. Aconteceu e tá assim". "A nada né, só que o nervoso que eu tenho passado, tem me dado muita dor no peito e mesmo assim, inchado assim me dá falta de ar. Eu tenho problema nos nervos". "Uma vida que poderia tá melhor. A gente sempre espera coisa melhor na vida da gente. Sou um cara que não esbanja e num é de extravagâncias". "Quando vi eu já estava bebendo por influência dos amigos e isso me fez muito mal, isso é terrível. Hoje é difícil pra mim, muito difícil, precisava voltar ao normal e isto é só com Deus mesmo".

As representações sociais emergem, não apenas como um modo de compreender um objeto particular, mas também como uma forma em que o sujeito - indivíduo ou grupo - adquire capacidade de definição, uma função de identidade ou maneira pela qual as representações expressam um valor simbólico¹⁵. O infarto foi representado pelos sujeitos da pesquisa como um evento difícil e impactante, pois interrompeu o curso normal da vida, modificou hábitos e a rotina, exigindo deles um posicionamento frente à vida, além da necessidade em seguir regras e incorporar cuidados essenciais.

Normalmente o IM representa uma séria ameaça de perda, pois interfere na autonomia, contato com familiares e no poder social e econômico da pessoa. Não obstante, tais sentimentos podem estar acompanhados de ansiedade, medo, culpa ou raiva, conforme a personalidade ou a história de vida pessoal. Nos relatos dos sujeitos da pesquisa, em sua maioria, foi percebido o sentimento de medo de reinfarto e a possibilidade de morte, evidenciadas pela dor, angústia e lamento após o infarto.

CONCLUSÕES

Traços de personalidade, marcas de desregramentos e descuidos com a saúde física, vivências emocionais negativas, como mágoas, culpas e arrependimento pelos atos, foram relatados, assim como perdas e insegurança na vigência do IM. Entretanto, até a ocorrência do evento a vida seguia um curso mais livre e leve, e a responsabilidade pessoal não representava um determinante importante. A doença parece ter possibilitado a criação de uma nova identidade pessoal.

Acolhimento familiar, respeito, amor e afeto, consideração e solidariedade, foram relatados pela maioria

dos sujeitos e considerados fundamentais no processo de reabilitação. As perspectivas relatadas em conformidade com o estado atual caracterizaram dependência a pessoas e fármacos e a cuidados específicos e gerais, dificuldades para exercer atividades físicas e profissionais e trabalhar as emoções. Para alguns consistiu em aguardar a morte chegar, assim como a possibilidade da cura remontada a Deus.

Houve falta de informações sistematizadas, antes, durante e após a ocorrência do IM, especificamente no âmbito hospitalar e domiciliar. Os sujeitos do estudo reconheceram e correlacionaram os fatores de risco esforçando-se para manter os níveis de pressão arterial normal, alimentação com menos sal e gordura, diminuição de peso e uso da força física, eliminação do tabaco e álcool e os altos níveis de colesterol e triglicérides como medidas necessárias e conhecimento já incorporado. Resultantes da atividade psíquica do sujeito e o objeto de conhecimento.

É fundamental rever os fatores de risco para o IM, renovar hábitos e atitudes e o estilo de vida, reavaliar conceitos e idéias, os aspectos disciplinares e educacionais, considerar a singularidade e a vida de relação, assim como dinamizar a forma de ação frente às experiências da vida. Aceitação da doença caracteriza postura ativa na

compreensão das implicações da mesma sobre a vida pessoal.

O campo de atividades para o enfermeiro nos transtornos cardiovasculares, especificamente no IM é amplo e promissor, quer seja, no cuidado crítico, paliativo ou generalizado, particularmente no âmbito da prevenção. Deverá progredir com o incremento de pesquisas tanto com o indivíduo que sofreu IM, quanto com a família e profissionais da área da saúde.

Contemplar o indivíduo de forma integral e humanizada, cuidando não só da doença, mas da pessoa com conscientização dos seus direitos e desenvolver a interdisciplinaridade talvez seja o maior desafio da enfermagem atual. Foram evidentes no estudo a importância da dimensão emocional e as dificuldades para a solução dos problemas pessoais, pois os conhecimentos e as habilidades adquiridas ainda são insuficientes na assistência aos sentimentos, a comunicação interpessoal, contemplação do respeito e valorização pessoal. É necessário uma melhor interface dos fenômenos individual e coletivos, o desenvolvimento de pesquisas nessa área, especificamente no âmbito preventivo e educacional, para que a enfermagem melhor assista o indivíduo e seus familiares na vivência do IM.

REFERÊNCIAS

1. Morton PG, Fontaine DK, Hudak CM, Gallo BM. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
2. Reyes AR. Cardiopatia isquêmica: infarto agudo del miocárdio. [acesso em 2006 set 9]. Disponível em: http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/parocardiaco.htm.
3. Manfroi WC. Infarto do miocárdio. Medicinal: temas em saúde. [acesso em 2006 abr. 2]. Disponível em: <http://www.medicinal.com.br/temas/temas.asp?tema=35>.
4. Yakotine HH. Doenças do coração: saiba como cuidar de seu bom amigo. [acesso em 2006 mar. 24]. Disponível em: <http://www.hcor.com.br/inex.asp>
5. Manfroi WC, Peukert C, Berti CB, Noer C, Gutierrez DA, Silva FTBGC. Infarto agudo do miocárdio. Primeira manifestação da cardiopatia isquêmica e relação dos fatores de risco. *Arq Bras Cardiol.* 2002;78:388-91.
6. Connelly KA, Macisaac AS, Jelinek VM. Stress, myocardial, and the "Tako-Tsubo". *Heart.* 2004;90(9):52.
7. Santos FLMM, Araújo TL. Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2003;11(6):742-748.
8. Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu; 2000.
9. Alves PC, Rabelo MC. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. *Experiência de Doença e Narrativa.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 171-85.
10. Moscovici S. *La psychanalyse, son image, son public.* Paris: PUF; 1961.
11. Jodelet D. Representações do contágio e a Aids. In: Jodelet D, Madeira M, organizadores. *Aids e representações sociais: à busca de sentidos.* Natal: EDUFRN; 1998.
12. Stein R, Holmann CB. Atividade sexual e coração. *Arq Bras Cardiol.* 2006;86(1):61-7.
13. Luz PL. Nem só de ciência se faz a cura. O que os pacientes me ensinaram. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2004.
14. Benini S. Doenças da modernidade. *Rev Saúde.* 2007;(4):20.
15. Moscovici S. *Representações sociais.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2005.

AS COMPLICAÇÕES DO PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO DE GASTRECTOMIA: ESTUDO RETROSPECTIVO¹

COMPLICATIONS IN THE POSTOPERATIVE MEDIATO OF GASTRECTOMIA: RETROSPECTIVE STUDY

COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATIVE MEDIATO DE GASTRECTOMIA: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Paula Regina Ferreira Lemos, Hellen Gabriele de Matos de Souza**, Mary Elizabeth de Santana****

Resumo

Trata-se de um estudo retrospectivo, cujo objetivo foi identificar os fatores de risco que contribuem para a ocorrência de câncer gástrico e verificar os tipos de complicações pós-operatórias mais frequentes após a gastrectomia. Foram consultados 315 prontuários de pacientes submetidos à gastrectomia, em um Hospital Universitário em Belém do Pará, de 2000 a 2005. Após a análise dos prontuários, os resultados revelaram que 153 (48,5%) pacientes foram submetidos à gastrectomia total e 162 (51,4%) a subtotal. O câncer gástrico acometeu principalmente, pessoas do sexo masculino 221 (70,1%), com idade superior a 60 anos, 138 (43,6%), provenientes da área urbana 183 (58,6%), com estadiamento IIIB 85 (26,9%), 178 (62,2%) eram etilistas, enquanto 190 (63,9%) tabagistas crônicos. Para a variável referente aos hábitos alimentares, 81 (24,2%) referiram ingerir indiscriminadamente, carboidratos, lipídios, farináceos, proteína, dentre outros alimentos. Quanto aos sintomas, a maioria dos pacientes relatou epigastralgia 243 (28,8%) e perda de peso 201 (23,9%). Destes, 176 (60,4%) não realizaram endoscopia e 260 (89,3%) não referiram casos de câncer gástrico na família. As complicações pós-operatórias mediadas evidenciadas foram: dor abdominal 79 (25%), anemia 68 (22%), perda de peso 58 (18,4%), septicemia 62 (19,6%), infecção de ferida operatória 48 (15%), dentre outras, sendo que, a taxa de mortalidade foi de 31,1%. A modificação dos hábitos de risco, afastamento de fatores predisponentes e a detecção precoce representam as "maiores armas" na prevenção das neoplasias se desenvolvidas, previamente à ressecção cirúrgica. Portanto, utilizados para oferecer ao paciente uma melhor perspectiva de cura e, conseqüentemente, estabelecer um adequado planejamento da assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Câncer Gástrico. Gastrectomia. Complicações. Período Pós-Operatório.

Abstract

This is a retrospective study, whose objective was to identify the risk factors that contribute to the occurrence of gastric cancer and verify the most frequent types of postoperative complications after gastrectomy. 315 records of patients submitted to gastrectomy were checked, in a University Hospital in Belém, Pará, from 2000 to 2005. After analyzing the records, the results showed that 153 (48.5%) patients were submitted to total gastrectomy and 162 (51.4%) to subtotal. Gastric cancer attacked mainly, 221 (70.1%) males, 138 (43.6%) older than 60 years, 183 (58.6%) from the urban area, 85 (26.9%) with staging IIIB, 178 (62.2%) were stylists, while 190 (63.9%) chronic smokers and regarding the variable related to eating habits, 81 (24.2%) ate indiscriminately, carbohydrates, lipids, flour, protein, among other foods. As for symptoms, most patients, 243 (28.8%) reported epigastralgy and 201 (23.9%) weight loss. Of these, 176 (60.4%) did not perform endoscopy, and 260 (89.3%) reported no cases of gastric cancer in the family. The postoperative indirect complications highlighted were: abdominal pain 79 (25%), anemia 68 (22%), weight loss 58 (18.4%), sepsis 62 (19.6%), operative wound infection 48 (15%), among others, with a mortality rate of 31.1%. Regarding the change of habits at risk, expulsion of predisposing factors, early detection and surgical resection, criteria for surgical oncology, represent the "biggest weapons", for prevention of cancer, offering the patient a better perspective of healing and, consequently, establishing adequate planning assistance from nursing.

Keywords: Gastric Neoplasms. Gastrectomy. Complications. Postoperative Period.

Resumen

Uno está sobre un estudio retrospectivo, que tenía para que los objetivos identifiquen los factores de riesgo que contribuyen para la ocurrencia del cáncer gástrico y verificar los tipos de complicaciones postoperatorias más frecuentes después del gastrectomia. 315 manuales de pacientes sometieron al gastrectomia habían sido consultados, en el hospital Loyola de Ofhir, de 2000 el 2005. Después del análisis de manuales, los resultados habían divulgado que 153 el paciente (de 48,5%) unos había hecho gastrectomia total y 162 (51,4%), el subtotal. El acomete gástrico del cáncer, principalmente, gente del sexo masculino 221 (70,1%), que edad está arriba de 60 años 138 (43,6%), procediendo del área urbana 183 (58,6%), con el estadiamento IIIB 85 (26,9%), hábitos del alcoholismo 178 (62,2%) y tobaccoism 190 (63,9%) por hacia fuera dibujado un período, más allá de hábitos alimenticios, sin cualquier tipo de la restricción 81 (24,2%) fueron los hábitos de alcoholismo, mientras que 190 (63,9%) y los fumadores crónicos relacionados con la

*Enfermeira Residente do Hospital Ofhir Loyola

**Enfermeira Graduada pela Universidade do Estado do Pará - UEPA - PA.

***Professora e Doutora Adjunto da Universidade do Estado do Pará e Universidade Federal do Pará - PA.

¹ Artigo originado do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Enfermagem da UEPA - PA.
Contato: betemary@terra.com.br

variable de los hábitos alimentarios, 81 (24,2%) comer indiscriminadamente, carbohidratos, lípidos, farináceos, proteínas, entre otros alimentos. Cuánto a los síntomas, la mayoría de los pacientes dijo al epigastralgia 243 (28,8%) y a la pérdida ponderal 201 (23,9%). De éstos, 176 (60,49%) no llevaron con endoscopia ni habían relacionado cajas de cáncer gástrico en la familia 260 (89,3%). Las complicaciones postoperatorias mediatas evidenciadas habían sido: el dolor abdominal 79 (25%), anemia 68 (22%), pérdida ponderal 58 (18,4%), septicemia 62 (19,6%), infección del operatária hiere 48 (15%), entre otros, siendo ése, el impuesto de la mortalidad estaba del 31,1%. Es conveniente mencionar en la modificación que se refiere a los hábitos del riesgo, retiro de factores predisponent, detención precocious y el ressecção quirúrgico, basado en los criterios de la cirugía del oncológica, había representado las "armas más grandes", o prevenir el aspecto del neoplasia o, cuando presente, ofrecer a la una perspectiva mejor paciente de la curación y, por lo tanto, para establecer un planeamiento adecuado de la ayuda del oficio de enfermera.

Palabras clave: Neoplasias Gástricas. Gastrectomía. Complicaciones. Período Postoperatorio.

INTRODUÇÃO

O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando aproximadamente 12% das causas de morte no mundo. Em países desenvolvidos é responsável por mais de 6 milhões de óbitos ao ano. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dentre os dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento¹. Dados estatísticos revelam um declínio na incidência do câncer gástrico, especificamente nos Estados Unidos, Inglaterra e em outros países mais desenvolvidos. A alta mortalidade é registrada, atualmente, na América Latina, principalmente nos países da Costa Rica, Chile e Colômbia. Embora a incidência do câncer de estômago esteja em declínio nos países desenvolvidos, ainda é alta nos países em desenvolvimento, aumentando geralmente com a idade com prevalência maior em pessoas do sexo masculino².

Cerca de, 65% dos pacientes diagnosticados com câncer de estômago têm mais de 50 anos, e o pico de incidência, em sua maioria, acomete homens com aproximadamente 70 anos de idade.

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou para o ano de 2006, a ocorrência de 472.050 casos novos de câncer, sendo, 234.570 em indivíduos do sexo masculino e 237.480 para pessoas do sexo feminino. Quanto ao de câncer de estômago, estima-se 23.200 novos casos, dos quais 14.970 para homens e 8.230 mulheres, havendo um risco estimado de 16 novos casos, a cada 100 mil homens e para a mesma quantidade de mulheres (100 mil) correspondendo respectivamente a 9 casos novos. Na região norte do Brasil as estimativas em 2006, mostraram uma incidência de casos novos de câncer gástrico, segundo a localização primária, para ambos os

sexos de 1.300 para o sexo masculino e 750 para o feminino, com taxa bruta de 32,8% e 17,8%, respectivamente. Enquanto no Estado do Pará, o câncer de estômago originou 580 novos casos em pessoas do sexo masculino e 340 para o feminino, com taxa bruta de 40,7 e 22,4, respectivamente³.

Os fatores de risco para o câncer gástrico incluem quaisquer variáveis que tenham relação causal, antecedendo ao evento⁴. Neste estudo foram considerados como principais fatores de riscos, para o desenvolvimento do câncer gástrico: dieta, bactéria *Helicobacter pylori* (HP), gastrite, anemia perniciosa, acloridria, úlcera gástrica, fumo e alcoolismo⁵.

Um importante fator patogênico para o câncer gástrico é a história familiar, cuja ocorrência no ocidente é de aproximadamente, 10% dos casos. A história positiva para câncer gástrico, em 25% dos pacientes japoneses, indica que os fatores de risco possuem importante papel no desenvolvimento da doença, sendo alta a prevalência no Japão^{6,7}.

As principais formas de tratamento para o câncer incluem a cirurgia, quimioterapia e ou radioterapia. As formas possíveis de tratamentos podem envolver a erradicação completa da doença maligna (cura), sobrevida prolongada e contenção do crescimento das células cancerosas (controle) ou, até mesmo o alívio dos sintomas, associados ao processo canceroso (paliativo)⁸.

O tratamento cirúrgico é a principal alternativa terapêutica para o câncer de estômago. A cirurgia de ressecção denominada gastrectomia, envolve a retirada de parte ou todo o estômago, associada à retirada de linfonodos. Este tratamento permite ao paciente alívio dos sintomas, assim como também é considerado uma chance de cura. Para determinar a melhor abordagem cirúrgica, deve-se considerar: localização, tamanho, padrão e extensão da disseminação do câncer, bem como o tipo

histológico do tumor. São também estes fatores que determinam o prognóstico da doença. A radioterapia e a quimioterapia são tidas como tratamentos secundários, e quando associadas a cirurgias, podem determinar melhor resposta ao tratamento⁹.

O estudo das complicações do câncer de estômago decorrentes de gastrectomia constituiu-se tema de interesse, desde o início do desenvolvimento das atividades teóricas e práticas, enquanto discentes em um Hospital Universitário, referência em Oncologia no Estado do Pará.

Optou-se, portanto em realizar um estudo que revelasse a real situação do câncer gástrico no Município de Belém, por meio de uma busca ativa aos prontuários da referida instituição.

OBJETIVOS

- Identificar os fatores de risco que contribuem para a ocorrência de câncer gástrico.
- Verificar os tipos de complicações mais freqüentes, após a gastrectomia.

MÉTODOS

Estudo descritivo, quantitativo de natureza retrospectiva. Estudos retrospectivos são utilizados como sinônimo de estudo de caso-controle, visto que, neste tipo de investigação, o sentido das observações é inverso aos acontecimentos na vida real; pois partem do efeito, visando ligar eventos recentes às observações e exames realizados em um passado mais longínquo ou a ele referente⁷.

A coleta de dados foi realizada no Departamento de Arquivo Médico e Estatístico de um Hospital Universitário em Belém do Pará, instituição estadual, de grande porte, contendo 15 clínicas e 259 leitos e unidades especializadas em atendimento oncológico.

Os dados foram coletados por meio de fontes documentais, especificamente prontuários de pacientes admitidos em Clínica Cirúrgica, diagnosticados com câncer gástrico, no período de 2000 a 2005. A amostra da pesquisa correspondeu a 60% da população atendida e obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: pacientes admitidos com diagnóstico de câncer gástrico no período de 2000 a 2005, submetidos à gastrectomia subtotal e ou total, de ambos os sexos, independentes da faixa etária. A coleta de dados

ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA), (Protocolo nº. 068/2006). Para o levantamento das informações contidas nos prontuários dos pacientes, foi utilizado um instrumento contendo 18 perguntas, sendo duas abertas e 16 fechadas. Os dados, após a coleta, foram submetidos a tratamento estatístico e análise descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os prontuários dos pacientes admitidos com diagnóstico de câncer gástrico, submetidos à gastrectomia, no período compreendido entre 2000 a 2005 totalizaram 315. À distribuição quanto ao procedimento cirúrgico, 153 pacientes (48,5%) foram submetidos à gastrectomia total e 162 (51,4%) a gastrectomia subtotal.

O câncer gástrico acometeu principalmente pessoas do sexo masculino 221 indivíduos (70,1%). As taxas de câncer de estômago geralmente são maiores em pessoas do sexo masculino do que em pessoas do sexo feminino, constituindo uma proporção de 2 homens para 1 mulher¹⁰. Fato atribuído a uma maior exposição do sexo masculino aos fatores ambientais, principalmente ao alcoolismo e tabagismo. Prevaleram indivíduos com idade acima de 60 anos num total de 138 (43,6%) como os mais afetados pelo câncer gástrico e submetidos à gastrectomia. Somente foi identificado 1 paciente (0,3%) na faixa etária entre 20-30 anos, os demais 314 (99,6%) encontravam-se na faixa etária de 45-70 anos.

Quanto à procedência, 183 sujeitos (58,6%) eram da área urbana, com Estadiamento IIIB 85 (26,9%), um dado bastante relevante. O Estadiamento IIIB se refere a pacientes que já apresentam comprometimento de linfonodos e/ou tecidos circundantes. Quanto ao etilismo 178 (62,2%) referiu uso de bebidas alcoólicas, em média durante 22 anos, associado ao tabagismo. A relação etilismo/tabagismo é fator carcinógeno importante. O álcool é responsável por aproximadamente 3% de todas as mortes por câncer¹¹. Foi constatado também que 190 sujeitos (63,9%) eram tabagistas ativos, pois relataram haver fumado por um período médio de 19 anos, cujo consumo era de aproximadamente uma carteira e meia de cigarros ao dia. Dado que reforça o tabagismo como fator de risco para o desenvolvimento do câncer gástrico. É importante

que os profissionais da área da saúde investiguem os hábitos sociais e os vícios do paciente, dada sua importância para o diagnóstico do câncer, pois o fumo é considerado também, um carcinógeno potencial.

Para a variável, hábitos alimentares, 81 sujeitos (24,2%) declararam ingerir, indiscriminadamente, alimentos contendo carboidratos, lipídios, farináceos, proteínas, dentre outros. Quanto aos sintomas relatados pelos pacientes 243 (28,8%) alegaram epigastralgia e 201 pessoas (23,9%) perda de peso. A maioria não foi submetida à endoscopia 176 (60,4%). Em países com alta incidência de câncer gástrico existe um número considerável de pessoas com *Helicobacter pylori* presentes no estômago, embora não existam estudos científicos conclusivos sobre a relação direta entre a bactéria *Helicobacter pylori* e o câncer gástrico¹².

Buscando contemplar a predominância de câncer em indivíduos na mesma família, dados dos prontuários revelaram que 260 pacientes (89,3%) negaram esta relação. Nos demais prontuários 31 (10,6%) constavam apenas: "nada digno de nota" (NDN), segundo os relatos médicos, impossibilitando uma melhor avaliação e relação com o fator genético.

