

CuidArte

Enfermagem

CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP

Volume 2

Número 1

p. 11-113

janeiro/junho 2008

Semestral

EDITOR

Faculdades Integradas Padre Albino

CONSELHO EDITORIAL

Editora 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 (FIPA)

Diretor Geral: Nelson Jimenes

Vice Diretor: Antônio Hércules

Coordenadora Pedagógica:

Dulce Maria Silva Vendruscolo

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora de Graduação:

Dircelene Jussara Sperandio

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, Santa Catarina - SC

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 - SP

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

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

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

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

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

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

C966 CuidArte enfermagem / Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem. -- Vol. 2, n. 1 (jan./jun.2008) - . -- Catanduva : Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem, 2007-

v. : il. ; 27 cm

Semestral.
ISSN 1982-1166

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

CDD 610.73

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

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

Luciana Bernardo Miotto

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA PERCEÇÃO DE UM GRUPO DE IDOSOS

THE AGING PROCESS IN THE PERCEPTION OF A GROUP OF ELDERLY PEOPLE

Graziella Moreira de Sousa, Mariana Bassoli Belucci, Rozineide Aparecida Almagro Gório, Virtude Maria Soler 11

PERCEÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS AO PACIENTE QUEIMADO

PERCEPTION OF NURSING TEAM ABOUT CARE OF BURN PATIENT

Cristiane Gregoletti, Helen Christina da Silva, Vanessa Vieira, Maria Rita Braga, Cristiane Paschoa 23

A SAÚDE DE QUEM CUIDA DA SAÚDE: TRABALHO DE ENFERMAGEM E QUALIDADE DE VIDA

HEALTH OF WHOM TAKES CARE OF HEALTH: NURSING WORK AND LIFE QUALITY

Fabiana Aparecida Custódio Fonseca, Michele Joana Roncoli Pecorari, Themis Heloíse Campanhã Cury, Luciana Bernardo Miotto, Maristela Aparecida Magri Magagnini 30

AUDITORIA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

AUDIT IN NURSING ASSISTANCE IN INTENSIVE THERAPY UNIT

Adriana Cristina Moreira, Hermony A. Del Conte 39

QUEDA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISE DO INDICADOR DE QUALIDADE

FALL OF HOSPITALIZED PATIENTS: ANALYSIS OF QUALITY INDICATOR

Juliana Tominaga, Maria Gabriela M. Bonjardin, Michela P. Aliberti, Maria Regina Lourenço Jabur 47

ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

OCCUPATIONAL ACCIDENTS WITH BIOLOGICAL MATERIAL AMONG HEALTH PROFESSIONALS

Maristela Aparecida Magri Magagnini, Luciana Bernardo Miotto, Antonia de Fátima Zanchetta Serradilha 53

O CÂNCER DE PELE E A IMPORTÂNCIA DA FOTOPROTEÇÃO

THE SKIN CANCER AND THE IMPORTANCE OF FOTOPROTECTION

Guilherme Henrique Pires Barboza, Juliana Giacon, Simone Aparecida Trovó, Virtude Maria Soler 61

TRIAGEM NEONATAL OU TESTE DO PEZINHO: CONHECIMENTO, ORIENTAÇÕES E IMPORTÂNCIA PARA A SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO

NEONATAL SCREENING OR PKU TEST: KNOWLEDGE, ORIENTATION AND IMPORTANCE TO HEALTH OF NEWBORNS
Jacqueline Garcia de Oliveira, Daniela Sandrini, Daniele Colombo da Costa, Antonia de Fátima Zanchetta Serradilha, Maria Cláudia Parro71

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES

COMPETÊNCIAS ÉTICAS EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DA LITERATURA

ETHICAL SKILLS IN NURSING: A LITERATURE REVIEW
Susana Pacheco79

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DE UROLOGIA

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE TO PATIENTS OF UROLOGY AMBULATORY
Anamaria Alves Napoleão, Flávia Carolina Pereira Barcellos, Patricia Akemi Kawai85