As complicações pós-operatórias mediatas mais frequentes nos pacientes submetidos à ressecção gástrica foram: dor abdominal, referida por 79 sujeitos (25%) e anemia 68 (22%). Quanto a variável septicemia, 62 sujeitos (19,6%) afirmaram este tipo de ocorrência, enquanto 48 indivíduos (15%) infecção de ferida operatória. As demais complicações identificadas foram: deiscência e evisceração, hipotensão e choque, náuseas e vômitos, dentre outras.

A taxa de mortalidade dentre os 315 pacientes submetidos à gastrectomia, foi de (31,1%), refletindo o diagnóstico tardio da doença.

Pacientes submetidos à gastrectomia são mais susceptíveis à infecção de ferida operatória, por se encontrarem, em sua maioria, em estado nutricional comprometido, terem o hábito de fumar por longo período, além de serem idosos. Existem também fatores relacionados ao procedimento cirúrgico, ao método de preparação pré-operatória da pele, a paramentação cirúrgica da equipe, o método de esterilização dos materiais cirúrgicos, a duração da cirurgia e possíveis falhas na técnica asséptica¹¹.

A deiscência e a evisceração da ferida geralmente resultam do afrouxamento das suturas, após a distensão acentuada ou tosse vigorosa. Entretanto, podem ocorrer também devido a idade e ao estado nutricional deficiente nos pacientes que se submetem à cirurgia abdominal⁸. Hipotensão arterial pode resultar da perda sangüínea, hipoventilação, alterações posturais, sendo a causa mais comum a diminuição do volume circulante, decorrente da perda de sangue total ou de plasma. Quanto ao choque, geralmente resulta de perfusão inadequada de tecidos e células, em virtude do volume reduzido de sangue circulante. No paciente cirúrgico, o choque hipovolêmico é, geralmente causado por hemorragia¹¹.

Neste estudo foi possível tecer algumas considerações acerca do paciente submetido à ressecção gástrica, caracterizar os fatores de risco que concorrem para o desenvolvimento do câncer gástrico, bem como as principais complicações no pós-operatório mediato de gastrectomia.

O câncer é uma doença cuja ocorrência normalmente acomete indivíduos que apresentam idade aproximada ou superior a 40 anos. No entanto, pode incidir em qualquer faixa etária. Sua frequência, considerando-se à faixa etária, varia também conforme o tipo de câncer. No estudo foi observado que o câncer gástrico acometeu principalmente pessoas idosas, num total de 138 (43,6%), devido a maior exposição aos fatores ambientais.

Quanto às variáveis escolaridade e renda familiar, não haviam dados suficientes nos prontuários, impossibilitando, portanto, a avaliação destes fatores.

Quanto ao estadiamento III B, caracterizando estágio avançado da doença, este reflete o comportamento de indivíduos que buscam os serviços de saúde tardiamente, diminuindo assim as possibilidades de sobrevivência. Dos 315 prontuários analisados, 28 (8,8%) não continham dados referentes ao diagnóstico definitivo.

Etilismo e tabagismo contribuem positivamente para o desenvolvimento do câncer. O álcool pode desencadear cirrose hepática, pancreatite, gastrite ou esofagite, condições eventualmente pré-cancerosas. Recomenda-se, portanto, sejam descritos pela equipe médica os principais fatores que concorrem para o aparecimento do câncer, por ocasião da realização do histórico do paciente, visando contribuir para um melhor

diagnóstico e tratamento da doença. Para o enfermeiro, estes dados auxiliam na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, na prescrição e planejamento da assistência ao portador de câncer gástrico.

Sobre os hábitos alimentares, estudos têm demonstrado que a dieta é fator de risco exógeno relevante. No estudo uma parcela significativa dos pacientes referiu hábitos alimentares inadequados: 37 (11%) ingeriam gordura, sal e alimentos apimentados; 38 (11,37%) referiram porções alimentares diárias insuficientes e 81 (24,2%) não tinham restrição alimentar, concorrendo também para o desenvolvimento do câncer gástrico.

A relação do câncer gástrico com a hereditariedade, neste estudo, não foi prevalente, pois do total de 315 (100%) pacientes, apenas 31 (9,9%) apresentavam história familiar positiva para o câncer gástrico. Fato que pode estar relacionado a falhas na obtenção dos dados. É importante que os profissionais da área de saúde valorizem os antecedentes pessoais e familiares, haja vista sua importância para o diagnóstico deste tipo de câncer.

O estudo permitiu também avaliar a qualidade dos registros médicos e inferir sobre sua importância para o planejamento da assistência de enfermagem no

atendimento às necessidades humanas básicas a pacientes gastrectomizados, bem como para subsidiar o desenvolvimento de novos estudos científicos.

CONCLUSÃO

Foi obtido no estudo um número expressivo de portadores de câncer gástrico, submetidos à gastrectomia. Foram evidenciadas também, algumas complicações após a gastrectomia. Dentre os fatores de riscos relacionados ao câncer gástrico e à gastrectomia destacaram-se os casos de bactéria *Helicobacter pilory*, gastrite, anemia perniciosa, acloridria, úlcera gástrica, fumo e alcoolismo. As complicações mais frequentes relatadas foram: dor abdominal, anemia, septicemia, perda ponderal e infecção de ferida operatória.

Conclui-se que resultados de estudos retrospectivos são importantes, pois podem contribuir para novos estudos, proporcionar uma melhor avaliação da pessoa acometida por esse tipo de câncer e à gastrectomia, permitir um melhor planejamento e implementação da assistência de enfermagem, bem como para o prognóstico da doença e a diminuição do tempo de permanência hospitalar. Além de beneficiar os pacientes contribui para a redução dos custos hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. Clark JC, Mcgee RF. Enfermagem oncológica. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.
2. Cola CB, Linhares E, Kesley R, Pinto CE. Tratamento cirúrgico do câncer gástrico em pacientes jovens: experiência de 5 anos do INCA. Rev Bras Cancerol. 2005;51(2):135-41.
3. Goldman L, Bennett C. Tratado de medicina interna. 21ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
4. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Rev Bras Cancerol. 2005;51(3):227-34.
5. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer. [acesso em 2006 abr. 10]. Disponível em: <http://www.inca.org.br>
6. Kassab P; Leme P. Epidemiologia do câncer gástrico. [acesso em 2006 maio 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br>.
7. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
8. Perry A, Potter PA. Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar. 3ª ed. São Paulo: Santos; 1998.
9. Robbins S, Cotran R, Kumar V, Collins T. Patologia estrutural e funcional. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
10. Simões P. Gastrectomia. [acesso em 2006 abr.10]. Disponível em: <http://www.psimoes.com/autor>
11. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

DIMENSÕES BIOPSISSOCIAL, CULTURAL E ESPIRITUAL DO PORTADOR DE QUEIMADURAS¹

BIOPSYCHOSOCIAL, CULTURAL AND SPIRITUAL DIMENSIONS OF THE BURNING CARRIERS.

DIMENSIONES BIOPSISSOCIAL, ESPIRITUAL Y CULTURAL DEL PORTADOR DE QUEMADURA

Francine Thaize Sartorello Salvini*, Camila Fanti Janzante*, Roberta das Graças Bezerra Galvão*, Maria Cristina de Moura-Ferreira**

Resumo

A queimadura é uma lesão que acomete e destrói parcial ou totalmente a pele, seus anexos e as estruturas mais profundas, tais como, músculos, órgãos, tendões e ossos, entre outros. Suas complicações e conseqüências modificam a rotina da pessoa nas dimensões física e psicológica, bem como alteram o convívio social, afetando também as relações com a família, amigos e profissionais. Trata-se de pesquisa exploratória, prospectiva, por abordagem quanti-qualitativa, que objetivou: identificar as dimensões biopsicossocial, espiritual e cultural de indivíduos acometidos por queimaduras, no período de internação e na fase de reabilitação; identificar os significados que os portadores de queimaduras atribuíram à queimadura. Foram sujeitos da pesquisa 11 indivíduos, de dois Hospitais Escola de um município do interior do Estado de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada. O perfil sociodemográfico revelou que a maioria era do sexo masculino; raça parda; faixa etária entre 20 a 55 anos; religião católica; 1º grau incompleto; procedentes do município em estudo e região; profissões variadas, desde balconista a caldeireiro. Os dados qualitativos foram submetidos à Análise de Prosa de André e a partir da análise foram levantados quatro temas: Dimensão Biológica, Dimensão Psicológica, Dimensão Social e Dimensão Espiritual/Cultural. Para cada tema, foram levantados tópicos correspondentes. Dos temas e tópicos foram elaborados quadros com os Significados destas Dimensões para os portadores de queimaduras. O portador de queimadura é um indivíduo que necessita de assistência integral e humanizada por meio do atendimento de todas as dimensões que compõem o ser humano, o que poderá ocorrer para sua melhor reabilitação e reinserção na sociedade.

Palavras-chave: Queimaduras. Apoio Social. Cuidados de Enfermagem.

Abstract

The burn is an injury that affects and almost completely destroys the skin, its annexes and the deeper structures such as muscles, organs, bones and tendons, among others. Its complications and consequences change the routine of the person in physical and psychological dimensions, and change the social conviviality, affecting also the relationships with family, friends and co-workers. This research is exploratory, foresight, for qualitative-quantitative approach, which objectives are: to identify the biopsychosocial, spiritual and cultural dimensions in the life of individuals affected by burns during the period of hospitalization and the phase of rehabilitation; to identify the meanings that the bearers of burns attached to burn itself. There were subject of search 11 individuals, from two School hospitals of an inner town in the state of São Paulo. The data were collected by semi-structured interview. The sociodemographic profile revealed that the majority were male, brown, age between 20 to 55 years; Catholic; incomplete primary education, from the municipality and region under study, professions varied from clerk the furnace worker. The qualitative data were submitted to André's Prose Analysis Method and from the analysis were raised four themes: Biological, Psychological, Social and Spiritual / Cultural. For each theme, corresponding topics were raised. Among the themes and topics were prepared tables with the meanings of these dimensions to the bearers of burns. The bearer of burning is an individual who needs assistance and full humanized care of all the dimensions that make up the human being, which may occur for better rehabilitation and reintegration into society.

Keywords: Burns. Social Support. Nursing Care.

Resumen

La quemadura es una lesión que acomete y destruye parcial o totalmente la piel, sus anejos y las estructuras más profundas, tales como, músculos, órganos, tendones y huesos, entre otros. Sus complicaciones y consecuencias modifican la rutina de la persona en las dimensiones física y psicológica, bien como alteran el convívio social, afectando también las relaciones con la familia, amigos y profesionales. Se trata de investigación exploratoria, prospectiva, por abordaje cuantitativa, que ha objetivado: identificar las dimensiones biopsicossocial, espiritual y cultural de individuos acometidos por quemaduras, en el periodo de hospitalización y en la fase de rehabilitación; identificar los significados que los portadores de quemaduras atribuyeron a la quemadura. Han sido sujetos de la investigación 11 individuos, de dos Hospitales Escuela de un municipio del interior del Estado de São Paulo. Los datos se han recolectado por medio de entrevista semiestructurada. El perfil sociodemográfico ha revelado que la mayoría era del sexo masculino; raza parda; edad entre 20 a 55 años; religión católica; 1º grado incompleto; procedentes del municipio en estudio y región; profesiones variadas, desde dependiente

*Graduadas em Enfermagem pelas Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva - SP.

**Mestre e Doutora em Enfermagem Fundamental pela EERP-USP, Ribeirão Preto, SP. Docente Titular das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva - SP.

¹ Artigo originado de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Enfermagem de Catanduva, Catanduva - SP.
Contato: mcmferreira@yahoo.com.br

a calderero. Los datos cualitativos se han sometido al Análisis de Prosa de André y a partir del análisis se han levantado cuatro temas: Dimensión Biológica, Dimensión Psicológica, Dimensión Social y Dimensión Espiritual/Cultural. Para cada tema, se han levantado tópicos correspondientes. De los temas y tópicos se han elaborado cuadros con los Significados de estas Dimensiones para los portadores de quemaduras. El portador de quemadura es un individuo que necesita asistencia integral y humanizada por medio de la atención de todas las dimensiones que componen el ser humano, lo que podrá ocurrir para su mejor rehabilitación y reinserción en la sociedad.

Palabras Clave: Quemaduras. Apoyo Social. Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

Queimaduras decorrem de acidentes e se caracterizam por lesões que destroem parcial ou totalmente a pele, seus anexos e estruturas mais profundas tais como os músculos, órgãos, tendões e ossos, entre outros¹.

A queimadura é também considerada uma lesão nos tecidos orgânicos que decorre de um trauma de origem térmica, podendo variar de uma pequena bolha ou flictena até lesões mais graves que podem desencadear diversas respostas sistêmicas, sendo as mesmas caracterizadas de acordo com a extensão e profundidade dessas lesões².

O trauma por queimadura está entre os mais graves e devastadores episódios que podem acometer o ser humano, pois suas complicações e conseqüências modificam a rotina da pessoa nas dimensões física e psicológica bem como alteram o convívio social, afetando também as relações profissionais, com a família e amigos.

As queimaduras são lesões freqüentes e correspondem a quarta causa de morte por trauma³. No entanto, mesmo quando não levam o indivíduo a óbito, as lesões mais severas produzem grande sofrimento físico e requerem longo tempo de tratamento, podendo durar meses ou até mesmo anos. São comuns seqüelas físicas e ou psicológicas. Pessoas de todas as idades estão sujeitas a este tipo de ocorrência, sendo mais freqüentes em crianças, muitas vezes por descuido dos pais ou dos responsáveis.

No indivíduo considerado como grande queimado, normalmente há perda de fluído através das áreas queimadas, e devido ao edema, podem levar ao choque hipovolêmico desenvolvido gradativamente. Quando ocorre o choque precoce, geralmente é devido a outras lesões associadas com a hemorragia. É importante lembrar que o indivíduo acometido por queimadura é classificado como politraumatizado, podendo haver outros tipos de lesões além da queimadura³.

As formas de tratamento envolvem: escarotomia, que consiste na descompressão da área atingida pela escara

inelástica, provavelmente da instalação de tecido necrótico, devido à compressão ou garroteamento conseqüente ao edema que não consegue expandir-se. A escarectomia é uma forma de incisão cirúrgica da necrose das queimaduras profundas, cujo objetivo é preparar o leito da ferida para posterior enxertia⁴.

Outra forma de tratamento é o homoenxerto ou aloenxerto, transplante de pele entre diferentes indivíduos da mesma espécie. Embora apresente integração temporária, é indicado para grandes queimados com escassez de áreas doadoras⁵.

A balneoterapia, banho com uso de água corrente clorada, é um procedimento cuja finalidade consiste na higienização do paciente e também na retirada de crostas, facilitando, dessa forma, o desbridamento da queimadura, e contribuindo para a diminuição da quantidade de bactérias. Atualmente, esse tipo de procedimento usa uma mesa apropriada, ao invés das antigas banheiras antes utilizadas⁶.

Para Scherer e Luís⁷, o indivíduo portador de queimaduras deve ser assistido integralmente, com vistas a alcançar o seu ajustamento, pois ele tem dificuldade para se adaptar a situação. Tanto a assistência individual quanto a grupal devem facilitar a expressão da pessoa portadora de queimaduras, sendo importante escutar, observar e compreender o que ela diz e sente.

O atendimento desejado não se limita à superação do trauma imediato, mas visa à reabilitação e à reintegração social da pessoa. Portanto, é indispensável oferecer assistência multiprofissional humanizada e infraestrutura adequada⁸.

Também é importante assistir o portador de queimaduras de forma holística, abordando as dimensões biopsicossocial, cultural e espiritual do evento queimadura, pois todas se encontram interligadas. É comum a abordagem dos aspectos biológicos, em detrimento das demais, psicossociais, espirituais e culturais.

Os aspectos psicológicos podem estar direta ou indiretamente ligados às dimensões culturais e sociais,

principalmente às biológicas, pois o paciente abalado psicologicamente poderá somatizar sentimentos e prejudicar a reabilitação física, tornando a internação hospitalar e a recuperação mais demoradas.

Na dimensão social o indivíduo queimado, vê-se impedido de retornar às atividades anteriormente desenvolvidas. As crianças vítimas de queimaduras permanecem, em média, de 4 a 6 meses ausentes da escola, podendo inclusive perderem o ano letivo, devido às dificuldades de readaptação. Enquanto os adultos muitas vezes são obrigados a mudar de profissão, devido às seqüelas funcionais e estéticas que a queimadura causa, ocasionando uma queda no padrão socioeconômico familiar⁹.

Quanto ao aspecto espiritual, tanto este pode estar ligado à aceitação do tratamento ou interferir no mesmo, segundo a religião ou religiosidade da pessoa. Existem religiões nas quais os adeptos não se submetem a transfusão sanguínea, não realizam atividades aos sábados, ou não ingerem carne, dentre outros aspectos, prejudicando o tratamento e a reabilitação.

Atender as necessidades espirituais considerando os aspectos religiosos poderá concorrer para uma melhor reabilitação, apoio e enfrentamento do trauma.

No aspecto cultural, o indivíduo queimado poderá assimilar sua nova condição e elaborar respostas diferentes segundo a subjetividade pessoal. É a cultura de um indivíduo que influencia e condiciona a formação de padrões, o conhecimento das atividades grupais e a compreensão de suas próprias reações¹⁰.

Existem poucos estudos científicos relacionados aos aspectos psicossociais, espirituais e culturais do portador de queimadura, pois comumente fazem abordagens dos aspectos biológicos.

Diante do exposto, esse estudo procurou abordar os aspectos autoreferidos pelo indivíduo vitimado pelo evento queimadura, seja por ocorrência térmica, química ou elétrica, relativos a todas as dimensões que o cercam - psicossocial, espiritual e cultural.

Espera-se, desse modo, contribuir para a produção de conhecimento na assistência de enfermagem ao portador de queimadura, com vistas à promoção de um atendimento cujo enfoque seja o ser humano integral e individualizado.

OBJETIVOS

· Identificar as dimensões biopsicossocial, espiritual e cultural presentes no evento queimadura, no período de internação e na fase de reabilitação de portadores de queimaduras internados ou em acompanhamento ambulatorial, de dois Hospitais Escola do interior do Estado de São Paulo.

· Verificar os significados do evento queimadura nas dimensões biopsicossocial, espiritual e cultural, autoreferidos pelos portadores de queimaduras, hospitalizados em Unidades de Tratamento de Queimaduras (UTQ) e Ambulatório de Cirurgia Plástica de Hospitais Escola, de um município do interior do Estado de São Paulo.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi de abordagem exploratória, prospectiva, quanti-qualitativa, desenvolvida visando conhecer os significados do evento queimadura segundo as dimensões biopsicossocial, espiritual e cultural do indivíduo queimado. A pesquisa foi realizada em dois Hospitais Escola de um município do interior do Estado de São Paulo, sendo uma fase desenvolvida na UTQ, e outra fase no Ambulatório de Cirurgia Plástica. Foram mantidos o sigilo e o anonimato dos participantes, conforme Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Para as entrevistas foram elaborados roteiros de entrevistas para avaliação do portador de queimaduras internados na UTQ e em acompanhamento ambulatorial. Ambos buscavam contemplar as dimensões biopsicossocial, espiritual e cultural do evento queimadura, no período de internação e de reabilitação.

Após as entrevistas, os dados obtidos foram transcritos, sendo os de natureza quantitativa apresentados textualmente, analisados e interpretados por Análises de Frequência Simples e Relativa¹¹. Os dados de natureza qualitativa foram submetidos à várias leituras para levantamento das prosas decorrentes das falas dos sujeitos e, em seguida, analisados e interpretados segundo Análise de Prosa de André¹².

Análise de Prosa é "uma forma de investigação do significado dos dados qualitativos, consiste em um meio de se obter questões quanto ao conteúdo de um determinado material, ou seja, O que este diz?; O que

significa?; Quais suas mensagens?”. Estas mensagens podem ser intencionais ou não-intencionais, explícitas ou implícitas, verbais ou não-verbais, alternativas ou contraditórias¹². É voltada para a discussão de pesquisas de natureza qualitativa, sendo destacada pela autora, como uma forma de analisar e examinar os dados pertinentes a inferência.

A partir da análise dos dados coletados e de sua contextualização são identificados tópicos e temas principais relacionados à situação estudada; estes ajudam a questionar freqüentemente as interpretações e também podem oferecer indicações para interpretações alternativas.

Tópico refere-se a um assunto enquanto o tema é uma idéia, com um nível de abstração maior¹².

Dentre as técnicas empregadas para testar a “validade” das interpretações de natureza qualitativa destacam-se:

- credibilidade junto aos informantes, isto é, “as pessoas que fornecem a informação estão provavelmente na melhor posição para atestar ou não a relevância de certos itens”;

- corroboração com a parte de outro(s) analista(s), ou seja, “as inferências do pesquisador sobre a relevância de um tópico ou tema, podem ser checadas através do julgamento de um outro analista (ou grupo de analistas)”;

- triangulação, significa “a combinação de múltiplas fontes de dados, vários métodos de coleta e diferentes perspectivas de investigação”¹².

Alguns autores colocam estes procedimentos na abordagem de dados qualitativos, tais como: “o primeiro aspecto é de que a análise está presente nos diferentes estágios da investigação e é parte integrante do processo de coleta de dados”. Um outro procedimento seria que a “tarefa de análise dos dados qualitativos deve ser um empreendimento conjunto” e um terceiro ponto enfatizado, é que devemos “examinar os dados com perguntas bem amplas em mente, pois auxiliará a manter o foco de atenção no todo sem que se perca de vista a multiplicidade de sentidos que podem estar implícitos no material”¹³.

Em outro estudo realizado com portadores de queimaduras, Moura¹³, tomando por base a Análise de Prosa de André, construiu seis etapas de análise: Organização dos Dados Coletados; Leitura; Exame e Seleção dos Dados Coletados; Interpretação e Descoberta dos Temas e

Tópicos; Agrupamento e Relação dos Tópicos e Temas; Apresentação dos Significados atribuídos pelo sujeito para o evento queimadura. Os dados coletados neste estudos foram analisados com base nessas etapas.

O significado como a compreensão dos sentidos que o sujeito manifesta é entendido através da sua prosa, da sua fala, buscando a compreensão do pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto da entrevista, numa concepção transparente da linguagem¹⁴. Os significados e as intenções humanas funcionam dentro de estruturas sociais que são invisíveis, porém reais, ou seja, a linguagem, as decisões, os conflitos e hierarquias exercem grandes influências nas atividades humanas, sendo as pessoas mutuamente por eles influenciadas¹⁵.

As dimensões biopsicossocial, cultural e espiritual que envolvem o cuidado ao portador de queimaduras, no desenvolvimento desse processo, envolvem a identificação das unidades de significado ou unidades de fala, ou seja, as informações contidas nas entrevistas foram identificadas e rotuladas em um tópico e em um tema.

Para obtenção dos significados atribuídos pelos portadores de queimaduras ao evento, foi criado um esquema com temas e tópicos. Cada tópico foi composto pela reunião de algumas “unidades de significado” ou “unidades de fala”. Desta forma, cada “unidade de significado” representativa de determinado tópico pertencente a um tema, representa os significados das dimensões biopsicossocial, espiritual e cultural atribuídos pelos portadores de queimadura ao evento queimadura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados quantitativos foram categorizados e revelaram o perfil sociodemográfico dos portadores de queimaduras, segundo as variáveis: idade, sexo, raça, estado civil, procedência, naturalidade, ocupação, escolaridade, religião, dias de internação, tipo de acidente, tipo de queimadura, profundidade da queimadura, superfície corporal queimada e áreas de queimaduras, cirurgias realizadas e agentes da queimadura.

Participaram da investigação 11 portadores de queimaduras, sendo 08 indivíduos internados na UTQ e 03 em fase de reabilitação. Com relação à idade e à raça, a faixa etária variou de 22 a 55 anos, sendo a raça prevalente a parda (45,5%). A maioria dos indivíduos era

do sexo masculino (63,6%), casados (54,5%) e procedentes do município em estudo (18,2%). A ocupação dos portadores de queimaduras variou consideravelmente em relação à escolaridade; 63,4% tinham o 1º grau incompleto; a religião católica foi predominante (81,8%).

Com relação aos dias de internação ocorreram variações, sendo que cada portador de queimaduras permaneceu internado na UTQ em períodos diferentes, que cuja variação foi de 5 a 35 dias. Os agentes etiológicos mais freqüentes foram os acidentes por chama e líquidos inflamáveis (18,2%). As queimaduras por acidente de trabalho corresponderam a 50% dos pacientes estudados. Quanto ao tipo e profundidade da queimadura 63,7% dos pacientes foram classificados como grande queimado, pois apresentaram lesões de 2º e 3º graus associadas. Em relação a superfície corporal queimada e cirurgias de enxertia e/ou desbridamento 36,4% dos pacientes foram submetidos a algum tipo de cirurgia.

Quanto aos dados qualitativos, as prosas contidas nas entrevistas foram analisadas, delas sendo retiradas partes que foram denominadas de *unidades de significado* ou *unidades de fala*. Com base nas mesmas chegou-se a tópicos e, em seguida, estes foram agrupados aos seus respectivos temas.

Para o tema dimensão biológica, foram agrupados os tópicos: dor, banho e higiene, sedação, curativo, sono/repouso/bem-estar, mobilidade física, reabilitação física, e debilidade física.

Em relação ao tema dimensão psicológica, foram destacados tópicos referentes a: sentimento, medo, perda da liberdade, demonstração de tranqüilidade, esperança, expectativas, incertezas, recebendo atenção, levando a vida, laços de família, preocupação, abandono, sensação de impotência, demonstração de aceitação, e realização do auto-cuidado.

Segundo o tema dimensão social, foram obtidos os tópicos: relação interpessoal interrompida, afastamento social, familiar e afastamento profissional. Quanto ao tema dimensão espiritual e cultural, foram identificados os tópicos: fé e crença, religião sem interferência no tratamento e afastamento dos ritos religiosos.

Para o tema na dimensão biológica houve maior ênfase para a dor, sedação, curativo, banho, higiene e, sono e repouso. Dos significados que os portadores de

queimaduras atribuíram à queimadura nesta dimensão, a dor foi referida e esteve presente em quase todos os tópicos, com evidência de ocorrência em maior intensidade durante a realização dos procedimentos diários, como banho e curativos.

As unidades de fala utilizadas para representar estes temas e tópicos foram: "...significa uma dor terrível..." (E4-UTQ); "...é...o banho mesmo sendo doloroso é uma melhora que a gente alcança..." (E4-UTQ); "...vai passando o sedativo..." (E2-UTQ); "...o curativo também é uma parte que a gente...é...tem medo de fazer curativo..." (E4-UTQ); "...ah, perdi muito sono já, viu..." (E5-UTQ); "...eu já tô sentindo força nas perna já de volta..." (E1-ACP); "...usei as malha, uso uma cervical no pescoço..." (E2-ACP); "...porque deu atrofiamento na minha perna..." (E2-ACP).

Independentemente do uso da medicação para analgesia durante a realização dos procedimentos, as manifestações de dor envolvem desde o silêncio até gritos, choros e súplicas para que o sofrimento termine¹⁶.

A dor também pode ser induzida ou exacerbada pela solidão devido ao longo período de internação. A ansiedade antecipada aos procedimentos pode causar um aumento progressivo no limiar da dor e também provocar insônia, muito freqüente em pacientes queimados, tornando-os menos tolerantes a dor¹⁷.

Quanto ao tema dimensão psicológica, os aspectos envolveram sentimentos, medo e esperança, auto-imagem, incertezas e preocupações, bastante evidenciados nos discursos, vindo a corroborar com a hipótese de que a queimadura afeta profundamente o estado psicológico do ser humano.

As unidades de fala que representaram estes aspectos foram: "... é terapia, tem psicólogo, tem a parte da enfermagem, que vem, faz a unha, bate papo com a gente, é excelente..." (E4-UTQ); "...ah um desespero, né..." (E2-UTQ); "...horível...horível...a vida da gente pára aqui dentro..." (E6-UTQ); "...a gente muda, muda a vida da gente completamente, o pensamento, o modo de agir, a gente quer aproveitar a vida o máximo possível..." (E3-ACP); "...porque eu tenho quelóide, ficou uma cicatriz aderida, meio inchada..." (E2-ACP); "...ah, no começo a gente ficava com um pouco de vergonha, por tá usando a malha, por tá queimado, mais agora a gente já acostuma [...] é muito legal, agora normal..." (E3-ACP);

"...ai...como...às vezes eu olho no espelho, assim, aí eu fico, será que eu vou volta 100%..." (E3-ACP)

Foi observado que a maioria das pessoas durante a fase mediata, período de 72 horas após o evento queimadura, e internados na UTQ, apresentaram sentimentos negativos, tais como: desespero, angústia, saudade, dor, ansiedade, necessidade de fuga da situação atual, rejeição do próprio corpo e dúvidas. Quando houve melhora desses sentimentos, também demonstraram esperança e se sentiram confortados com a realização dos cuidados desenvolvidos pelos profissionais, bem como com o aconchego familiar.

O paciente, após um acidente por queimaduras, poderá ser arremetido, a dolorosas experiências de desamparo, medo e aniquilamento, capazes de causar um drama pessoal e ocasionar grande desconforto e frustração¹⁸.

Na fase aguda, ou seja, nas primeiras 24 horas da queimadura, o paciente estará enfrentando o trauma e viverá um luto quanto às perdas óbvias. Depressão, regressão e comportamento manipulativo são comuns nesses casos¹⁹.

Para o tema dimensão social, os aspectos relacionados às relações interpessoais interrompidas e a visitas recebidas, evidenciaram que no âmbito social há interferência na vida pessoal, segundo as unidades de fala apresentadas: "...a gente nunca ficou fechado desse jeito, né..." (E2-UTQ); "...que a gente ainda não tem como sair de casa..." (E1-ACP); "...to mostrando pra mim mesmo que eu não tenho preconceito..." (E2-ACP); "...não...os meus filhos... o meu esposo...eles têm uma responsabilidade muito grande..." (E4-UTQ); "...porque eu...eu quero saí daqui e...ver meu filho casado...e ver meus netos..." (E3-UTQ); "...com o tempo...vai passando...cada um tem saudade, vem e a gente vê, é onde que vai tendo um relacionamento..." (E4-UTQ); "Tão tudo... chorando por causa de mim... tudo chorando... Ó o monte de carta que tem aí, abre a gaveta pra você ver..." (E8-UTQ)

A internação interfere na interação com o grupo familiar, pois o paciente transcorre um longo período separado dos contatos físicos e sociais necessários ao afeto e estimulação sensorial²⁰.

Quanto ao tema dimensão espiritual, os aspectos como fé, crença e religiosidade relacionados ao tratamento foram observados nas seguintes falas: "...não, as pessoas são queimado, vai na igreja pede oração, né, então ora pras pessoa e tudo..." (E2-UTQ); "...eu até rezo para poder sair daqui o mais rápido possível... a religião ajuda... ajuda sim eu acho que se tem fé e persistência eu acho que ajuda sim..." (E3-UTQ); "...Vejo a mão de Deus, porque em primeiro momento da minha vida, é ...quando eu me senti embaixo daquela caloria, eu simplesmente pedi "Senhor, não me deixe morrer" é onde que eu até agora estou sustentada por isso..." (E4-UTQ); "...não tem né, não tem nada... religião não..." (E2-UTQ); "... não... não, não tá interferindo em nada não..." (E5-UTQ).

Os pacientes relataram que a religião a qual pertencem não interferiu no tratamento, ou seja, não houve nenhuma restrição a procedimento do tratamento, quer seja, em transfusões sanguíneas, alimentação dentre outros. Houve predomínio de indivíduos das religiões católica e evangélica. No entanto, os indivíduos acometidos por queimaduras demonstraram apego a Deus como uma forma de fortalecimento diante da situação traumática que a queimadura provocou e à transformação em suas vidas.

Alguns sujeitos do estudo, nos momentos de dor, acreditavam que Deus estava presente ao lado deles, e os auxiliou no alívio da dor decorrente dos procedimentos realizados.

Sobre o tema dimensão cultural, uma sucessão de unidades de falas permearam todas as outras dimensões, conforme demonstrados nas falas: "...eu gosto de tomar banho todo dia [...] banho significa limpeza [...] higiene..." (E6-UTQ); "...dormia todo dia seis e meia, sete horas eu tava indo pra cama, agora eu durmo, não durmo...tem dia que eu não consigo dormir a noite inteira..." (E6-UTQ); "...a gente tem que vivê num ambiente que... onde não agrada a gente..." (E4-UTQ); "...praticar esportes que eu gosto...capoeira, futebol, vôlei, handball..." (E3-ACP); "...porque não é fácil a gente ser normal e de repente aparece com um monte de marcas no corpo..." (E2-ACP); "... Foi um acidente, uma coisa que aconteceu espontânea, né?! ..." (E2-UTQ); "...Eh... né... um fato natural, né..." (E2-UTQ).

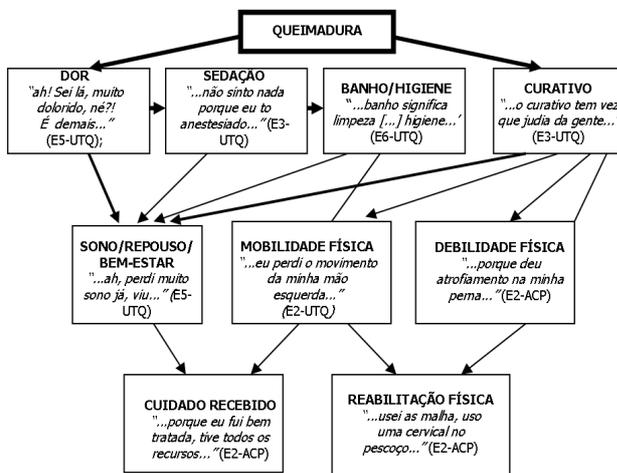
Cada indivíduo inserido diferentemente na sociedade segue padrões e costumes desde o nascimento.

Estes são passados de geração a geração, e envolvem comportamentos, crenças e reações aos acontecimentos de maneira única. Muitos desses comportamentos são aceitos pela sociedade ou não. Em muitas culturas a dor e o sofrimento são vistos como elementos essenciais à condição humana. Os diferentes tipos de atitudes, expressões ou comportamentos frente à dor são impostos por diversidades culturais. Às vezes, um paciente assume o comportamento de "herói" e não manifestando sua dor poderá não ser medicado adequadamente, enquanto aqueles que se queixam, choram e gritam manifestando sua dor, muitas vezes são considerados como pessoas que extrapolam e fazem escândalo¹⁶.

As crenças e os valores pessoais da pessoa queimada influenciam no cuidado corporal, assim como pessoas de várias origens culturais seguem diferentes práticas de autocuidado.

A partir dos tópicos e temas foi realizada uma esquematização dos significados atribuídos pelos portadores de queimadura nas dimensões biológica, psicológica, social, espiritual e cultural, conforme apresentação dos Quadros de 1 a 4 a seguir.

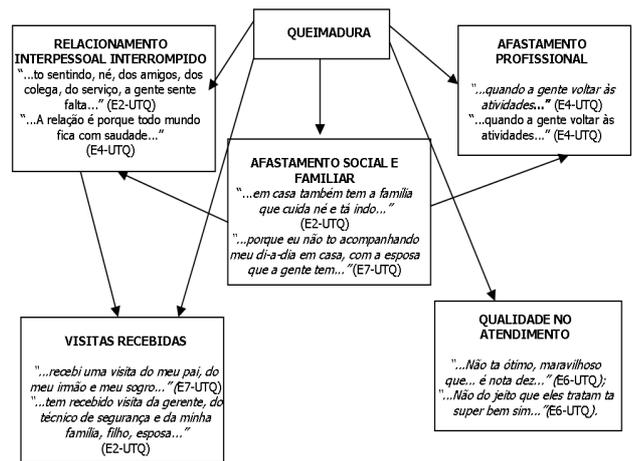
Quadro 1 – Significados da dimensão biológica em portadores de queimadura quanto ao evento queimadura.



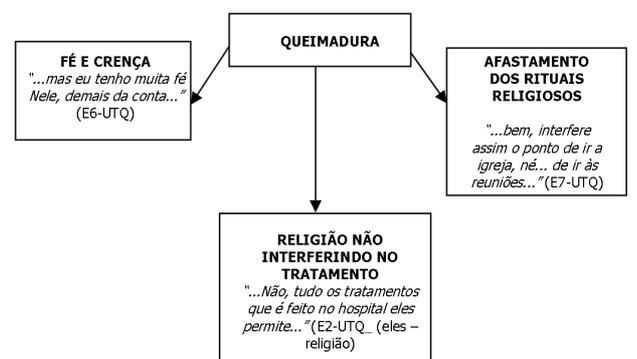
Quadro 2 – Significados da dimensão psicológica em portadores de queimadura quanto ao evento queimadura – fase mediata.



Quadro 3 – Significados da dimensão social em portadores de queimaduras quanto ao evento queimadura



Quadro 4 – Significados da dimensão espiritual em portadores de queimaduras quanto ao evento queimadura.



CONCLUSÃO

Ficou evidenciada no estudo a importância das dimensões biopsicossociais, espirituais e culturais para os indivíduos acometidos pelo evento queimadura. Conhecer e identificar estas dimensões possibilita o desenvolvimento de assistência de enfermagem integral, pois vislumbrar o paciente como um todo indivisível e assisti-lo de forma individualizada, humanizada e integralizada é a meta principal para os cuidados de enfermagem.

A assistência prestada ao paciente não pode focar somente a dimensão biológica, pois outras dimensões estão presentes na condição do portador de queimaduras e precisam ser consideradas. No caso da dimensão psicológica, bastante afetada, é importante saber como a pessoa vai reagir ou agir ante o evento, geralmente inesperado e doloroso.

Este estudo teve como propósito fundamental identificar aspectos das dimensões humanas inerentes ao portador de queimadura, pois os significados atribuídos pelas pessoas acometidas por este tipo de ocorrência podem melhorar a qualidade assistencial de enfermagem.

Assim, sugere-se a realização de estudos com foco nas dimensões humanas, pois quando conhecidas em profundidade e complexidade, concorrem para o desenvolvimento da assistência de cuidados de

enfermagem mais eficientes e seguros, e maior satisfação tanto para a equipe de enfermagem quanto para os pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

1. Gomes DR. Fisiologia e fisiopatologia. In: Gomes DR, Serra MCVF, Pellon MA. Queimaduras. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p.15-28.
2. Russo AC. Tratamento das queimaduras. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 1976.
3. Carvalho FH. Queimaduras e hipotermia. In: Oliveira BFM, Parolin MKF, Teixeira E Jr. Trauma: atendimentos pré-hospitalar. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 229-36.
4. Guimarães LM Jr. Conduta cirúrgica no queimado agudo. In: Gomes DR, Serra MCVF, Macieira L Jr. Condutas atuais em queimaduras. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 99-109.
5. Lima EM Jr. Homoenxerto. In: Gomes DR, Serra MCVF, Pellon MA. Queimaduras. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p. 149-151.
6. Lima EM Jr, Barbosa RCC, Teixeira PRQ, Melo FR. Balneoterapia. In: Lima EM Jr, Serra MCVF. Tratado de queimaduras. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 421-29.
7. Sherer ZAP, Luís MAV. Percepções e significados atribuídos pelos pacientes à vivência da queimadura. *Acta Paul Enferm.* 1998;11(2):64-72.
8. Nery GBL, Teixeira TLLC, Mattar CA, Almeida PCC. Programa de atendimento a queimados da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo: memória, evolução, desafios e conquistas. In: Lima EM Jr, Serra MCVF. Tratado de queimaduras. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 625-38.
9. Menezes ELM, Silva MJ. O grande queimado. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p.561-73.
10. Pereira APS, Zago MFZ. As influências culturais na dor do paciente cirúrgico. *Rev Esc Enferm USP.* 1998;32(2):144-52.
11. Vieira S. Introdução à bioestatística. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 1980.
12. André MEDA. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. *Cad Pesq.* 1983;(45):66-71.
13. Moura MC. A sexualidade do portador de seqüela de queimadura: a busca (e o encontro) do prazer. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1996.
14. Costa ECFB; Rossi LA. As dimensões do cuidado em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. *Rev Enferm USP.* 2003;37(3):72-81.
15. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(4):379-84.
16. Rossi LA, Camargo C, Santos CMNM, Barruffin RCP, Carvalho EC. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Rev Latinoam Enferm.* 2000;8(3):18-26.
17. Choinière M, Melzack R, Rondeau J, Girard N, Paquin MJ. The pain of burns: characteristics and correlates. *J Trauma.* 1989;29(11):1531-39.
18. Firmino J. Suporte psicológico do paciente. In: Lima EM Jr, Serra MCVF. Tratado de queimaduras. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 381 – 382.
19. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Tratado de pacientes com lesão por queimadura. p.1802-45.
20. Carlino SM. Atención de enfermería a los aspectos psicológicos del paciente con quemaduras graves. *RAE.* 1984;(20):38.

PADRONIZAÇÃO DE KITS DE MATERIAIS CIRÚRGICOS - PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO¹

KITS STANDARDIZATION OF SURGICAL MATERIALS: AN ESTABLISHMENT PROPOSAL

ESTANDARDIZACIÓN DE LOS KITS DE MATERIALES QUIRÚRGICOS: UNA OFERTA DEL ESTABLECIMIENTO

Giseli Terezinha Pagliarini Cypriano, Ozeias Ujaque*, Rogério Rodrigues de Lima*, Ilza dos Passos Zborowski***

Resumo

O Centro Cirúrgico é uma área de atividade importante e diferenciada no complexo hospitalar. Tendo em vista a necessidade de conter gastos e aumentar a eficiência das atividades cirúrgicas hospitalares, foi desenvolvido um estudo "piloto" sobre Kits de materiais cirúrgicos objetivando identificar os procedimentos cirúrgicos mais frequentes em um hospital escola do interior do Estado de São Paulo e propor a sua padronização. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e registros internos do setor, a fim de identificar as cirurgias eletivas ocorridas num período de seis meses. Foram escolhidas cinco cirurgias mais frequentes: Colectomia, Postectomia, Herniorrafia Inguinal e Umbilical e Facectomia. Relativo a estes procedimentos cirúrgicos, foram consultadas as notas de salas cirúrgicas e anotados os materiais usados em dez cirurgias realizadas para cada tipo de procedimento específico, totalizando 50 cirurgias. A relação dos materiais usados nas dez cirurgias de cada tipo permitiu calcular a média de cada material e os números encontrados serviram de parâmetro para compor os Kits de materiais. O levantamento contemplou 34% do montante relativo à demanda do centro cirúrgico. Após a conclusão do estudo, foi proposta sua implantação no Centro Cirúrgico, visando melhorar e otimizar as ações no setor. A padronização dos Kits cirúrgicos facilita a administração de materiais, a previsão e contenção de gastos, bem como, promove a imagem positiva do serviço de enfermagem em Centro Cirúrgico.

Palavras-chave: Equipamentos cirúrgicos. Enfermagem de Centro-Cirúrgico. Materiais. Administração de Materiais no Hospital. Implementação de Plano de Saúde.

Abstract

The Surgery Center is an important and differentiated activity area in a hospital complex. In view of the necessity to reduce costs and to increase efficiency of the surgical activities a "pilot" study was developed about surgical materials kits with the objective to identify the surgical procedures most frequently used and usual surgical procedures and its standardization in a school hospital in Catanduva, Sao Paulo state, Brazil. Initially a research was done together with SAME (Service of Medical Archive and Statistics) and books registers of the same surgical center, identifying all elective surgeries that occurred in a period of 6 months. So the 5 most frequently surgeries have been chosen (Colectomy, Postectomy, Herniorrafy Inguinal and Umbilical and Facectomy). Regarding this surgical procedures data from surgical room had been consulted and written down the used materials in 10 procedures of each one totalizing 50 surgeries. The roll of material used in 10 surgeries of each type allowed calculating the average of each material and the found numbers had been used to compose kits of materials. The survey included 34% of the amount on the demand of the surgical center. Upon completion of the study, its implementation was proposed to the Surgical Center to improve and optimize the shares in the sector. The standardization of surgical kits facilitates the administration of materials, and the estimates of spending restraint, as well as promoting the positive image of the department of nursing at the Surgical Center.