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONSEQÜÊNCIAS NA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ E NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

POSTPARTUM DEPRESSION: CONSEQUENCES ON MOTHER-CHILD INTERACTION IN INFANT DEVELOPMENT
Daiane Alessandra de Oliveira Sgobbi, Sinval Avelino dos Santos92

TERAPIA TÓPICA DE FERIDAS: UTILIZAÇÃO DE PAPAÍNA

TOPICAL THERAPY OF WOUNDS: THE USE OF PAPAIN
James da Luz Rol, Kleber Aparecido de Oliveira, Luiz Carlos Vieira, Maria Cristina de Moura-Ferreira100

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

PUBLICATION RULES111

Editorial

Luciana Bernardo Miotto¹

A *CuidArte Enfermagem*, em seu segundo número, novamente promove um profícuo e estimulante debate entre diferentes temas da pesquisa em saúde. Trata-se de um processo contínuo, pois a produção de conhecimento e, por conseguinte, sua disseminação, é tarefa árdua e incansável.

Os temas dos artigos, cada um a seu modo, consolidam a aproximação necessária entre a pesquisa acadêmica e o cotidiano da prática profissional. Especificamente no caso da Enfermagem, a investigação sistemática e a divulgação dos resultados das pesquisas ampliam e enriquecem o conhecimento da área, além de fundamentar a prática em evidências. Obviamente, a pesquisa em enfermagem está intrinsecamente relacionada à melhoria da qualidade da assistência.

Este é o grande desafio do conhecimento para a prática da profissão. Profissionais da área, docentes ou não, devem manter a preocupação quanto ao fortalecimento de uma base científica que possibilite o intercâmbio de idéias.

Mudanças que contribuam para melhorar a qualidade da assistência só poderão ser operadas quando houver a conscientização de que a apropriação do conhecimento existente enriquece a prática profissional. Um procedimento não pode ser modificado com base apenas na experiência empírica. É preciso o desenvolvimento de um processo sistemático de investigação que sirva de base ao campo de práticas. Algo que, inegavelmente, é feito com esforço e trabalho científico.

Nesse sentido, o segundo número da *CuidArte Enfermagem* traz artigos cujos temas buscam reforçar a aproximação entre pesquisa científica e a assistência de Enfermagem. Por outro lado, expande o campo de discussão da área ao introduzir temáticas com interface em outras esferas do conhecimento: meio ambiente, qualidade de vida, trabalho e ética.

Sobre a qualidade da assistência e seus indicadores, destacam-se dois artigos extremamente pertinentes. O primeiro deles refere-se ao uso da auditoria como instrumento de mensuração da qualidade assistencial de enfermagem. Com base em um estudo de caso, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), demonstrou que auditorias periódicas fornecem informações fundamentais para a educação permanente em saúde e, conseqüentemente, para a melhoria na assistência prestada ao paciente.

O segundo artigo trata do uso de indicador de queda de pacientes para mensurar a qualidade assistencial. Além disso, propõe um protocolo de avaliação de risco com base nas evidências levantadas. Percebe-se, novamente, que a qualidade da assistência de enfermagem deve ser preocupação constante dos profissionais envolvidos.

Outro artigo relacionado ao aperfeiçoamento da sistematização da assistência de enfermagem, mas de conteúdo mais específico, é baseado em uma revisão bibliográfica sobre as necessidades de cuidado de pacientes urológicos atendidos ambulatorialmente. Suas conclusões revelam o pequeno número de trabalhos disponíveis sobre a temática.

Embora a questão do trabalho do enfermeiro seja assunto bastante discutido na literatura científica em saúde, a *CuidArte Enfermagem* traz três artigos que inserem o tema em uma perspectiva mais ampla. Todos contemplam aspectos do mundo do trabalho no contexto de uma sociedade globalizada, dotada de incertezas e de conflitos sociais iminentes. Além disso, revelam a inter-relação entre condições satisfatórias de trabalho e qualidade de vida.