Keywords: Surgical equipment. Operating Room Nursing. Materials. Materials Management Hospital. Health Plan Implementation.

Resumen

El Quirófano es un área de actividad importante y diferenciada en el complejo hospitalario. Debido a la necesidad de reducir gastos y para aumentar la eficacia de las actividades quirúrgicas hospitalarias, se ha desarrollado un estudio piloto sobre Kits de materiales quirúrgicos con el objetivo de identificar los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en un hospital escuela del interior de San Pablo y proponer su estandarización. Inicialmente se ha realizado una investigación junto al Servicio de Archivo Médico y Estadística (SAME) y registros internos del sector, a fin de identificar las cirugías electivas que ocurrieron en un período de 6 meses. Se ha optado por las cinco cirugías más frecuentes: Colectectomia, Postectomia, Herniorrafia Inguinal y umbilical y Facectomia. En relación a estos procedimientos quirúrgicos, se han consultado las anotaciones de salas de cirugías y anotados los materiales usados en 10 cirugías realizadas para cada tipo de procedimiento específico, siendo evaluadas un total de 50 anotaciones. La relación de los materiales usados en las diez cirugías de cada tipo ha permitido calcular el promedio de cada material y los números encontrados servirán de parámetro para componer los Kits de materiales. El levantamiento ha contemplado el 34% del número total relativo a la demanda del quirófano. Tras la conclusión del estudio la implantación en el Quirófano ha sido sugerida a la Dirección del Hospital en el cual el estudio se ha desarrollado, visando mejorar y optimizar las acciones en el sector. La estandarización de los kits quirúrgicos facilita la administración de materiales, la previsión y contención de gastos, y también, promueve la imagen positiva del servicio de enfermería en el Quirófano.

Palabras clave: Equipo Quirúrgico. Enfermería en Sala Quirúrgica. Materiales. Administración de Materiales de Hospital. Implementación de Plan de Salud.

*Enfermeiros graduados pela Faculdade de Enfermagem de Catanduva - SP.

**Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva - SP.

¹Artigo originado de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Enfermagem de Catanduva (FEC) para obtenção do título de Graduação em Enfermagem. Contato E-mail: ilzaz@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O hospital é uma organização complexa e envolve atividades humanas específicas, sendo composto por diversos setores diferenciados. Também tem sido o local preferencial onde o avanço científico e tecnológico exhibe maiores marcas, através da sofisticação de técnicas e requintes de equipamentos e insumos outros, absolutamente desejáveis como reflexo dos níveis de prosperidade e desenvolvimento de uma sociedade. Entretanto, é principalmente o trabalho da equipe de enfermagem que determina a qualidade e eficácia de atenção ao tratamento¹. Quanto ao Centro Cirúrgico, pode-se dizer que é um dos setores hospitalares que acompanhou e, eventualmente, sofreu importantes modificações devido à evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, decorrentes também da grande variedade de recursos materiais e equipamentos utilizados atualmente nos procedimentos cirúrgicos.

No entanto, se por um lado esses avanços tecnológicos vêm exigindo dos enfermeiros um alto grau de preparação, também representam um desafio e oportunidades para melhorar o nível assistencial, bem como, garantir boa atuação e satisfação aos profissionais que atuam em tão importante área hospitalar.

O principal consumidor de materiais hospitalares e, conseqüentemente, um local prioritário para análise de potencial de desperdício é o Centro Cirúrgico². Porém, de modo geral, os profissionais que atuam neste setor desconhecem e pouco se envolvem em questões relativas ao consumo e controle do material utilizado nos procedimentos cirúrgicos, bem como quanto isso representa monetariamente à instituição³.

Conhecer os custos dos serviços de saúde é importante, pois permitem identificar aspectos da organização que precisam ser melhorados, tais como: a redução e controle de gastos, eliminação de desperdícios, trabalhando com eficiência e preservação da qualidade ao serviço prestado⁴.

A complexidade das relações entre saúde e trabalho requer a organização dos métodos de trabalho, a inovação de modelos e, necessariamente, dos métodos interdisciplinares de investigação. É necessário investimento em educação continuada para os trabalhadores, pois quando há controle do processo global de trabalho, geralmente as

ações se desenvolvem de forma adequada, principalmente quanto à racionalização de gastos visando controlar custos.

O termo "custo" normalmente refere-se aos gastos realizados na produção de bens ou serviços afins numa organização⁵. Gastos estes empregados em insumos utilizados na produção.

A administração dos recursos materiais tem sido motivo de preocupação nas organizações de saúde, tanto nas instituições públicas, quanto privadas. O uso exagerado e incorreto de materiais e a falta de conhecimento técnico e específico, dos profissionais responsáveis pela assistência de enfermagem em Centro Cirúrgico, acarretam desperdício de materiais e tempo.

A adoção de novas técnicas de gestão apresenta-se como estratégia fundamental para o estímulo à mudança e ajustes necessários para garantir maior desenvolvimento organizacional. É apresentada como solução para ligar a organização aos recursos ambientais, razão pela qual se difundem novos modelos de gestão, considerando-se novos paradigmas⁶.

A padronização de materiais é essencial nos ambientes de Centro Cirúrgico, haja vista sua finalidade técnica e suas indicações de uso na determinação do produto específico para procedimentos específicos. Predispõe, portanto, à diminuição da diversidade de materiais considerados desnecessários ou em duplicidade.

É papel do enfermeiro em Centro Cirúrgico, verificar freqüentemente as condições de trabalho, observar o uso excessivo de materiais e adequar o estoque à prestação de serviço, além de elaborar protocolos para facilitar o controle, garantir qualidade e agilizar o processo de trabalho.

No gerenciamento dos serviços de enfermagem, os enfermeiros geralmente tomam contínuas decisões em relação à estrutura, processos e resultados institucionais, havendo necessidade de domínio de conhecimentos e habilidades em diferentes áreas, dentre as quais, a inclusão de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades sobre custos. Portanto, estratégia essencial a ser utilizada nos processos decisórios. Os enfermeiros têm participação importante na escolha mais adequada dos materiais utilizados nos hospitais, podendo opinar/gerenciar em comissões avaliadoras para indicações, cotações e compras de materiais médico-hospitalares.

A padronização de materiais, particularmente, oferece resultados compensadores, tanto no âmbito

econômico, quanto técnico, pois facilita a administração de materiais, sobretudo a previsão, pela redução da quantidade de itens para compor os Kits. Melhora também a organização e o controle dos materiais, bem como diminui o desperdício⁷.

A previsão de materiais, ou seja, a quantidade a ser requisitada nas unidades ao almoxarifado, é determinada pelo perfil ou demanda de consumo de cada unidade, estabelecendo-se, dessa forma, uma cota de materiais representativos da estimativa de gastos por determinado período⁸.

As vantagens operacionais da utilização do pacote pré-montado para cirurgias, referentes ao trabalho da equipe de enfermagem, é facilitar a armazenagem e o controle da quantidade e qualidade dos insumos utilizados, além da menor dependência a outros setores do hospital, como por exemplo, o setor de materiais auto-clavados⁹.

Durante o convívio no setor de Centro Cirúrgico em um Hospital Escola onde o estudo foi realizado, especialmente nos estágios curriculares em Clínica Cirúrgica, foi evidenciada, principalmente, a falta de padronização para os materiais de consumo em Centro Cirúrgico. Este recurso facilita a organização, agiliza o serviço, controla os gastos de materiais utilizados nas cirurgias eletivas e nas cirurgias emergenciais.

Buscando melhor delimitar o objeto de estudo, foi realizado um levantamento bibliográfico acerca do tema, identificando-se que várias instituições utilizam protocolos, visando padronizar os materiais usados para os procedimentos cirúrgicos. Os serviços de Centro Cirúrgico seguem determinados critérios e utilizam o sistema de Kits, principalmente no atendimento a pessoas com planos de saúde e convênios. Neste aspecto, os Kits podem diminuir o índice de glosas, que acontecem com frequência nas contas hospitalares de convênios. A palavra glosa significa "suprimir, ou anular parte da conta ou de orçamento"¹⁰.

As glosas levam a uma redução do valor cobrado pelo prestador de serviço e decorrem normalmente, de critérios para pagamento de procedimentos estipulados pelas operadoras para monitorar a qualidade da rede prestadora. Visam minimizar a utilização e o faturamento segundo o tratamento prestado¹¹.

Para o desenvolvimento de um estudo sistematizado sobre Kits de materiais e sua adequação ao ambiente de Centro Cirúrgico, foi, inicialmente, contatado

o enfermeiro responsável pelo serviço de enfermagem do Centro Cirúrgico do hospital onde foram desenvolvidas atividades de ensino clínico para saber se já havia sido adotado o sistema de Kits de materiais. Tomou-se conhecimento da proposta de reforma da estrutura física do Centro Cirúrgico e o desenvolvimento de estudos visando melhorar as condições de atendimento ao paciente cirúrgico. Considerou-se, então, que a organização de Kits poderia vir a complementar o processo de melhoria, inclusive com a criação de uma farmácia satélite no próprio Centro Cirúrgico, o que facilitaria a implantação dos Kits de materiais.

Importantes indicações e vantagens justificaram a proposta da pesquisa para a implantação do sistema de Kits de materiais cirúrgicos, dentre elas:

- possibilidade de pessoas e equipes envolvidas no processo, tais como: cirurgiões, enfermeiros, administradores, serviços de convênios, dentre outros, opinarem e participarem do processo decisório, levando à escolha mais viável e adequada dos materiais;
- facilidade na utilização, uma vez que o Kit de materiais cirúrgicos permite à equipe, acesso ao material necessário, segundo o procedimento cirúrgico, acondicionado em um único pacote;
- evitar desperdícios, pois o Kit é formado apenas com os materiais necessários para a realização de procedimento específico;
- economia de tempo, tanto para os cirurgiões, como para os demais profissionais, evitando, dessa forma, deslocamentos e tráfego interno desnecessários para buscar materiais durante o ato cirúrgico;
- facilidade no controle do estoque sob o aspecto quantitativo e o prazo de validade dos materiais; e
- adaptabilidade a novos materiais e/ou novas técnicas cirúrgicas.

Este estudo consiste, portanto, numa proposta significativa, cuja finalidade é promover a melhoria da organização e controle do processo de trabalho no Centro Cirúrgico, particularmente, pela possibilidade de auxiliar na redução de custos para a instituição. Este fato foi considerado para sugerir a implantação de Kits de materiais na realização das cirurgias eletivas e emergenciais, realizadas no Hospital Escola, onde o estudo foi realizado.

A adoção de Kits de materiais pode trazer importantes contribuições ao setor e a equipe de trabalho,

pois poderá valorizar a organização, promover a imagem positiva da enfermagem em Centro Cirúrgico e oferecer melhores condições para os clientes internos (médicos e equipe de enfermagem, além de outros profissionais), quanto para os clientes externos (paciente, familiares, serviços de convênios, dentre outros). Vantagens e satisfação valorizam a imagem da própria instituição de saúde.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Apresentar uma proposta de organização e padronização dos materiais utilizados nas cinco cirurgias eletivas mais freqüentes no Centro Cirúrgico de um Hospital Escola de um município do interior do Estado de São Paulo.

Objetivos específicos

- Padronizar os materiais considerados de consumo para as cinco cirurgias eletivas mais freqüentes no hospital em estudo.
- Sugerir a implantação de um sistema de Kits de materiais cirúrgicos como "piloto", no hospital em estudo, visando estendê-lo às demais cirurgias efetuadas no Centro Cirúrgico.

MÉTODOS

Local do estudo

Os levantamentos necessários ao estudo, bem como a proposta de implementação do projeto piloto, foram desenvolvidos tendo como referência o Hospital Escola de um município do interior do Estado de São Paulo, destinado a atender pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

As enfermarias deste hospital atendem como especialidades médicas: Cardiologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Hematologia, Reumatologia, Neurologia e Psiquiatria. Estas especialidades também são atendidas nos respectivos ambulatórios, nas dependências do próprio hospital, bem como, são atendidas as especialidades de Oncologia, Cirurgias Vasculares Periférica, Endocrinologia, Dermatologia, dentre outras. Considerando o objeto de estudo, a pesquisa foi desenvolvida no setor de Centro Cirúrgico deste hospital e o Kit de materiais cirúrgicos empregados nas cirurgias de Herniorrafia Inguinal, Herniorrafia Umbilical, Postectomia, Colectectomia e Facectomia.

Tipo de estudo

Pesquisa retrospectiva, exploratória e descritiva. Estudos desenvolvidos por esse método possibilitam observar, descrever e classificar fenômenos, ou seja, buscam explorar as dimensões do fenômeno, a maneira pela qual se manifestam e outros fatores com os quais se relaciona¹².

Seleção da amostra e objeto do estudo

Para seleção da amostra e delineamento do objeto de estudo, referente às cinco cirurgias mais freqüentemente realizadas no Centro Cirúrgico, foi inicialmente solicitada autorização ao enfermeiro responsável pelo setor onde o estudo foi desenvolvido. Para o levantamento retrospectivo, quantitativo e dos registros do setor, foram incluídas as cirurgias realizadas nos meses de Setembro de 2005 a Fevereiro de 2006, totalizando 693 (seiscentos e noventa e três) procedimentos.

Instrumento para a coleta de dados

Para sugerir a composição adequada dos Kits foi elaborado um instrumento de coleta de dados que permitiu quantificar os materiais de consumo utilizados em cada cirurgia, tendo como base fonte de informação as notas utilizadas nas salas cirúrgicas.

A partir desses dados preliminares, foi estabelecida a média dos materiais usados para as cinco cirurgias selecionadas.

Método e período da coleta de dados

Para a coleta dos dados, foi solicitada autorização à direção hospitalar para consultar, no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) os prontuários dos pacientes submetidos às cirurgias realizadas, no período de Setembro de 2005 e Fevereiro de 2006. Os dados permitiram a identificação do tipo e a quantidade de materiais utilizados em cada uma das cirurgias propostas. Nesta fase, um segundo instrumento foi utilizado, possibilitando especificar os tipos de materiais de consumo, bem como a quantidade de materiais utilizados em cada uma das cinco cirurgias.

Apresentação e análise dos resultados

Os resultados do estudo foram expressos em quadros, seqüencialmente apresentados, acompanhados das discussões. O quadro a seguir demonstra o resultado

obtido através do levantamento inicial, no qual foi definida a amostra do estudo.

Quadro 1- Levantamento das cirurgias mais freqüentes no CC do Hospital Escola de um município do interior do Estado de São Paulo, realizadas no período de Setembro de 2005 a Fevereiro de 2006

Cirurgias realizadas	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Total de cirurgias
Colecistectomia	06	07	06	04	05	09	37
Facectomia	09	08	09	10		04	40
Herniorrafia inguinal	10	14	16	11	09	12	72
Herniorrafia umbilical	07	08	06	03	06	05	35
Postectomia	07	05	06	07	12	15	52
Total	39	42	43	35	32	45	236

Nesta fase do estudo foram identificadas as cirurgias eletivas mais freqüentes, perfazendo um total de 5 (cinco), dentre elas: Colecistectomia, Facectomia, Herniorrafia Inguinal, Herniorrafia Umbilical e Postectomia.

A soma total dos procedimentos mais realizados no período de Setembro de 2005 e Fevereiro de 2006, considerando-se os atos cirúrgicos selecionados, totalizaram 236 cirurgias. O total geral foi de 693 cirurgias para o período, representando 34% da demanda cirúrgica. Considerando estes valores, o montante representou um terço do movimento cirúrgico do Hospital Escola estudado. Com base nestes números, considerou-se que este percentual permitirá uma avaliação sobre a eficácia do processo de trabalho no setor.

A soma do número de materiais utilizados nas 50 cirurgias, considerando o tipo específico de procedimento, ou seja, dez cirurgias de cada procedimento, permitiu a obtenção da média, conforme descrito anteriormente.

Os quadros a seguir apresentam esses resultados. Na seqüência, estão apresentados os resultados obtidos no levantamento realizado junto às notas de sala. Foram utilizadas dez cirurgias de cada um dos cinco tipos propostos no estudo, totalizando cinquenta notas de sala.

Na coluna referente à quantidade média, expressa em unidades, está descrita a quantidade de materiais utilizada para compor os Kits cirúrgicos. Portanto, estes valores foram utilizados para propor a padronização no Centro-Cirúrgico.

Quadro 2- Quantidade média dos materiais utilizados em dez cirurgias de Colecistectomia realizadas em um Hospital Escola de um município do interior do Estado de São Paulo, no período de Setembro de 2005 a Fevereiro de 2006

Materiais	Quantidade média (unidade)
Agulha descartável 25/8	4
Agulha descartável 30/7	1
Agulha descartável 40/12	1
Eletrodo descartável	5
Equipo macrogotas	1
Escova para mãos	4
Fita crepe cm	50
Gaze - pacote com 20 unidades	4
Lâmina de bisturi nº 24	1
Luva cirúrgica nº 7.5	2
Luva cirúrgica nº 8.0	2
Luva de procedimento	12
Micropore cm	80
PVPI alcoólico - 100ml	1
Seringa descartável 20ml	2
Seringa descartável 10ml	2
Seringa descartável 5ml	2
Sonda para aspiração nº12	1
Fio tipo mononylon 4.0	1
Catgut simples sem agulha	2
Catgut simples agulhado	2
Sonda nasogástrica	1

Quadro 3 - Quantidade média de materiais utilizados em dez cirurgias de Facectomia realizadas em um Hospital Escola de um município do interior do Estado de São Paulo, no período de Setembro de 2005 a Fevereiro de 2006

Materiais	Quantidade (unidade)
Agulha descartável 25/8	3
Agulha descartável 30/7	2
Agulha descartável 40/12	1
Eletrodo descartável	5
Equipo macrogotas	1
Escova para mãos	2
Gaze - pacote 20 unidades	2
Lâmina de bisturi nº 11	1
Luva cirúrgica nº 7.5	1
Luva cirúrgica nº 8.0	1
Luva de procedimento	4
Micropore cm	30
PVPI tópico - 50ml	1
Seringa descartável 20ml	1
Seringa descartável 5ml	2
Sonda aspiração nº12	1

Quadro 4 - Quantidade média dos materiais utilizados em dez cirurgias de Herniorrafia Inguinal e Umbilical, realizadas em um Hospital-Escola de um município do interior do Estado de São Paulo, no período de Setembro de 2005 a Fevereiro de 2006

Materiais	Quantidade (unidade)
Agulha descartável 25/8	3
Agulha descartável 30/7	2
Agulha descartável 40/12	1
Agulha descartável (raqui) nº25	1
Eletrodo descartável	5
Equipo macrogotas	1
Escova para mãos	4
Fita crepe cm	20
Gaze pacote com 20 unidades	3
Lâmina de bisturi nº24	1
Luva cirúrgica nº 7.5	2
Luva cirúrgica nº 8.0	2
Luva de procedimento	12
micropore cm (largo)	60
PVPI alcoólico - 100ml	1
Seringa descartável 10ml	2
Seringa descartável 5ml	2
Cateter nasal nº 08	1
Fio tipo mononylon nº 2.0	1
Fio tipo mononylon nº 4.0	1
Catgut simples s/ agulha	2
Catgut cromado s/ agulha	1
Vicryl 1.0	2

Quadro 5 - Quantidade média dos materiais utilizados em dez cirurgias de Postectomia realizadas em um Hospital Escola de um município do interior do Estado de São Paulo, no período de Setembro de 2005 a Fevereiro de 2006

Materiais	Quantidade média (unidade)
Agulha descartável 25/8	4
Agulha descartável 30/7	1
Agulha descartável 40/12	1
Eletrodo descartável	5
Equipo macrogotas	1
Escova para mãos	2
Gaze - pacote com 20 unidades	3
Lâmina de bisturi nº 11	1
Luva cirúrgica nº 7.5	1
Luva cirúrgica nº 8.0	1
Luva de procedimento	8
Micropore cm	60
PVPI alcoólico - 50ml	1
Seringa descartável 20ml	2
Seringa descartável 10ml	2
Seringa descartável 5ml	2
Fio tipo mononylon 4.0	1
Catgut simples agulhado	2

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos e considerando os relatos de experiências de outros profissionais de Centro Cirúrgico, evidencia-se a importância da padronização dos materiais de consumo. A redução de custos e a otimização da assistência de enfermagem ao se evitar, principalmente, desperdícios de material, tempo e recursos nos setores de Centro Cirúrgico, dependem do trabalho colaborativo entre as equipes de saúde, da identificação dos resultados esperados e do uso de princípios e da melhora contínua da qualidade assistencial. É essencial a orientação do cuidado de enfermagem para o alcance de bons resultados, face às intervenções propostas e a prática assistencial baseada em evidências científicas.

Apesar da constatada escassez de referências bibliográficas acerca do tema, na literatura, principalmente nacional, no desenvolvimento e conclusão do estudo, foi identificada também a importância da sistematização da assistência de enfermagem em Centro Cirúrgico, bem como, o estabelecimento de métodos de controle e medidas adequadas para mensurar resultados, visando adequada padronização dos materiais de consumo.

A seqüência ordenada dos procedimentos a serem executados nos ambientes cirúrgicos dos contextos hospitalares, requer a delimitação do âmbito de sua aplicação, sendo mais compreensível quando focada na descrição dos passos e as ações exigidas em cada procedimento específico.

É importante limitar variações desnecessárias, eliminar ou reduzir custos a partir da conscientização das necessidades reais. Facilitar a comunicação interpessoal e propor padrões de competência são medidas essenciais em ambientes de Centro-Cirúrgico. Portanto, a aplicabilidade dos Kits cirúrgicos, bem como a sua padronização, é recomendada, cujo foco centra-se na busca de resultados benéficos à prática assistencial de enfermagem, a partir de escolhas efetivas e compartilhadas no âmbito do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

1. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
2. Aranha GTC, Wilson RV. Estudo de um dos indicadores do custo de qualidade: o desperdício. *Rev Adm. Saúde.* 2004;6(23):43-55.
3. Bittar E, Castilho V. O custo médio direto do material utilizado em cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(3):255-260.
4. Beulke R, Berto DJ. Gestão de custos e resultados na saúde. 2ª ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
5. Martins E. Contabilidade de custos: inclui o ABC. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1998.
6. Freitas L. Tecnologia gerencial e serviços em saúde: uma aproximação mais do que necessária. União Metropolitana de Educação e Cultura. *Revista de Administração UNIME* [periódico na internet]. 2003 [acesso em 2006 ago. 20]. Disponível em: <http://www.documentsandsettings/user/meusdocumentos/RAUrevistadeadministraçãounime.htm>
7. Bittar OJNV. Hospital: qualidade e produtividade. São Paulo: Savier; 1996.
8. Castilho V, Leite MMJ. A administração de recursos materiais na enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. *Administração em enfermagem.* São Paulo: EPU; 1991. p. 73-88.
9. José NK Jr. Eficiência do pack cirúrgico customizado na otimização do centro cirúrgico. [acesso em 2006 jun. 12]. Disponível em: <http://www.documentsandsettings/user/meusdocumentos/pacotescirurgicos.htm>
10. Ferreira ABH. Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988. p 992.
11. Juhas R. Critérios de glosa. *Jornal do Site* [on line] 2003 Dez.; ano 5(78) 1ª quinzena. [acesso em 2006 jun. 12]. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/antiores/regjuhas/artgjuhas78.htm>
12. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Fonte: http://www.ellusaude.com.br/enfermagem/imagem/foto_florence2.gif



Artigo de Atualização e Divulgação

ÉTICA E ONCOLOGIA: QUESTÕES QUE ENVOLVEM A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM¹

ETHICS AND ONCOLOGY: ISSUES INVOLVING THE NURSING CARE

ÉTICA Y ONCOLOGÍA: CUESTIONES QUE ACERCA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Virtude Maria Soler*, Juliana Aparecida Machado Dias**, Juliana Fachim**

Resumo

Revisão bibliográfica sobre ética e oncologia assistencial em enfermagem, analisou 19 produções científicas nacionais desenvolvidas no período de 1995 a 2006, obtidas em bases de dados *on line* segundo os descritores: ética – oncologia – enfermagem. Objetivou refletir sobre o tratamento oncológico e a importância da ética no cuidado assistencial de enfermagem, identificar os aspectos éticos relatados nas produções literárias brasileiras de enfermagem em oncologia e identificar aspectos éticos e as condições vivenciadas por pacientes oncológicos. Foram identificados os dados referentes à autoria, ano de publicação e localização do estudo, agrupados e analisados, utilizando-se operações estatísticas simples de distribuição por frequência e porcentagem. Foram consideradas: abrangência, profundidade e clareza dos textos, bem como a finalidade e compreensão do estudo. Além dos dados quantitativos, foram obtidas cinco categorias temáticas: Direito da pessoa à informação e à comunicação efetiva - possibilidade de redução da assimetria entre a pessoa cuidada e o cuidador; Direito à participação na tomada de decisões; Tecnologia, tratamento e cuidado de enfermagem humanizado; Ética normativa e Deontologia - o exercício profissional da enfermagem e, Pesquisa científica - ensino e ética: preparo adequado dos graduandos de enfermagem. Foram relatadas: a falta de conhecimentos e estudos sobre ética, bioética e alteridade, principalmente na graduação de enfermagem; as relações assimétricas entre a pessoa cuidada e o cuidador, assistência de enfermagem fragmentada, visão cartesiana e hegemonia médica interferindo na qualidade assistencial. Há, portanto, necessidade de mais pesquisas nesta área de forma a garantir que os valores humanos fundamentais beneficiem eticamente pacientes, familiares e profissionais da área da saúde.

Palavras-chave: Ética. Oncologia. Cuidados de enfermagem.

Abstract

Review of the literature on ethics and oncology care in nursing have analyzed 19 national scientific productions developed in the period from 1995 to 2006, obtained through on-line databases according to the descriptors: *ethics – oncology - nursing*. Aimed to reflect on cancer treatment and the importance of ethics in nursing care, identify the ethical reported in the Brazilian literary productions in oncology nursing. Also identify ethical aspects and the conditions lived by cancer patients. The data were identified by Authors, year of publication and location of the study, pooled and analyzed using simple statistical distribution operations based on frequency and percentage. There were considered: scope, depth and clarity of the texts as well as the purpose and understanding of the study. In addition to quantitative data it were obtained five categories themes: Right to information and effective communication; Opportunity to reduce the asymmetry between the person being cared for and caretaker; Right to participation in decision-making; Technology, treatment and humanized nursing care; Normative ethics and Professional ethics, the exercise of professional nursing, and scientific-research, teaching and ethics: adequate preparation of nursing graduates. It has been reported a lack of knowledge and studies on ethics, bioethics and alterity, mainly in the nursing graduation; asymmetric relations between the person being cared for and the caretaker; fragmented nursing care; Cartesian vision and medical hegemony interfering in the care quality. There is need for more research in this area to ensure that fundamental human values ethically benefit patients, families and health professionals.

Keywords: Ethics. Oncology. Nursing Care.

Resumen

Revisión bibliográfica sobre ética y oncología asistencial en enfermería, ha analizado 19 producciones científicas nacionales desarrolladas en el período de 1995 a 2006, obtenidas en bases de datos *on line* según las palabras-clave: ética – oncología – enfermería. Ha objetivado reflexionar sobre el tratamiento oncológico y la importancia de la ética en el cuidado asistencial de enfermería, identificar los aspectos éticos relatados en las producciones literarias brasileñas de enfermería en oncología e identificar aspectos éticos y las condiciones vivenciadas por pacientes oncológicos. Se han considerado: amplitud, profundidad y claridad de los textos, bien como la finalidad y comprensión del estudio. Además de los datos cuantitativos, se han obtenido cinco categorías temáticas: Derecho de la persona a la información y a la comunicación efectiva – posibilidad de reducción de la asimetría entre la persona cuidada y el cuidador; Derecho a la participación en la toma de decisiones; Tecnología, tratamiento y cuidado de enfermería humanizado; Ética normativa y Deontología – el ejercicio profesional de la enfermería e, Investigación científica – enseñanza y ética: preparo adecuado de los estudiantes de enfermería. Se han relatado: la falta de conocimientos y estudios sobre ética, bioética y diferencias, principalmente en la graduación de enfermería; las relaciones asimétricas entre la persona cuidada y el cuidador, asistencia de enfermería fragmentada, visión cartesiana y hegemonía médica interfiriendo en la calidad asistencial. Hay, por lo tanto, la necesidad de más investigaciones en el área de forma a garantizar que los valores humanos fundamentales beneficien éticamente pacientes, familiares y profesionales del área de la salud.

Palabras Clave: Ética. Oncología. Cuidados de Enfermería.

*Mestre e Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Docente da disciplina de Clínica Médica do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva - SP.

**Graduadas em Enfermagem pelas Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva - SP.

¹Artigo extraído de Pesquisa Institucional, desenvolvida e apresentada no Curso de Graduação em Enfermagem. Subsidiado pelas Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva SP.

Contato: virsoler@netsite.com.br

INTRODUÇÃO

Doença crônico-degenerativa e de etiologia multifatorial, o câncer envolve um grupo de mais de 100 doenças caracterizadas pela perda do controle da divisão celular e capacidade de invadir outras estruturas orgânicas. A doença está correlacionada à intensidade, duração e exposição das células aos agentes causadores de câncer.

Dentre os carcinógenos, existem os industriais ambientais como: asbeto, aminas aromáticas, éteres biclometilados, betanaftaleno e benzidrina, hidrocarbonetos policíclicos, níquel; drogas alquilantes como a ciclofosfamida; cloreto de vinil; álcool isopropílico. Também podem ser citados: dietas gordurosas, síndrome de imunodeficiências, tratamentos imunossupressores e síndromes de suscetibilidade genética¹.

O processo de crescimento ou carcinogênese das neoplasias malignas pode parecer ao observador ocasional, anárquico e sem controle, porém estão presentes regras de crescimento semelhantes às células normais, mas aberrantes e em desarmonia e que caracterizam padrão de proliferação anormal. No entanto, associados à capacidade de invasão dos tecidos vizinhos e à formação de metástases, comprometem a integridade do indivíduo¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 80 a 90% das neoplasias associam-se a hábitos, dieta e a causas ambientais e são evitáveis. Tabagismo e consumo de álcool são causas freqüentemente associadas a vários tipos de câncer. Vírus como o papilomavírus, Epstein-Barr, vírus da imunodeficiência humana, HTLV I e II e a Hepatite B, estão associados ao desenvolvimento de neoplasias em pessoas expostas principalmente a transmissão vertical e sexual^{1, 2}.

Clínico ou cirúrgico, o tratamento do câncer geralmente é complexo, agressivo e prolongado, inclui o uso de radioterapia, quimioterapia, bioterapia, braquiterapia, hormonioterapia, imunoterapia e transplantes de medula óssea, realizados geralmente de forma conjugada. Efeitos colaterais ao tratamento provocam alterações bio-psico-emocionais, sócio-espirituais e econômicas importantes, refletindo-se na qualidade de vida do indivíduo e da família³. É assustador à vida humana por representar uma tríplice ameaça: dor física, mutilação e morte.

A cirurgia, modalidade de tratamento inicialmente utilizada para a resolução dos casos de câncer, objetiva aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida da pessoa. Nas últimas décadas, houve considerável avanço nas formas de tratamento, sendo a cura, enquanto objetivo terapêutico obtida em 50% dos tumores diagnosticados¹.

O diagnóstico de câncer é subjetivo para quem o recebe. A idade e o estágio de vida podem alterar a percepção, compreensão e aceitação da doença. A enfermidade pode gerar insegurança, incapacidade, dependência e sensação de perda do controle da pessoa sobre si mesma. O período de internação poderá ser angustiante por evidenciar fragilidade e vulnerabilidade devidas à exposição emocional e física, bem como aos riscos decorrentes do tratamento⁴.

O cuidado a pessoas com câncer requer sofisticada tecnologia e unidades especializadas para tratamento. Escolhas éticas e morais feitas pela enfermagem ocorrem em espaços onde decisões, muitas vezes cruciais sobre a vida, a saúde e o tratamento, são frequentemente tomadas com urgência, envolvendo o paciente, a família e as equipes de saúde, podendo levar a sentimentos de incerteza, conflito ou sofrimento.

Estima-se que aproximadamente 25% dos pacientes com câncer morram com dor severa ou não aliviada. Na perspectiva do paciente, a dor pode aumentar a partir do medo, isolamento, insônia ou depressão. Estatísticas estimam que mais de 90% dos tipos de dor podem ser aliviadas, geralmente com o uso de medicações. O sofrimento psico-socio-espiritual pode ser sentido como uma ameaça pelo paciente em relação à perda do sentido da vida, de controle e do enfraquecimento da relação com os outros, pois o processo do morrer intensifica o isolamento e interrompe as formas ordinárias de contato com as demais pessoas^{5, 6}. A dor não-controlada desencadeia respostas de estresse físico e emocional, inibe a recuperação, aumenta o risco de outras complicações e o tempo de permanência no hospital⁵.

O tratamento assistencial oncológico adequado assegura as necessidades individuais relativas ao diagnóstico inicial e o processo de adaptação ao tratamento, bem como a possibilidade de remissões e recidivas, agravamentos, alternância do estado de saúde,

sobrevida a curto e longo prazo e as possíveis complicações. Envolve: tratamento domiciliar, alívio da dor, aspectos nutricionais e os mecanismos de proteção, aspectos psicossociais e sexuais, dependência, o tratamento paliativo e a finitude e morte. A assistência ao paciente oncológico requer conhecimento geral, maturidade, segurança, conhecimento técnico-científico específico, solidariedade, companheirismo, afeto e respeito à alteridade, uma vez constituírem elementos indispensáveis ao cuidado ético à pessoa que vivencia o câncer³.

Deve-se permitir aos pacientes expressarem livremente seus sentimentos, temores, anseios, esperanças, e assegurar-lhes condições adequadas, além de preparar a família para o papel de cuidador durante o tratamento oncológico, caso este seja o desejo do paciente e/ou família. Condições favoráveis ao encontro de formas efetivas no enfrentamento da doença, melhor adesão do paciente ao tratamento, sobrevivência e qualidade de vida, inclusive para a família.

A ética ilumina as questões morais, é parte integrante dos fundamentos da enfermagem e consiste no estudo sistemático de padrões e valores morais socialmente utilizados e aceitos. Método de questionamento que esclarece dúvidas sobre o que é bom e adequado, o que deve ser feito em situações específicas e que tipo de pessoa e de enfermeiros deve-se ser e por que⁵.

Bioética é uma forma de ética normativa aplicada. É o estudo dos problemas e julgamentos éticos feitos nas ciências biomédicas e inclui o cuidado aos pacientes, a prestação de cuidados de saúde e a pesquisa científica em saúde. Literalmente significa ética da vida, pois o vocábulo de raiz grega *bios* designa o desenvolvimento observado nas ciências da vida, como a Ecologia, a Biologia e a Medicina, dentre outras; *ethos* busca trazer à consideração os valores implícitos nos conflitos da vida^{5,6}.

Normalmente divide-se moral, ética e bioética. Moral diz respeito a valores consagrados pelos usos e costumes de uma determinada sociedade, enquanto ética é um juízo de valores, um processo ativo oriundo de cada um de nós, de dentro para fora, contrário, aos valores morais, que vêm de fora para dentro de cada um. Ética exige um julgamento, uma opção diante dos dilemas. A bioética é ética, pois exige uma reflexão dos valores e implica liberdade, ou seja, opção. Não há bioética sem

liberdade. Requer, portanto, uma visão pluralista e interdisciplinar sobre os dilemas éticos das ciências da vida e do meio-ambiente^{7,8}.

Decisão ética implica numa escolha pessoal. Busca contemplar os interesses individuais e coletivos e envolve valores e princípios morais resultantes da reflexão acerca dos motivos que justificam uma ação, considerada, justa ou injusta, boa ou má, certa ou errada. Ética em saúde ocupa lugar de destaque no conjunto das reflexões, aborda questões relacionadas à manutenção e à qualidade de vida das pessoas. Está profundamente enraizada no terreno dos direitos humanos, pois a manutenção da vida é o primeiro dos direitos⁹. É necessário que o paciente esteja livre de coações e, que suas ações sejam voluntárias, conscientes, fundamentadas em argumentos racionais, escolhidas entre alternativas possíveis^{5,9}.

São três os tipos básicos de indagações éticas: normativa, metaética e descritiva⁹. A abordagem normativa empenha-se em responder questões relativas à quais normas devem ser aceitas para avaliar as condutas e as razões de uma ação. Dirige-se, deliberada e conscientemente, para a questão da validade dos princípios morais. Conformam a busca dos fundamentos das normas e dos valores, o que a associa, indissoluvelmente, à crítica, ou seja, ao permanente questionamento de cada fundamentação^{9,10,11}.

Metaética envolve a análise da linguagem, ou seja, a investigação do sentido e significado dos termos morais, a lógica e lingüística do equacionamento moral e as questões fundamentais de ontologia moral e epistemológica e sua justificação. Empreende a busca de respostas a questões lógicas, epistemológicas ou semânticas, do tipo "qual o sentido ou o emprego das expressões, moralmente justo ou bom"^{10,11}.

A ética descritiva se caracteriza por investigação factual da conduta moral, utilizando-se de procedimentos e metodologias de cunho científico para estudar como as pessoas equacionam e agem. Indaga "como as pessoas pensam que deveriam agir em determinadas situações ou que fatos são relevantes do ponto de vista ético", ou ainda "como as pessoas se comportam em circunstâncias particulares"^{9,10,11}. A investigação empírica utiliza procedimentos próprios das ciências sociais, da análise decisória, da epidemiologia e da avaliação de serviços de

saúde. Recolhe e analisa dados, visando descrever e estudar como se tomam as decisões, que valores estão subjacentes a estas, como se cumprem, na prática, as normas ou as diretrizes éticas¹².

Ética na enfermagem é o julgamento de questões éticas realizadas por enfermeiros e a equipe de enfermagem, embora as questões morais emirjam também aos médicos e pacientes. Compreende a ótica dos papéis profissionais e das responsabilidades específicas da enfermagem e dos relacionamentos estabelecidos com pacientes e familiares, outros profissionais de saúde, instituições a que pertencem e com a sociedade. Engloba deveres e responsabilidades prescritas aos profissionais da área da saúde⁵. Os cuidados de enfermagem são norteados pelos princípios da não maledicência, beneficência, respeito e justiça, complementados pela veracidade e fidelidade⁵.

Todo ser humano tem direito à informação sobre suas condições de saúde e a possibilidades terapêuticas. É essencial que o enfermeiro considere o significado atribuído pelo paciente à sua patologia e a forma de interação com a doença, considerando, portanto, sua cultura, crenças, conhecimentos e sentimentos e, a partir daí, respeitosamente, juntos (equipe de saúde, paciente e família) ressignificar conceitos.

A assistência e a confidencialidade ao paciente terminal, bem como a prudência na informação do diagnóstico e a possibilidades de abreviação da vida, são aspectos do âmbito assistencial, discutidos atualmente, e envolvem a eutanásia, ortotanásia, distanásia e o suicídio assistido, embora a esse respeito, mais pesquisas científicas devam ser realizadas.

No Brasil, a equipe de enfermagem está sujeita ao Código Penal Brasileiro, que considera crime qualquer ato que atente contra a vida do ser humano. O código de ética dos profissionais de enfermagem incluso no capítulo V, art. 46, proíbe a promoção da eutanásia ou a cooperação com práticas destinadas a antecipar a morte do cliente¹³.

O enfermeiro deve analisar as ações de enfermagem usando regras e princípios éticos, avaliar e refletir sistematicamente as alternativas e a lei visando manter o senso de autorespeito profissional da equipe e a dignidade do paciente. Este estudo reflete sobre as questões éticas, bem como sobre a importância da ética

no atendimento assistencial de enfermagem a pacientes acometidos por câncer.

OBJETIVOS

Geral: refletir sobre o tratamento oncológico e a importância da ética no cuidado assistencial de enfermagem aos pacientes acometidos por câncer. Específicos: identificar os aspectos éticos relatados nas produções literárias brasileiras de enfermagem em oncologia, identificar aspectos éticos e as condições vivenciadas por pacientes oncológicos, descritas na literatura de enfermagem nos últimos dez anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão bibliográfica da literatura nacional. Analisou o fenômeno de estudo tomando por base a descrição dos aspectos éticos no atendimento assistencial ao indivíduo acometido por câncer, sob a ótica de diversos estudiosos. Descritivo, exploratório, quanti-qualitativo.

A revisão bibliográfica ou de fontes secundárias abrangem um conjunto de conhecimentos humanos reunidos nas obras literárias já tornadas públicas. Podem levar a reflexões relevantes e contribuir para a mudança ou construção de conceitos para a prática assistencial¹⁴.

O levantamento realizado incluiu 19 publicações, sendo 17 artigos (89,4%) e duas teses (10,5%) previamente selecionados, sobre ética aplicada à enfermagem oncológica com base nos descritores: ética, oncologia e enfermagem, disponibilizadas na literatura nacional no período de 1995 a 2006, escritos em português e indexados em bases de dados, *on-line*. Quanto às bases de dados, 15 estudos (78,9%) foram obtidos da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), 2 (10,5%) da Biblioteca Virtual da Universidade de São Paulo – USP, 2 (10,5%) da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Por tratar-se de um levantamento bibliográfico, o estudo não necessitou ser avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na fase de análise foram consideradas a abrangência, a profundidade e a clareza dos textos, bem como a finalidade e compreensão do estudo, além da forma de apresentação. Desenvolvido em duas etapas, na primeira

fase foram identificados os dados referentes à autoria, ano de publicação e localização do estudo. Na seqüência, os dados foram agrupados e analisados, utilizando-se operações estatísticas simples de distribuição por freqüência em porcentagem. Na etapa seguinte, foi analisado o conteúdo dos artigos. Os dados estatísticos foram apresentados em dois quadros e as categorias descritas sequencialmente.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos nacionais selecionados no período de 1995 a 2006 segundo o ano da publicação

Ano da Publicação	Artigos Localizados	
	N	%
1995	1	5,26
1996	2	10,52
1997	0	0,00
1998	0	0,00
1999	0	0,00
2000	2	10,52
2001	2	10,52
2002	4	21,05
2003	3	15,78
2004	1	5,26
2005	4	21,05
2006	0	0,00
Total	19	100

As produções selecionadas foram publicadas por meio de 11 fontes conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das produções científicas nacionais no período de 1995 a 2006 segundo a fonte de obtenção dos dados.

Fonte	N	%
Cogitare Enfermagem	2	10,5
Texto & Contexto Enfermagem	4	21,0
Revista Brasileira de Cancerologia	1	5,2
Escola de Enfermagem - USP	1	5,2
Revista Latino-Americana de Enfermagem	1	5,2
Revista Paulista de Enfermagem	1	5,2
O Mundo da Saúde	2	10,5
Revista Brasileira de Enfermagem	3	15,7
Revista Brasileira em Promoção a Saúde	1	5,2
Acta Paulista Enfermagem	1	5,2
Biblioteca Virtual da USP	2	10,5
Total	19	100,0

Análise do conteúdo dos estudos - formulação de categorias

A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, utiliza o texto como meio de

expressão do sujeito, permitindo ao pesquisador, categorizar as unidades de texto, sejam palavras ou frases que se repetem e inferem uma expressão que as representem por meio de agrupamentos¹⁵.

O conteúdo dos estudos selecionados foi submetido a várias leituras seqüenciais, possibilitando a elaboração de cinco categorias temáticas: 1 - Direito da pessoa à informação e à comunicação efetiva - possibilidade de redução da assimetria entre a pessoa cuidada e o cuidador; 2 - Direito à participação na tomada de decisões; 3 - Tecnologia, tratamento e cuidado de enfermagem humanizado; 4 - Ética normativa e Deontologia - o exercício profissional da enfermagem e 5 - Pesquisa científica - ensino e ética: preparo adequado dos graduandos de enfermagem. Os assuntos abordados nas cinco categorias foram relatados direta ou indiretamente em todos os estudos.

Categoria 1 – Direito da pessoa à informação e à comunicação efetiva - possibilidade de redução da assimetria entre a pessoa cuidada e o cuidador

A informação clara e compreensível é um direito ético-moral do paciente. Os princípios da autonomia e veracidade asseguram direito inalienável ao paciente sobre seu verdadeiro estado de saúde e incluem considerações acerca da dúvida entre informar ou não o paciente sobre seu diagnóstico e/ou prognóstico. Base necessária para o exercício da autonomia às pessoas usuárias dos serviços de saúde. Forma pela qual poderá decidir entre consentir ou recusar a terapêutica proposta, ou estabelecer e ajustar suas expectativas futuras. Dever ético, dos profissionais de saúde requer atitude sincera e honesta, preparo adequado e sensibilidade para saber ouvir os questionamentos dos pacientes e esclarecê-los compassiva e verdadeiramente sobre seu estado de saúde, assegurando que cada indivíduo obtenha respostas completas, honestas e satisfatórias à suas necessidades¹⁶.

Sem a informação a pessoa não é capaz de reivindicar e lutar pelos seus direitos, não tem condições e nem argumentos para questionar, dificultando ou inviabilizando o exercício de sua autonomia. A falta de informação ou ignorância contribui e permite ações abusivas, a exploração, a subjugação e a dominação, contribuindo para as relações assimétricas¹⁷.

Gradativamente, nas instituições de saúde, o paciente deixa o papel de mero coadjuvante para obter

sua emancipação. A relação entre o profissional de saúde e o usuário está sendo repensada devido ao aprofundamento do conhecimento bioético e à relevância de seus esteios - autonomia, beneficência e justiça. Numa visão pragmática, o doente, usuário ou consumidor dos serviços de saúde, ao clamar por seus direitos, desestabiliza a hegemonia do outro pólo, representado pelos profissionais e ou instituições de saúde¹⁷.

Informação precisa, linguagem compreensível ao interlocutor e consideração à autonomia são os principais instrumentos de defesa dos profissionais e das instituições de saúde. A aplicação dos códigos de ética deve ser amparada por reflexões racionais, sistemáticas e conjuntas, considerando as realidades que os questionamentos em diferentes contextos encerram¹⁷.

Categoria 2 - Direito à participação na tomada de decisões

O paciente hospitalizado tem direito a atendimento atencioso e respeitoso, à dignidade pessoal, ao sigilo ou segredo profissional; a conhecer a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento, à informação clara, numa linguagem acessível sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico; cuidados e medicações administradas, a recusar o tratamento e ser informado sobre as conseqüências dessa opção, bem como a reclamar do que discorda sem que a qualidade de seu tratamento seja prejudicada^{1, 6, 8}.

A aceitação de que o paciente tem direito legal e ético de decidir sobre o que considera melhor para si, inclui consentir ou recusar um tratamento que lhe é proposto à luz de seus valores, crenças e interesses pessoais, sustentasse, no consentimento livre e esclarecido e constitui conquista relativamente recente¹⁶.

Heteronomia, ao reverso, é o poder que se dá, ou que alguns profissionais pretendem ter, para determinar como seus pacientes devem se comportar, impondo-lhes sua vontade. Muitas vezes a heteronomia é incompatível com a ética, mas é compatível com o Direito. No entanto, quando há o cumprimento da regra sem adesão ou conformidade íntima, não se pode descartar a possibilidade de coação¹⁷. Propugna-se uma ética não atrelada a preceitos heterônomos, devendo as relações entre profissionais da área da saúde e usuários ser estabelecidas

com confiança, fidelidade e sensibilidade. O usuário deve ser pessoa capaz de, racionalmente, identificar ou repelir as recomendações que se afastem ou contrariem de suas convicções expressas ou implicitamente manifestas¹⁷.

Do profissional de saúde avalia-se a qualificação técnica para o exercício da atividade e responsabilidade nas conseqüências dos atos e do usuário, a capacidade para autodeterminação dos direitos. Algumas pessoas com alterações nos níveis de consciência, crianças, adolescentes, loucos e sujeitos sob a influência de superiores, por exemplo, são incapazes de válida e eficazmente manifestar sua vontade. Nesses casos, a ignorância, a coação, o erro, por influírem sobre a autonomia, podem resultar em heteronomia sob aparente autonomia, sendo necessária sua representação¹⁷.

A prática ética deve ser refletida e desenvolvida continuamente de forma compartilhada, por meio de senso moral evitando-se atitudes individualizadas, sendo necessário o estabelecimento de canais de comunicação abertos entre a equipe, o paciente e a família^{4, 5, 16}.

Categoria 3 – Tecnologia, tratamento e cuidado de enfermagem humanizado

A tecnologia permite prolongar sobremaneira a manutenção das funções vitais dos pacientes, geralmente à custa de equipamentos e técnicas invasivas e alto custo econômico. Muitas vezes não é possível ao profissional da área da saúde, controlar adequadamente a progressão da doença de base, que prossegue em seu curso natural à revelia dos esforços. A equipe confronta-se com alguns dilemas. Estes, relativos à revelação do diagnóstico e prognóstico, obtenção do consentimento livre e esclarecido para instituírem-se terapêuticas propostas, uso de medicamentos para o controle da dor e outros sintomas, aceitação das decisões médicas, de pacientes e familiares acerca da manutenção ou não de terapias que prolonguem as funções vitais, dentre outros.

Neste variado cenário, os profissionais de saúde envolvem-se com questões como: o que é cuidado? O que é tratamento? Até onde podemos ou devemos ir? Também, outras questões se impõem, nem sempre permitindo ao profissional, afirmar, com certeza, se conhece as respostas adequadas para algumas situações específicas em oncologia^{16, 18, 19}.

As tendências ambientais incluem não somente o aumento do número de pessoas com câncer, mas a preocupação com a escassez da força de trabalho. O advento de novas tecnologias pressupõe ajudar os enfermeiros no atendimento a essa clientela. Avanços nos estudos de imagem, robótica e genoma contribuirão no atendimento e desenvolvimento de cuidados críticos e a enfatizar mais o ensino e a prevenção¹⁸.

É importante também estar apto a manipular aparelhos eletrônicos sofisticados como bombas de infusão, utilizar adequadamente a informática, a monitorização contínua, protocolos médicos e de enfermagem sofisticados e a administrar medicamentos específicos, com esquemas e controles rigorosos. Além de conviver e administrar os ruídos ambientais, a falta de privacidade e o uso excessivo de iluminação e cores, uma vez que interferem de forma direta na qualidade assistencial, podendo ante o estresse, desencadear um círculo vicioso gerador de ansiedade, dor e insônia.

Este ambiente exige do enfermeiro criatividade, estabelecimento de ambiente restaurador, capaz de preservar a integridade, a segurança e os direitos do paciente⁵. A era da automação e a linguagem por ela inaugurada, requer dos profissionais da enfermagem, atitude alerta quanto aos aspectos ético-legais e aprofundamento de reflexões e questionamentos sobre a prática cotidiana^{5, 18, 19}.

Categoria 4 - Ética Normativa e Deontologia - exercício profissional da enfermagem

Esforços pela manutenção da vida, além de contribuírem para melhorar sensivelmente a saúde da população em geral, podem controlar ou mesmo eliminar algumas doenças, além de provocar profundas transformações no panorama das decisões éticas que norteiam a conduta dos profissionais da saúde¹⁸. Questão particularmente significativa nas decisões sobre terapêuticas e cuidados a serem prestados aos pacientes com doença avançada, especialmente aos cancerosos.

A ética abrange muito mais do que o que está contido no código de condutas estabelecidas para cada categoria profissional²⁰. Na enfermagem, o código de ética deveria existir para objetivar características morais e transformá-las em referenciais para as ações de

enfermagem, visando informar, orientar, esclarecer, normatizar, unir e fortalecer a categoria. Porém, faltam padrões mínimos aplicáveis à formação dos recursos humanos que a compõem. Na enfermagem, o código que trata dos deveres profissionais é amplo e segmentado. Faltam informações, conhecimento e condições favoráveis para que se possa respeitar e reconhecer o direito do paciente na tomada de decisões sobre sua pessoa, tratamento e bem-estar, conforme preconizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)²⁰.

A distinção entre Ética e Deontologia compreende o que vem a ser a ciência dos deveres, também denominada "ética profissional", constituída num conjunto de normas sobre como devem se comportar, profissionalmente, indivíduos que pertencem a um determinado grupo sócio-profissional. "Seus conteúdos não esgotam nem expressam todas as importantes questões e dilemas éticos apresentados no contexto das atividades de saúde". Embora tenha havido, nos últimos dez anos, uma evolução na elaboração destes códigos, com destaque na autonomia e direitos humanos do paciente distinguem-se ainda, situações em que o paternalismo e o comportamento autoritário são dominantes^{20, 21, 22}.

Categoria 5 - Pesquisa científica – ética – ensino: preparo adequado dos graduandos de enfermagem

A ética deve agregar e integrar as várias disciplinas do currículo de enfermagem, visando linguagem comum, segundo os princípios éticos que norteiam a profissão. No entanto, o ensino da ética na maioria das áreas do saber, e principalmente na área da saúde, não tem acompanhado a ética construída e exercitada no contexto das necessidades da sociedade, pois se dá mais ênfase às técnicas do que à ética. Há carência epistemológica para refletir sobre a relação saúde-doença e a profissão, neste âmbito predispondo que a disciplina esteja na retaguarda das preocupações da enfermagem²². É predominante a inserção da ética nos cursos de enfermagem segundo as disponibilidades dos docentes e as necessidades histórico-sociais, dando-lhe apenas um sentido magistral, ou submetendo-a unicamente a estudos de casos, muitas vezes desvinculados de teorias e conceitos específicos e adequados²².

A dicotomia entre teoria e prática, durante o processo formador, cujas raízes centram-se no ensino

tradicional com repercussões na prática assistencial, tornam a ética estanque e em descompasso, dificultando a percepção do aluno na adoção da interdisciplinaridade, durante e após a graduação^{23, 24}. É necessário incluir conteúdos que permitam a criação de espaços para a reflexão e que levem o graduando a "pensar", objetivando raciocínios adequados e lógicos, visando conduzir com competência, comprometimento e responsabilidade a profissão.

Submissa à hegemonia médica no processo de trabalho, a equipe de enfermagem também sofre a influência cartesiana, permitindo a fragmentação da assistência. Embora a responsabilidade do planejamento e gerenciamento do cuidado seja do enfermeiro, a execução dos procedimentos assistenciais é realizada pelos técnicos e auxiliares²⁴. Fato atribuído, em parte, à insegurança teórica dos profissionais de enfermagem, dificultando a adoção de novos paradigmas e a construção de modelos alternativos e interdisciplinares^{22, 23}.

O ensino da ética deve transcender a questão pedagógica. É importante saber se queremos que os profissionais da enfermagem "possuam", ao final de sua formação, noções sobre normas, regras e códigos para o regimento da prática do saber ou, que os profissionais tenham desenvolvido a competência ética para problematizar e responder, de forma rigorosa e pertinente as diferentes necessidades das pessoas por eles assistidas²².

Tanto pacientes, quanto profissionais da enfermagem no cuidado à pessoa com câncer, além de medo, carecem de informações e conhecimentos sobre a doença, dificultando o exercício da ética e da moral. Há desinformação sobre as doenças oncológicas e as diferentes formas de tratamento e inovações, e dificuldades para trabalhar as emoções apresentadas pelo paciente e as próprias emoções enquanto cuidador. O binômio impotência/onipotência pode desencadear sentimentos de culpa, medo e insegurança, além de prejudicar o atendimento assistencial²³. O termo *Burnout* caracteriza a experiência de profissionais da saúde lidando com situações estressantes e acomete os profissionais de enfermagem em oncologia²⁵.

Na graduação, os alunos não são alertados e preparados para as situações que terão de enfrentar em relação às reações do doente e seus familiares, o

enfrentamento das perdas e o luto, vivenciado na prática assistencial oncológica. Tendência ocidental em negar a morte e seu impacto, ocasiona grande contingente de profissionais que só sabem lidar com a vida e a cura²⁵.

Assistência oncológica ética requer a capacitação dos futuros enfermeiros para participação mais efetiva no controle da doença e na melhoria da qualidade assistencial. Também o desenvolvimento de estudos em grupo e de iniciação científica para a inclusão de conteúdos específicos em oncologia, melhoria do cuidado à pessoa com câncer e identificação das necessidades de suporte. Pesquisas científicas concorrem para o desenvolvimento de reflexões mais aprofundadas e melhor preparo para a vivência profissional^{3, 24, 26}.

Há disparidades na carga horária teórica e de ensino clínico nas disciplinas de Clínica Médico-Cirúrgica, sendo necessário conjugar a experiência assistencial ao ensino da teoria e a pesquisa científica pelo desenvolvimento de cursos e investimentos na educação em cancerologia e reavaliação dos programas de ensino. Envolver os docentes, graduandos de enfermagem, os enfermeiros pós-graduandos e os enfermeiros clínicos no processo de mudanças, ante o aumento da expectativa de vida, os avanços e as inovações tecnológicas e as estimativas do aumento progressivo de cânceres na população em geral^{3, 24, 26}.

A ética transdisciplinar recusa toda atitude que se negue ao diálogo e à discussão. A ética da vida nos espaços destinados ao ensino e à assistência deve ser vitalizada, vivida e potencializada¹⁸. A política da igualdade incentiva situações de aprendizagem, nas quais o protagonismo do aluno e o trabalho em grupo sejam estratégias para a contextualização dos conteúdos curriculares na práxis. Relações hierarquizadas estão sendo, gradativamente, substituídas pelo diálogo e pelo trabalho em equipe e interdisciplinar^{21, 24}.

Participação em ligas oncológicas, comitês éticos multidisciplinares, discussões, conferências e fóruns éticos de enfermagem e programas educacionais possibilitam aos profissionais da enfermagem, aquisição de habilidade, troca de experiências e, conhecimento necessário ao atendimento às dimensões éticas no cuidado terapêutico e paliativo^{24, 26}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O hospital e demais instituições destinadas ao tratamento de doenças, recuperação e manutenção da saúde a indivíduos com câncer tem sido um local que aglutina trabalhadores, com tarefas no combate as doenças, prolongamento e/ou sobrevivência e duração da vida, bem como, acompanhamento aos que morrem. Enquanto, do outro lado, encontram-se os usuários, ávidos e freqüentemente em situações dolorosas, desgastantes e angustiantes, visando à resolução dos problemas relativos à sua saúde e à doença.

Dada à complexidade dos serviços ofertados nesses ambientes e as marcas do avanço tecnológico e científico, geralmente sofisticadas, embora, desejáveis enquanto prosperidade e desenvolvimento, a atividade de cuidar das pessoas, no contexto da assistência de enfermagem oncológica, é difícil, desafiadora e nem sempre assegura os preceitos éticos.

Há falta de pesquisas contemplando esta temática. Os estudos analisados, na sua maioria, foram desenvolvidos por abordagem qualitativa e versaram sobre a ética descritiva. Foram descritas a predominância das relações assimétricas, devidas a falta de conhecimentos e de aprofundamento nas questões éticas, cuidados fragmentados pelo tecnicismo, inadequação no dimensionamento de pessoal, visão cartesiana, bem como a hegemonia médica no ambiente hospitalar. Os pesquisadores também relataram a falta de privacidade e autonomia e não participação do paciente nas decisões e no planejamento do cuidado assistencial, predispondo as pessoas com câncer, bem como os familiares, à coação e obediência às normas, rotinas e regimes terapêuticos e as

relações assimétricas, impostas geralmente pela equipe médica e de enfermagem.

Foi ressaltada a importância do câncer enquanto problema de Saúde Pública nacional, a necessidade de novos programas para que a equipe de enfermagem aprimore conhecimentos, tenha melhor controle e assista mais integralmente o indivíduo com câncer e a sua família. A privatização ainda torna excludente o cuidado às pessoas com doenças crônicas, embora o ser humano, independente da origem social e econômica, deva ter acesso a tratamento digno, especializado e ético, em todas as fases do processo saúde-doença.

Os princípios norteadores da profissão e a alteridade, necessários à ética nas relações profissionais, ainda não são assegurados no processo de trabalho da enfermagem oncológica brasileira, e os profissionais na área oncológica estão expostos a *Burnout*. Decorrentes, na maioria das vezes, de conhecimento inespecífico, falta de identificação com a área e aprimoramentos, inadequada identificação dos problemas circunscritos à enfermagem e ao tratamento oncológico, e inadequado aprendizado durante e após a graduação.

Conclui-se que os enfermeiros conhecem superficialmente as ações que tipificam e qualificam as intervenções éticas e morais no atendimento assistencial e acolhimento aos familiares e amigos da pessoa acometida por câncer. A pesquisa científica poderá auxiliar no desenvolvimento de intervenções mais flexíveis e humanas e modelos para decisões éticas e ações interdisciplinares, forma pela qual, com criatividade, o cuidado e a arte da enfermagem brasileira poderão ser melhores representadas.

REFERÊNCIAS

1. Pestana DNR, Yamaguchi NH, Schwartzmann G. Oncologia geral. In: Lopes, A. C. Tratado de clínica médica. São Paulo: Roca; 2006. p. 3322.
2. Chang S, Bondy ML, Gurney JSG. Epidemiologia do câncer. In: Pollock RE, Dorshow JH, Khayat D, Nakão A, Sullivan O. Manual de oncologia clínica da UICC. 8ª ed. Geneva: Wiley Publishers; FOSP; 2006. cap. 6.
3. Soler VM. O conhecimento produzido pela enfermagem em transplante de medula óssea no Brasil [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo – USP; 2006.
4. Pupulin JSL, Sawada NO. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. Rev Latinoam Enferm. 2002;10(3):433-8.
5. Grady C. Questões éticas relacionadas à enfermagem em cuidados críticos. In: Morton PG, Fontaine DK, Hudak CM, Gallo BM. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 77-102.
6. Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fé de Bogotá: El Bubo; 1998.
7. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 5ª ed. São Paulo: Loyola; 2000.
8. Barchifontaine CP. Bioética: a ética da vida, da saúde e do meio-ambiente. Rev COREN SP. 2007; (70):4-5.
9. Silva FL. Da ética filosófica à ética em saúde. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 19-36.
10. Mailandi R. Ética, conceptos y problemas. Buenos Aires: Biblos; 1991.
11. Beauchamp TC, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
12. Sulmasy DP, Sugarman J. The many methods of medical ethics. Washington DC: Georgetown University Press; 2001. p. 3-18.
13. Conselho Federal de enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 1993.

14. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
15. Gil R. Análise de discurso. In: Bauer MW, Gaskel G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 244-70.
16. Silva LMG da. Aspectos éticos e cuidados paliativos. [acesso em 2007 set. 12]. Disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.com.br/artigo.php?cdTexto=111>
17. Sztain R, Marchi MM. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. *Bioética*. 1998;6(1):39-46.
18. Teixeira ER. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2005;4(1):89-95.
19. Barroso MGT. Cuidado humano, ética e tecnologia: inquietudes pessoais. *Cogitare Enferm*. 2000;5(2):40-2.
20. Chaves PL, Costa VT, Lunardi VL. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. *Texto & Contexto Enferm*. 2005;14(1):38-43.
21. Torres SJ. Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado. Porto Alegre (RS): Artmed; 1998.
22. Souza LM, Sartor VVB, Prado ML. Subsídios para a ética da responsabilidade em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2005;14(1):75-81.
23. Castro ME, Antunes JK, Rolim MO. Desafio de trilhar os caminhos da ética em uma perspectiva interinstitucional: uma experiência de ensino em enfermagem. *Rev Bras Promoção da Saúde*. 2004; 17(2):66-71.
24. Paschoal AS, Mantovani MF, Polak INS. A importância da ética no ensino de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2002;7(2):7-9.
25. Campos RG. Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, 2005.
26. Gutiérrez MGR, Maranhão AMSA, Castro RAP, Adami NP. Núcleo de enfermagem em oncologia: experiência relacionada à assistência, ensino e pesquisa. *Acta Paul Enferm*. 1996;9(1):92-97.



Fonte: http://www.ellusaude.com.br/enfermagem/imagem/foto_florence2.gif

Artigo de Atualização e Divulgação

ATUALIZAÇÃO EM AUTISMO: ASPECTOS GENÉTICO-CLÍNICOS

AUTISM UPDATE: GENETIC AND CLINIC ASPECTS

ACTUALIZACIÓN EN AUTISMO: ASPECTOS GENETICO Y CLINICOS

*Carina Tatiana Giunco**, *Adriana de Oliveira Barbosa***, *Agnes Cristina Fett-Conte***

Resumo

O autismo é uma doença heterogênea e complexa sem etiologia definida, mas com fatores genéticos certamente participantes. Os mecanismos genéticos envolvidos e sua interação com o ambiente também não estão esclarecidos. Entretanto, diversos genes têm sido sugeridos como responsáveis pelo aparecimento da doença, a maioria deles relacionados à morfogênese e funcionamento do sistema nervoso central. Este artigo apresenta uma atualização sobre os aspectos da susceptibilidade genética e a clínica das Doenças do Espectro Autista. Embora a literatura sobre o tema seja ampla, os resultados sobre susceptibilidade são ainda escassos e contraditórios, com muitos aspectos etiopatológicos a serem esclarecidos. É necessário modificar o foco de atenção à saúde da família e ampliar o atendimento às doenças genéticas, bem como os enfermeiros desenvolverem pesquisas científicas nessa área e acompanharem o desenvolvimento científico, visando melhorar o bem-estar da pessoa acometida por autismo e seus familiares.

Palavras-chave: Autismo infantil. Genes. Genética Médica. Aconselhamento Genético.

ABSTRACT

Autism is a complex and heterogeneous disease without defined etiology, but with participant genetic factors. The genetic mechanism involved and their interactions with the environment are not clear. Meanwhile, several genes have been suggested as responsible for the disease, most of them related to morphogenesis and functioning of the central nervous system. This article presents an update on aspects of genetics susceptibility and the clinic of Diseases of the Autism Spectrum. Although the literature on the topic is broad, results of susceptibility are still scarce and contradictory, with many etiopathological aspects to be clarified. It is necessary to modify the focus towards to health family and spread the understanding of genetic diseases as well as the nurses do develop scientific researches in this field and follow closely the scientific development aiming to improve the welfare of an autistic patient and its family.

Keywords: Autistic Disorder. Genes. Genetics Medical. Genetic Counseling.

Resumén

El autismo es una enfermedad heterogénea compleja sin etiología definida, pero con factores genéticos participantes. Los mecanismos de la genética y su interacción con el medio ambiente también son poco claros. Mientras tanto, varios genes que se han sugerido como responsables de la aparición de la enfermedad, la mayoría de ellos relacionados con la morfogénesis y funcionamiento del sistema nervioso central. Este documento representa una actualización de los aspectos de la susceptibilidad genética y las clínicas del Autismo. Aunque la bibliografía sobre el tema es amplia, los resultados de susceptibilidad son todavía escasos y contradictorios, con muchas aspectos etiopatológicos por aclarar. Es necesario modificar el enfoque hacia la salud de la familia y la difusión de la comprensión de las enfermedades genéticas, así como el personal de enfermería desarrollar investigaciones científicas en este campo y seguir de cerca el desarrollo científico con el fin de mejorar el bien estar del paciente autista y su familia.

Palabras Clave: Trastorno autístico. Genes. Genética Médica. Consejo Genético.

*Mestre e Doutora em Genética, Docente das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva - SP.

**Doutoranda em Genética, pelo Programa de Pós-Graduação em Genética, UNESP - São José do Rio Preto - SP.

***Livre-Docente, Departamento de Biologia Molecular - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP/FUNFARME), São José do Rio Preto - SP.
Contato: gitaca@bol.com.br

INTRODUÇÃO

Aspectos Clínicos

Objetivando incorporar os avanços em genética à luz das rápidas mudanças científicas e tecnológicas, atualmente em expansão, principalmente pela associação aos avanços da medicina genética, foi realizado um levantamento bibliográfico em bases de dados *on-line*, apresentado neste estudo sob a forma de atualização.

A palavra autismo vem do grego "autos", que significa "si mesmo", referindo-se a alguém retraído e absorto. Foi primeiramente descrito por Kanner, em 1943, como um transtorno do desenvolvimento, caracterizado por prejuízos na interação social e na comunicação e por um padrão de atividades estereotipadas e repetitivas. Sua etiologia é desconhecida, mas vários estudos com gêmeos e famílias têm mostrado influências genéticas¹.

Alguns comportamentos freqüentes em sujeitos com o diagnóstico de autismo são: distúrbios de contato afetivo, atraso na linguagem e comunicação, gestos estereotipados, resistência a mudanças de rotina, indicação de necessidades através de gestos, não demonstração de medo diante de perigos reais, hiperatividade, ausência de contato visual direto, apego inapropriado a objetos, tendência ao isolamento e resistência ao aprendizado.

A criança autista costuma desenvolver relações nada usuais, bem extremadas com os objetos, ou não se interessa minimamente por eles, como se não existisse nada ao seu redor, e por isso o nome autismo (estar auto-centrado, exageradamente em si). Ou ao contrário, fica fascinada e extremamente ligada com um pedaço de madeira ou o movimento de um relógio. Muitas vezes, percebe-se que a simples mudança de lugar de um objeto familiar pode desencadear uma crise desesperada de choros e gritos. A descrição destas características ajuda os profissionais a estabelecer um diagnóstico correto². Não deve ser confundido com retardo mental, já que pessoas com autismo podem ter um alto quociente de inteligência (QI). Indivíduos adultos têm vida que varia desde completa dependência até (raramente) ao emprego bem sucedido. A capacidade para pensamentos abstratos e simbólicos ou para jogos imaginativos é diminuída, mas a inteligência pode variar de subnormal, normal ou acima do normal³.

Segundo Silva², é fundamental que os sinais e sintomas sejam evidentes nos três primeiros anos de vida,

apesar de, na maioria dos casos, o desenvolvimento parecer normal. Indicadores de que o processo de desenvolvimento da criança não vai bem podem ocorrer antes dos seis meses de idade. Crianças que choram demais ou são vistas como muito quietas pelos pais, que têm pouco contato visual, não mantêm posição antecipatória ou não prestam atenção aos eventos familiares principais podem estar apresentando sintomas iniciais da síndrome autista. As alterações no ritmo do desenvolvimento da criança também costumam ocorrer precocemente.

Estes sinais, na maioria das vezes, passam despercebidos no ambiente familiar e até dos especialistas que se ocupam da criança neste primeiro tempo, principalmente porque, do ponto de vista médico, a criança vai bem, ganha peso e cresce². No entanto, é muito passiva, não se interessa pelos objetos do mundo, não olha verdadeiramente nos olhos das pessoas com curiosidade e prazer. Evita ativamente o contato e não adquire posição antecipatória, isto é, não toma a iniciativa de provocar ativamente reações no ambiente, como, por exemplo, para tirá-la do berço, sustentando-a ou ainda consolando-a. O pediatra é o primeiro médico a entrar em contato com o paciente autista e deve estar apto para reconhecer os desvios do desenvolvimento e orientar a investigação e o tratamento multidisciplinar⁴.

A pesquisa realizada por Braga⁵ mostrou que 40% das mães e apenas 25% dos profissionais de saúde perceberam os primeiros sinais apresentados pelos indivíduos autistas e faz um alerta às enfermeiras, para ficarem mais atentas a esses pequenos detalhes que fazem toda a diferença no diagnóstico e na vida de um autista e de sua família, pois quanto mais cedo é diagnosticado, maiores são as chances de um bom prognóstico.

O diagnóstico, prognóstico e tratamento do autismo é exclusivamente clínico. Os prognósticos dependem de seis questões, que são: QI do indivíduo afetado, integridade da família, precocidade diagnóstica, capacidades técnicas dos profissionais, ausência de doença degenerativa e sensorial³.

Os objetivos do tratamento são diminuir os sintomas comportamentais e auxiliar no desenvolvimento de funções atrasadas, rudimentares ou inexistentes, tais como linguagem e habilidades de cuidados próprios. O autista pode desenvolver comunicação verbal, interação

social, alfabetização e outras habilidades, dependendo de seu grau de comprometimento e da intensidade e adequação do tratamento que, em geral, é realizado por equipe multidisciplinar nas áreas de Fonoaudiologia, Psicologia, Educação Física, Musicoterapia, Psicoterapia e outros.

Aspectos Genéticos

Pesquisas recentes têm examinado traços autísticos em populações de gêmeos e evidenciado que os prejuízos sociais seguem uma distribuição unimodal sem demarcação clara que diferencie os casos clássicos (quadros clínicos mais graves) dos traços autísticos. Por esta razão tem sido mais apropriada a designação Doenças do Espectro Autístico (DEA) para definir a variação dos fenótipos comportamentais relacionados às três áreas de comprometimento: interação social, comunicação e comportamento. Estão incluídas nas DEA o autismo, a síndrome de Asperger e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (PDD-NOS)⁶.

Alguns estudos epidemiológicos mostram um aumento na frequência de DEA que poderia ser explicado pela mudança dos critérios diagnósticos ocorrida nos últimos anos. Também tem sido considerado que a incidência dos distúrbios pode ser maior do que a documentada e que muitos casos são subdiagnosticados⁷.

Fatores ambientais, como a vacinação contra a rubéola ou a impregnação por mercúrio já foram indicados como responsáveis, entretanto, os estudos mostram resultados contraditórios^{8, 9}. Contudo, o aumento do número de casos é real e pode resultar, ainda, de alterações epigenéticas em determinados genes¹⁰.

A frequência de DEA na população em geral é de cerca de 30/60:10.000, com a prevalência do autismo clássico estimada em cerca de 13:10.000, um aumento considerável uma vez que nos últimos 40 anos a frequência estimada era de 4:10.000. O processo de avaliação diagnóstica, o tamanho das casuísticas, a época da publicação e a localização geográfica dos estudos, podem justificar, em parte, as diferenças nas estimativas, mas a elucidação pode estar na dependência da combinação de estudos epidemiológicos com pesquisas laboratoriais¹². A proporção de aproximadamente quatro homens para cada mulher afetada é encontrada em quase todas as populações estudadas¹² e, embora indiquem genes de susceptibilidade

relacionados ao cromossomo X, as regiões indicadas não são sempre as mesmas¹³.

A fisiopatologia das DEA não está esclarecida e há inúmeros estudos que abordam desde aspectos neuroquímicos, dados de autópsias, imagens radiológicas, possíveis influências ambientais, até fatores genéticos, que possam estar envolvidos na predisposição à doença. A etiologia é múltipla e complexa, com influência de fatores peri e neonatais, ambientais e genéticos, e em muitos casos não é possível distinguir se a DEA é causa ou efeito^{14, 15}.

As evidências de predisposição genética decorrem da recorrência maior entre irmãos de afetados, que é de 0,1% a 0,2% para autismo e 0,6% para as DEA, e dos estudos com gêmeos, que mostram concordâncias que chegam a 91% entre monozigóticos e de 10% para dizigóticos. O padrão de herança na maioria dos casos é compatível com herança poligênica, com interação de múltiplos *loci* não ligados, mas similares, e juntos resultariam nos fenótipos comportamentais⁹.

A abordagem para identificar as regiões cromossômicas e os genes de susceptibilidade inclui avaliação citogenética, estudos de ligação com *screening* genômico de parentes afetados e estudos de associação gênica. Em 10% dos casos de autismo, alguma alteração cromossômica é observada¹⁶ e os achados indicam regiões candidatas em potencial.

Abordagens indiretas, como os estudos de síndromes de etiologia conhecida e comorbidade de sintomas, como a Síndrome do Cromossomo X Frágil, Síndrome de Turner e a Esclerose Tuberosa, podem ajudar a elucidar genes únicos ou cascatas de efeitos protéicos que levam às DEA¹⁷. Embora possa estar associada a síndromes de etiologia relativamente simples ou mutações pontuais, na maioria dos casos não há etiologia definida, e estes parecem resultar da ação de variantes de múltiplos genes em conjunto com a exposição ambiental que resultaria em fenótipos comportamentais variáveis. A dificuldade desta hipótese de herança poligênica, uma das mais consideradas na literatura, é que múltiplos genes com efeitos pequenos necessitam de casuísticas muito grandes para serem detectados. Mais de 50 genes já foram referidos como candidatos, e os estudos apontam 6 *locis* de susceptibilidade nos cromossomos autossômicos e três no cromossomo X.

A literatura sobre DEA é ampla e aborda diversos aspectos biológicos envolvidos na etiopatogenia da doença. Apesar de algumas regiões específicas do genoma serem apontadas como regiões de susceptibilidade, principalmente dos cromossomos 7, 15 e X e dos genes envolvidos com a serotonina, os dados disponíveis são escassos e contraditórios^{18, 19, 20}.

Aparentemente são necessários vários *loci* com efeitos aditivos e não interativos. Cada gene poderia contribuir com a sua fração para a susceptibilidade, todos com um efeito relativamente pequeno.

Por outro lado, a interação com o ambiente (herança multifatorial) significa que os alelos de efeito aditivo só serão relevantes se o fator ambiental estiver presente e, se esse fator for raro, detectar o efeito do alelo pode ser extremamente difícil. Portanto, pesquisas com pequenas casuísticas também podem ser relevantes, desde que a exposição ambiental possa ser identificada.

Estudos de associação também devem ser estimulados por examinarem polimorfismos de genes candidatos sem a necessidade de evidências citogenéticas ou análise genômica.

O estudo de variantes genéticas e ambientais responsáveis pelo quadro clínico das doenças do espectro autista (DEA) às vezes é muito desencorajador, o que é esperado para as doenças complexas. Estudos de metanálise são necessários para a compreensão dos mecanismos ambientais e genéticos envolvidos, além de novas estratégias e metodologias que poderão elucidar a complexidade das relações que culminam no fenótipo comportamental autístico, um fenótipo grave e freqüente na população mundial, que por isso deve ser exaustivamente investigado.

Panorama Brasileiro Atual

No Brasil, só na década de 80, começou-se a trabalhar mais diretamente com o autismo. Antes disso, muitos pacientes eram tratados com um diagnóstico diferente. Mesmo porque, não se conhecia o quadro "autista", então, esses pacientes eram tratados em casa, e só quando se tornavam muito agressivos eram encaminhados a um hospital psiquiátrico²⁰.

Segundo Vânia Viana, professora de Educação Especial, o autismo é pouco divulgado no Brasil, o que

torna seu trabalho difícil e solitário. As pesquisas são poucas, o que dificulta a divulgação e recrutamento de profissionais especializados, tanto na área da saúde quanto na área de educação. Instituições públicas na área de Saúde e Educação estão desaparelhadas e desinformadas. Milhares de crianças continuam sem diagnóstico, tratamento e educação adequados às suas deficiências de desenvolvimento. A população desconhece os sinais básicos indicadores dos sintomas do autismo, os profissionais (pediatras, enfermeiros, neurologistas, terapeutas, professores, entre outros) em sua maioria estão desinformados e desatualizados sobre os mais recentes estudos, tratamentos e técnicas terapêuticas e didáticas específicas sobre o assunto⁶.

"Que nós possamos aprender com essas crianças chamadas de autistas sobre essas coisas enigmáticas e estranhas que estão em torno de nós humanos e que, por isso mesmo, dizem de nossa condição de seres desamparados diante da grandiosidade de um universo que tentamos, todo o tempo e a todo custo, significar².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição de casos e o estudo das populações afetadas contribuem, de forma efetiva, para que pouco o autismo possa ser mais bem compreendido e analisado. Somente a partir de uma visão ampla, baseada em modelos científicos claros, é que poderá haver contribuição efetiva para o estudo dessas patologias, ao mesmo tempo em que se disponibilizam pensamentos de forma realista na busca de solução para o problema dessa população afetada.

O autismo é, de fato, uma deficiência que agrupa um vasto espectro de perturbações que partilham características comuns, mas que se manifestam de diferentes modos em cada indivíduo. Embora o tratamento e o diagnóstico sejam especialidades médicas, o enfermeiro deverá atuar na consulta genética, aconselhamento genético e desenvolver o processo de enfermagem.

O enfermeiro tem uma posição importante na observação de sinais e sintomas próprios da pessoa autista, porém é preciso conhecimento específico e habilidades na identificação das características que a diferenciam das crianças cujo desenvolvimento é considerado normal. Principalmente os enfermeiros que atuam em unidades

pediátricas e em saúde comunitária, necessitam estar atentos às características iniciais de autismo, pois quanto mais precoce o diagnóstico, melhor o prognóstico da criança e de todo o contexto familiar e social na qual está inserida.

Sugerem-se novas pesquisas científicas, uma vez que as perspectivas centram-se na prática baseadas em evidências, na consulta e aconselhamento genético.

REFERÊNCIAS

1. Barea LM, Millán T, Polanczyk AS. Influência genética na etiologia do transtorno autista. *Rev Cient AMECS*. 2000;9(2):32-39.
2. Silva ARR. Autismo na criança e seu impacto sobre a família. *Pediatria Moderna*. 2000;36(7):474-79.
3. Miles JH, Takahashi TN, Haber A, Hadden L. Autism families with a high incidence of alcoholism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2003;33(4):403-15.
4. Gardia CA, Tuchman R, Rotta NT. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*. 2004;2:83-94.
5. Braga MR. A visão materna sobre os transtornos invasivos do desenvolvimento e seu processo diagnóstico [Dissertação]. São José do Rio Preto (SP): Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/FAMERP; 2004.
6. Dosreis S, Weiner CL, Johnson L, Newschaffer CJ. Autism spectrum disorder screening and management practices among general pediatric providers. *J Dev Behav Pediatr*. 2006;27(Suppl 2):S88-S94.
7. Rutter M. Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning. *Acta Paediatr*. 2005;94(1):2-15.
8. Burgess DC, Burgess MA, Leask J. The MMR vaccination and autism controversy in United Kingdom 1998-2005: inevitable community outrage or a failure of risk communication? *Vaccine*. 2006;24(18):3921-8.
9. Cohly HH, Panja A. Immunological findings in autism. *Int Rev Neurobiol*. 2005;7:317-41.
10. Gottesman II, Hanson DR. Human development: biological and genetic processes. *Annu Rev Psychol*. 2005;56:263-86.
11. Rutter M. Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning. *Acta Paediatr*. 2005;94(1):2-15.
12. Yeargin-Allsopp M, Rice C, Karapurkar T, Doernberg N, Boyle C, Murphy C. Prevalence of autism in a US metropolitan area. *JAMA*. 2003;289(1):49-55.
13. Shao Y, Wolpert CM, Raiford KL, Menold MM, Donnelly SL, Ravan SA et al. Genomic follow-up analysis for autistic disorder. *Am J Med Genet*. 2002;114(1):99-105.
14. Giunco CT, Fett-Conte AC, Tajara EH. Aspectos genéticos do Autismo e outros transtornos invasivos do desenvolvimento. *HB cient*. 2001;8(2):103-12.
15. Giunco CT. Estudo genético-clínico, investigação da Síndrome do Cromossomo X Frágil e Polimorfismos da Apolipoproteína E em Autismo [Tese]. São José do Rio Preto (SP): Instituto de Biociências Letras e Ciências Exatas/UNESP; 2006.
16. Folstein SE.; Rosen-Sheidley B. Genetics of autism: complex aetiology for a heterogeneous disorder. *Nat Rev Genet*. 2001;943:55.
17. Caffery P, Deutsch Ck. Macrocephaly and the control of brain growth in autistic disorders. *Prog Neurobiol*. 2005;77:38-56.
18. Bacchelli E, Maestrini E. Autism spectrum disorders: molecular genetic advances. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2006;142(1):13-23.
19. Baron CA. Genomic and functional profiling of duplicated chromosome 15 cell lines reveal regulatory alterations in UBE3A-associated ubiquitin-proteasome pathway processes. *Hum Mol Genet*. 2006;15(6):853-69.
20. Garcia-Nonell C, Rigau-Ratera E, Artigas-Pallares J. Autism in fragile X syndrome. *Rev Neurol*. 2006;42(Suppl 2):S95-8.
21. Assumpção FB Jr, Pimentel ACM. Autismo infantil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22:237-9.

EPISIOTOMIA DE ROTINA VERSUS EPISIOTOMIA SELETIVA¹

ROUTINE EPISIOTOMY VERSUS SELECTIVE EPISIOTOMY

EPISIOTOMÍA RUTINARIA VERSUS EPISIOTOMÍA SELECTIVA

Elvira Silva Cumim, Denise Gonzalez Stellutti Faria**, Zaida Aurora Sperli Gerales Soler****

Resumo

Estudo desenvolvido por meio de revisão da literatura comparando a episiotomia de rotina com a seletiva. O modelo de assistência ao parto no Brasil tem se caracterizado pelo uso rotineiro de intervenções obstétricas, como a episiotomia, prática invasiva mais utilizada no parto normal, justificada para proteção do períneo. No entanto, atualmente as pesquisas indicam que seu uso liberal está associado a maiores taxas de traumatismo perineal e a proposta de humanização do nascimento preconiza seu uso limitado só a indicações válidas. Vários pesquisadores destacam que o uso liberal e rotineiro da episiotomia é considerado como prática inadequada, enquanto seu uso seletivo apresenta benefícios, pois há menor risco de trauma de períneo posterior, de necessidade de sutura e de complicações de cicatrização, embora se observe risco aumentado de trauma perineal anterior.

Palavras-chave: Episiotomia. Trauma. Perineal. Parto normal.

Abstract

In this paper we have conducted a review of the literature on episiotomy, comparing routine episiotomy with selective episiotomy. The model of delivery assistance in Brazil has been characterized by the routine use of obstetric interventions, such as the episiotomy. It is the invasive procedure most widely used during vaginal birth, and justified as a protection of the perineum. However, current researches suggest that its liberal use is associated with higher rates of perineal trauma. Moreover, the proposal for the humanization of childbirth recommends its use only when valid indications exist. Several researchers point out that the liberal or routine use of episiotomy is considered to be an inadequate practice, while its selective use presents actual benefits, since there are lower rates of posterior perineal trauma, less suturing and fewer healing complications. Nevertheless, there is an increased risk of anterior perineal trauma.

Keywords: Episiotomy. Wounds and Injuries. Perineum. Natural Childbirth.

Resumen

Se trata de un estudio de revisión de la literatura. Se compara la episiotomía de rutina con la episiotomía selectiva. El modelo de asistencia al parto en Brasil se caracteriza por la utilización de intervenciones obstétricas como la episiotomía, práctica invasiva más utilizada durante el parto normal, y justificada para la protección del perineo. Sin embargo, actualmente las pesquisas indican que su utilización liberal está asociada con tasas más altas de traumatismo perineal. Además de eso, la propuesta de humanización del parto preconiza su utilización limitada a casos donde existan indicaciones válidas. Varios estudiosos destacan que el uso liberal o rutinario de la episiotomía es considerado como práctica inadecuada. Ya su utilización selectiva presenta beneficios, pues existe menor riesgo de traumatismo perineal posterior, menor necesidad de sutura y menos complicaciones en la cicatrización. Sin embargo, se observa un riesgo aumentado de traumatismo perineal anterior.

Palabras clave: Episiotomía. Heridas y Traumatismos. Perineo. Parto Normal.

*Enfermeira. Aluna do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) - SP.

**Enfermeira obstétrica, mestre em Ciências da Saúde, docente e orientadora do curso de pós-graduação em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) - SP.

***Obstetriz, livre-docente em Enfermagem. Docente e orientadora da graduação e da pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) - SP.
Contato: zaida@famerp.br

INTRODUÇÃO

Neste estudo, de natureza bibliográfica, foi feita uma revisão da literatura atual sobre o tema, ou seja, o uso da episiotomia, comparando a seletiva e a de rotina. Foram utilizadas informações neste aspecto após consultas às bases de dados científicas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da Rede Bireme (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde).

A episiotomia é uma incisão cirúrgica no períneo com indicação obstétrica para aumentar a abertura vaginal durante o parto. A incisão geralmente é feita quando a cabeça fetal está suficientemente baixa, a ponto de distender o períneo, porém antes de ocorrer uma distensão exagerada^{1, 2}. Pode ser realizada com tesoura ou bisturi devendo ser executada antes que o pólo fetal esteja distendendo acentuadamente o períneo e sem que a pele esteja apresentando lesão. Poderá ser mediana (perineotomia), médio-lateral e lateral. Na realização da episiotomia são seccionadas as seguintes estruturas: pele e tecido celular subcutâneo; músculo bulbocavernoso e fáschia; músculo superficial transverso do períneo; músculo elevador do ânus e fáschia¹.

A episiotomia não pode ser realizada cedo demais, de modo a evitar um sangramento excessivo³. No parto vaginal a maioria das mulheres sofre algum tipo de trauma perineal, em razão de lacerações perineais espontâneas ou de episiotomia⁴. A ocorrência de lacerações perineais depende de diversos fatores e podem estar relacionados às condições maternas, ao feto, ao parto em si e à própria episiotomia. Apesar de amplamente utilizada para evitar lacerações na região perineal, muitas vezes a episiotomia representa um trauma perineal mais severo que as lacerações espontâneas⁵.

As lacerações espontâneas no períneo são classificadas como^{2, 6}.

- de 1º. Grau: afetam pele e mucosa e às vezes não necessitam de sutura;

- de 2º. Grau: estendem-se até os músculos perineais, sendo que geralmente podem ser suturadas com facilidade sob anestesia local e cicatrizam sem complicações;

- de 3º. Grau: atingem o músculo esfíncter do ânus, podem ter conseqüências mais sérias e devem ser suturadas a fim de evitar problemas de fístula ou incontinência fecal.

A episiotomia lateral deixou de ser realizada por seus inconvenientes, pois essa região além de muito vascularizada ainda pode lesar feixes internos do músculo

elevador do ânus. A episiotomia médio-lateral é a mais usada. Sua incisão é executada partindo-se da linha média da fúrcula posterior da vulva em direção à tuberosidade isquiática até um ponto lateral, distante do esfíncter anal, com cerca de 4 cm de comprimento, podendo atingir o tecido celular subcutâneo da fossa isquirretal. Embora seja mais freqüente sua realização lateralmente à direita, o lado de escolha é indiferente².

A episiotomia mediana ou perineotomia apresenta como vantagens menor perda sanguínea; fácil reparação; maior respeito à integridade anatômica do assoalho muscular; menor desconforto doloroso e raramente é acompanhada de dispareunia, ou seja, dor nas relações sexuais^{3, 7}, enquanto as episiotomias mediolaterais evitam mais eficazmente o esfíncter anal e o reto⁸.

Evolução histórica do uso da episiotomia

A primeira menção à episiotomia foi feita por Ould em 1741, descrevendo-a como um método de prevenção de lacerações severas a ser utilizado excepcionalmente e para auxiliar os partos vaginais complicados. Entretanto, a popularidade deste procedimento ocorreu a partir da primeira metade do século XX, com o aumento da hospitalização para atendimento ao parto e sua veemente defesa de obstetras de destaque. Pomeroy, em 1918 escreveu um artigo intitulado "*Deveríamos cortar e reparar o períneo de todas as primíparas?*" De Lee, em 1920 sugere a utilização do fórcepe profilático acompanhado de episiotomia médio-lateral precoce⁹.

A mudança dos partos em domicílio para os hospitais na década de 30, alterou o conceito da natureza do nascimento, de um processo fisiológico e natural para um processo patológico. Na hospitalização havia mais intervenção obstétrica, usada para minimizar ou prevenir complicações, com melhores condições de assepsia em ambiente propício à realização da episiotomia com maior segurança¹⁰.

A episiotomia tornou-se rotineira, usada de modo profilático, como justificativa para evitar traumas perineais; a morbimortalidade infantil e problemas ginecológicos tais como retoccele, cistocele e relaxamento do assoalho pélvico¹¹.

Embora não existam dados precisos sobre a sua utilização na atenção aos partos vaginais no Brasil, sabe-se que pode ser considerada como um dos procedimentos cirúrgicos mais freqüentes no sistema público de saúde, sendo superado apenas pelo corte e pinçamento do cordão umbilical. Ao longo do tempo, este modelo vem sendo

adotado e ensinado pela obstetrícia brasileira como uma das muitas condutas bem estabelecidas e universalmente aceitas. Muitos autores afirmam que o tônus da musculatura da vagina depende mais do exercício e da sua contração e do relaxamento, do que de cirurgias de rotina¹³, mas ainda é justificada por vários obstetras para prevenir o suposto afrouxamento pélvico irreversível do parto^{12, 14}.

Apesar dos questionamentos sobre a validade da episiotomia rotineira na prática obstétrica, a prevalência deste procedimento é elevada e bastante variada conforme a região a ser estudada. Nos Estados Unidos estima-se que seja empregada em 62,5% do total de partos, na Europa em cerca de 30%, enquanto na América Latina ainda vêm sendo utilizada como intervenção de rotina em primípara e parturientes com episiotomia prévia. O Ministério da Saúde do Brasil apesar de recomendar o uso seletivo não determina a taxa ideal a ser atingida. Alguns autores estimam como frequência ótima a realização de episiotomia entre 10 a 30% do total de partos vaginais⁸.

Efeitos benéficos da episiotomia

Os efeitos benéficos para a mulher sugeridos na episiotomia são: redução da probabilidade de lacerações de terceiro grau, preservação do assoalho pélvico e do músculo perineal, redução da incidência dos prolapso uterinos, das cistoceles e das retoceles, além da proteção das estruturas vaginais anteriores e posteriores e diminuição do segundo período do parto^{2, 15}.

Para o feto: diminuição da compressão da cabeça sobre o períneo, evitando lesões cerebrais, notadamente nos fetos pré-termos, ou nos recém-nascidos de mães diabéticas cujos filhos quase sempre são macrossômicos.

Efeitos adversos da episiotomia

Vários efeitos adversos da episiotomia foram sugeridos, tais como, a secção ou extensão da laceração para o esfíncter anal ou para o reto; resultados anatômicos insatisfatórios, como fibromas moles, assimetria ou estreitamento excessivo do intróito; prolapso vaginal; fístulas retrovaginais ou anais; aumento da perda de sangue; hematoma; dor; edema; infecção; deiscência; e disfunção sexual. O uso liberal de uma cirurgia com os riscos descritos anteriormente só poderia ser justificado por indicações de que essa intervenção proporcionaria benefícios compensadores¹⁵.

Outra controvérsia decorre relativamente da idéia de que com a episiotomia a dor no pós-parto é menor, quando comparada com as lacerações espontâneas. Além

de serem necessários mais trabalhos que nos elucidem neste ponto os que estão publicados parecem revelar que, ao contrário, após uma episiotomia (independente do tipo realizado), a dor intra-parto é maior tornando-se mais incômoda no pós-parto imediato. É necessário ressaltar que a episiotomia é, no entanto, um dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da paciente¹⁰.

Outro fator que deve ser considerado é o alto custo monetário quando se adota este procedimento como rotina, levando-se em conta o gasto com material utilizado em sua realização e reparo, além do maior tempo de hospitalização, fator este de grande importância para países em desenvolvimento como o nosso¹⁶.

Episiotomia de rotina versus seletiva

Em 1996, peritos em obstetrícia da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicaram o "Guia Prático para Assistência ao Parto Normal" traduzido pelo Ministério da Saúde. Este estudo mostra as melhores evidências científicas e as práticas relacionadas ao parto normal classificadas em quatro categorias.

Recomenda também que os sinais de sofrimento fetal, a progressão insuficiente do parto e a ameaça de laceração de 3º Grau, incluindo laceração de 3º Grau em parto anterior, são indicações para realizar a episiotomia¹⁷.

- Categoria A: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- Categoria B: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- Categoria C: práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;
- Categoria D: práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado. O uso liberal ou rotineiro da episiotomia está classificado nesta Categoria.

Um estudo realizado para identificar a frequência e critérios para indicar a episiotomia¹⁸ revelou que dos 122 partos normais, em 76,2% foram realizadas episiotomia médio-lateral direita (EMLD), em 10,6% o períneo manteve-se íntegro, em 9% ocorreram roturas de 1º. Grau e 4,1% de 2º. Grau, não havendo laceração de 3º. Grau. Convém mencionar que destes partos normais 41,6% eram de primeiro parto, com prática da episiotomia em 95,2% deles. A principal justificativa para a realização rotineira da episiotomia em todas as primíparas é a prevenção de laceração perineal, de posterior relaxamento do assoalho pélvico e trauma contra a cabeça

fetal¹⁹. Osava e Tanaka¹⁹ comentam que conseguiram uma redução do uso da episiotomia em um Hospital Escola mesmo em primíparas, devido à adoção da deambulação livre durante o trabalho de parto.

Em revisão sistemática da literatura referente a 6.600 partos, comparando a episiotomia seletiva com a de rotina, foram revelados melhores resultados nas seletivas, com redução em 20% do trauma perineal severo, 12% em trauma perineal posterior, 29% de dor perineal na alta e em diminuição em 71% nas complicações de cicatrização²⁰.

Em pesquisas com seis ensaios controlados randomizados, realizados entre 1984 e 1994, foram evidenciadas e visíveis as vantagens do uso restrito da episiotomia, havendo menor incidência de trauma perineal posterior, necessidade de suturas, utilizadas como referência para a dor e traumas vaginais severos e complicações, embora exista um risco maior de laceração perineal anterior²¹.

Na avaliação²¹ da prática da episiotomia em 12 ensaios clínicos randomizados, concluiu-se que há indícios claros para a recomendação de uma prática restrita em vez de rotineira. As evidências demonstraram que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo, como lacerações de 3º. e 4º. Graus, além de não prevenir lesões no pólo cefálico fetal e não melhorar os escores de Apgar. Além disso, predispõe a uma maior

perda sanguínea e não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto²¹.

CONCLUSÃO

Com base na literatura pesquisada sobre a temática foi constatado que a episiotomia seletiva associa-se a menor risco de trauma posterior, a menor necessidade de sutura e menor risco de complicações na cicatrização. Ainda, que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo, não previne lesões no pólo cefálico fetal e não melhora os escores de vitalidade do feto, além de promover maior perda sanguínea e não reduzir o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto.

A única real evidência científica observada na literatura sobre o uso de rotina da episiotomia foi uma diminuição do risco de traumatismo perineal anterior, que geralmente ocorre com menos sangramento, não necessita de sutura e é menos doloroso que os traumas de períneo posterior.

Entretanto, ainda é difícil mudar os hábitos instalados na prática obstétrica, como o uso da episiotomia em larga escala, mas as evidências científicas devem ser destacadas neste aspecto, de forma a promover assistência mais humanizada e de melhor qualidade às parturientes.

REFERÊNCIAS

1. Rezende J. O parto: estudo clínico e assistência. In: Rezende J. Obstetrícia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 336-62.
2. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência ao parto e tocurgia: manual de orientação. São Paulo: Febrasgo; 2002.
3. Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985. p. 382-408. Assistência da enfermagem durante o parto.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistências humanizadas à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
5. Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(3):389-95.
6. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV et al. Willians obstetrícia. 18ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. Conduta no trabalho de parto normal. p.309-25.
7. Neme B. Obstetrícia básica. 2ª ed. São Paulo: Savier; 2000. p.190-213.
8. Organização Mundial de Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 2000.
9. Labrecque M, Eason E, Daniels F, Ymayo MR, Bourget M. Episiotomia de rotina: evidências contra. Diag Tratamento. 2000;5(2):43-50.
10. Borges BB, Serrano F, Pereira F. Episiotomia uso generalizado versus seletivo. Acta Med Port. 2003;16:447-54.
11. Graham ID. Episiotomy: challenging obstetric interventions. London: Blackwell Science; 1997. p. 33-41.
12. Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(6):357-65.
13. Diniz SG. Só um corte a mais? [editorial]. Notas sobre Nascimento e Parto. Genp. 1998;3(6):1.
14. Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública USP; 1997.
15. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. O segundo estágio do trabalho de parto. p. 156-61.
16. Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(1):1-2.
17. World Health Organization. Classification of practices in normal birth. In: Care in normal birth: a practical guide. Geneva; 1996. p. 34-7. (WHO Technical Report Series FRH/MSM/96.24)
18. Oliveira SMJV, Miqilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(3):288-95.
19. Osava RH, Tanaka ACA. Episiotomia de rotina: é realmente necessária? [Apresentado no Seminário de Enfermagem Obstétrica: a pesquisa na prática profissional; 1995 out 17-19; São Paulo].
20. Tomasso G. Debemos seguir haciendo la episiotomia em forma rutinaria? Rev Obstet Ginecol Venezuela. 2002;62(2):115-21.
21. Carroli G, Belizan J. Episiotomia en el parto vaginal birth. [acessado em 2007 set 12]. Disponível em: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltda.).

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A *CuidArte Enfermagem*, revista das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva, com periodicidade semestral, tem por objetivo proporcionar à comunidade científica, enquanto um canal formal de comunicação e disseminação da produção técnico-científica nacional a publicação de artigos relacionados à área da saúde, especialmente da Enfermagem. Objetiva também publicar suplementos sob a forma de coleções de artigos que abordem tópicos ou temas relacionados à saúde. O artigo deve ser inédito, isto é, não publicado em outros meios de comunicação.

As normas de um periódico estabelecem os princípios éticos na condução e no relatório da pesquisa e fornecem recomendações com relação aos elementos específicos da edição e da escrita. Visa melhorar a qualidade e a clareza dos textos dos artigos submetidos à revista, além de facilitar a edição. Os Editores recomendam que os critérios para autoria sejam contribuições substanciais à concepção e ao desenho, ou à coleta, análise e à interpretação de dados; redação do artigo ou revisão crítica visando manter a qualidade do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a publicar.

CATEGORIAS DE ARTIGOS DA REVISTA

ARTIGOS ORIGINAIS: Trabalho de pesquisa com resultados inéditos que agreguem valores à área da saúde, em especial na área da Enfermagem. Sua estrutura deve conter: resumo, descritores (palavras-chave), introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e referências. Sua extensão limita-se a 15 páginas. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 20, havendo, todavia, flexibilidade. O artigo original não deve ter sido divulgado em nenhuma outra forma de publicação ou em revista nacional.

ARTIGOS DE REVISÃO: Avaliação crítica e abrangente sobre assuntos específicos e de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, já cientificamente publicados. Os artigos deverão conter até 15 páginas.

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO: Trabalhos descritivos e interpretativos sobre novas técnicas ou procedimentos globais e atuais em que se encontram determinados assuntos investigativos. Os artigos deverão conter até 10 páginas.

ESPAÇO ACADÊMICO: Destinado à divulgação de estudos desenvolvidos durante a graduação, em obediência as mesmas

normas exigidas para os artigos originais. O nome do orientador deverá ser indicado em nota de rodapé, e deverão conter no máximo 10 páginas.

RESENHAS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS: Análise crítica da literatura científica publicada recentemente. Os artigos deverão conter até 3 páginas.

Os artigos devem ser encaminhados ao editor-chefe da revista, especificando a sua categoria.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS: Eu (nós), abaixo assinado(s) transfiro(erimos) todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à *CuidArte Enfermagem*. Declaro(amos) ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Data e Assinatura(s).

Cada artigo deverá indicar o nome do autor responsável pela correspondência junto a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail, e a este autor será enviado um exemplar da revista.

ASPECTOS ÉTICOS: Todas as pesquisas envolvendo estudos com seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução CNS-196/96, devendo constar o consentimento por escrito do sujeito e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Caso a pesquisa não envolva humanos, especificar no ofício encaminhado. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP. Quando relatam experimentos com animais, os autores devem mencionar se foram seguidas as diretrizes institucionais e nacionais para os cuidados e a utilização dos animais de laboratório.

ENVIO DE ORIGINAIS: O artigo deve ser enviado pelo correio em 4 vias impressas, com cópia em CD, digitado no programa Microsoft Office Word da versão 97 a 2003. Recomenda-se que os autores retenham uma cópia do artigo. As ilustrações deverão ser enviadas juntamente com os artigos em uma pasta denominada figuras, no formato BMP ou TIF com resolução mínima de 300 DPI. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material. Após o recebimento do material será enviado e-mail de confirmação ao autor responsável.

SELEÇÃO DOS ARTIGOS: Inicialmente, todo artigo submetido à Revista será apreciado pelo Conselho Editorial nos seus aspectos gerais, normativos e sua qualidade científica. Ao ser aprovado, o artigo será encaminhado para avaliação de dois revisores do Conselho Científico com reconhecida competência no assunto

abordado. Caso os pareceres sejam divergentes o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir o terceiro parecer). Os artigos aceitos ou sob restrições poderão ser devolvidos aos autores para correções ou adequação à normalização segundo as normas da Revista. Artigos não aceitos serão devolvidos aos autores, com o parecer do Conselho Editorial, sendo omitidos os nomes dos revisores. Aos artigos serão preservados a confidencialidade e sigilo, assim como, respeitados os princípios éticos.

PREPARAÇÃO DO ARTIGO

Formatação do Artigo: a formatação deverá obedecer às seguintes características: impressão e configuração em folha A4 (210 X 297 mm) com margem esquerda e superior de 3 cm e margem direita e inferior de 2 cm. Digitados em fonte "Times New Roman" tamanho 12, espaço 1,5 entrelinhas, com todas as páginas numeradas no canto superior direito. Devem ser redigidos em português. Se for necessário incluir depoimentos dos sujeitos, estes deverão ser em itálico em letra tamanho 10, na seqüência do texto. Citação "ipsis litteris" usar aspas na seqüência do texto.

Autoria, Título e Subtítulo do Artigo: apresentar o título do trabalho (também em inglês e espanhol) conciso e informativo, contendo o nome dos autores (no máximo 6). No rodapé, deverá constar a ordem em que devem aparecer os autores na publicação, a maior titulação acadêmica obtida, filiação institucional, onde o trabalho foi realizado (se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, nome da agência financiadora) e o endereço eletrônico.

Resumo: deverá ser apresentado em português, inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Deve vir após a folha de rosto, tipo informativo, limitar-se ao máximo de 250 palavras e deverá conter: objetivo do estudo, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e análise, principais resultados e as conclusões).

Palavras-chave: devem aparecer abaixo do resumo, conter no mínimo 3 e no máximo 6 termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores, recomendados no DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) e apresentado pela BIREME na forma trilingüe, disponível à página URL: <http://decs.bvs.br>. Apresentá-los em letra inicial maiúscula, separados por ponto. Ex: Palavras-chave: Enfermagem hospitalar. Qualidade. Saúde.

Tabelas: as tabelas 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.

Ilustrações: deverão usar as palavras designadas (fotografias, quadros, desenhos, gráficos, etc.) e devem ser limitadas ao mínimo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto e apresentadas em folhas separadas. As legendas devem ser claras, concisas e localizadas abaixo das ilustrações. Figuras que representem os mesmos dados que as tabelas não serão aceitas. Para utilização de ilustrações extraídas de outros estudos, já publicados, os autores devem solicitar a permissão, por escrito, para reprodução das mesmas. As autorizações devem ser enviadas junto ao material por ocasião da submissão. Figuras coloridas não serão publicadas.

Abreviações/Nomenclatura: o uso de abreviações deve ser mínimo e utilizadas segundo a padronização da literatura. Indicar o termo por extenso, seguido da abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecer no texto. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica do produto.

Citações no Texto: devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, de acordo com a ordem de aparecimento no texto. Quando o autor é novamente citado manter o identificador inicial.

Agradecimentos: deverão, quando necessário, ocupar um parágrafo separado antes das referências bibliográficas.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e 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 no <http://www.bu.ufsc.br/bccsm/vancouver.html> traduzido e adaptado por Maria Gorete M. Savi e Maria Salete Espíndola Machado.

EXEMPLO DE REFERÊNCIAS

Devem ser citados até seis autores, acima deste número, citam-se apenas os seis primeiros autores seguidos de et al.

Livro

Baird SB, Mccorkle R, Grant M. Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia: WB. Saunders; 1991.

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996; 73:1006-12.

Trabalho apresentado em congresso

Lorenzetti J. A saúde no Brasil na década de 80 e perspectivas para os anos 90. In: Mendes NTC, coordenadora. Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1989 set 2-7; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn – Seção SC; 1989. p.92-5.

Documentos jurídicos

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 jun 1986. Seção 1, p.1.

Tese/Dissertação

Lipinski JM. A assistência de enfermagem a mulher que provocou aborto discutida por enfermeiros em busca de uma assistência humanizada [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC; 2000.

Material eletrônico

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

CuidArte
Enfermagem

Av. São Vicente de Paulo, 1455 - Parque Iracema

Catanduva - SP

CEP 15809-145

Contato: e-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br

Fone: (017)3531-3228

Impressão:



RAMON NOBIS
GRÁFICA E EDITORA

E-mail: nobalbos@fipa.com.br
Rua 7 de Setembro, 342 - PABX: (17) 3531-4453 - CATANDUVA - SP

CuidArte
Enfermagem