O primeiro deles aborda os acidentes de trabalho, caracterizando as ocorrências em dois hospitais de ensino. Revela dados preocupantes que trazem à tona a importância do autocuidado, não só da categoria de enfermagem,

¹ Doutora em Sociologia pela UNESP - Araraquara - SP. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva - SP.

mas especialmente da categoria médica (residentes) e dos estudantes de Medicina, além da prevenção, já que foram identificadas ocorrências sem uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI).

Diretamente ligado à qualidade de vida no trabalho, há um artigo que investiga aspectos relativos à saúde e à qualidade de vida dos enfermeiros em um hospital de ensino. O trabalho do enfermeiro possui determinadas características que, em alguns casos, podem comprometer sua qualidade de vida.

O terceiro artigo ligado ao mundo do trabalho volta-se para o cuidar de pacientes queimados. Tarefa de extrema complexidade e que exige um conjunto de forças físicas e mentais dos profissionais envolvidos. É, geralmente, fator desencadeador de estresse tanto para o paciente quanto para o cuidador. Por isso, o artigo analisa a percepção de uma equipe de enfermagem em uma Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) quanto à sua atuação, ao mesmo tempo em que promove uma avaliação do seu nível de estresse.

Todos os artigos com o tema trabalho apontam para o necessário investimento em medidas que possam contribuir para a promoção da saúde dos trabalhadores das unidades hospitalares e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência.

Aproveitando o tema da qualidade de vida, é importante mencionar a questão do processo de envelhecimento na atualidade. Nesse contexto, há um artigo que trata desse tema tão delicado e ainda ressalta a importância de se conhecer as representações atribuídas pelas pessoas idosas em relação ao envelhecimento, como um componente relevante para a assistência de enfermagem geriátrica.

Em relação à interface com as questões ambientais, há um artigo de conteúdo bastante relevante, pois trata de um fenômeno mundial gravíssimo: o câncer de pele. Ainda mais grave se torna essa patologia devido ao fato de que medidas simples de prevenção são ignoradas. O artigo é baseado em uma pesquisa que identificou aspectos relativos à fotoproteção, prevenção, crenças, hábitos e comportamentos frente ao câncer de pele de docentes e discentes de uma instituição de ensino em saúde.

Os resultados demonstraram poucas diferenças entre os sujeitos quanto aos conhecimentos e hábitos adquiridos tanto por senso comum como pelo conhecimento científico. Nesse sentido, a enfermagem pode contribuir para a conscientização da população quanto à prevenção, visando à mudança de hábitos e comportamentos individuais e coletivos.

No campo da ética, há uma revisão bibliográfica sobre o desenvolvimento de competências éticas nos estudantes de enfermagem, durante o curso superior. A literatura analisada pela autora refere um aumento da capacidade de raciocínio ético ao longo do curso, porém, os comportamentos não-éticos tornaram-se mais freqüentes, o que reforça a importância da discussão sobre o tema.

No campo da enfermagem em saúde mental e materno infantil há dois artigos cujos temas merecem maior ênfase. Um é sobre a depressão pós-parto (DPP) e suas conseqüências na interação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil, destacando o papel do enfermeiro quanto às orientações prestadas à mãe. Para tanto, é fundamental que ele tenha conhecimento sobre a doença de forma a auxiliar nas intervenções a serem realizadas.

O outro artigo lembra a importância da triagem neonatal ou teste do pezinho, um exame preventivo feito para detectar várias doenças metabólicas. O estudo reforça a necessidade dos médicos e enfermeiros, durante as consultas pré-natais, de orientar e informar as gestantes sobre a importância da realização do exame, já que os resultados demonstram a ausência de orientação desses profissionais.

Por fim, uma revisão bibliográfica sobre a utilização da papaina no tratamento de feridas. A papaina é considerada um produto de baixo custo, de fácil aplicação e com bons resultados cicatriciais em feridas, porém, pouco utilizada nos serviços de saúde.

Todos os artigos apresentados destacam-se pela diversidade de temas. Trata-se de uma contribuição bastante significativa ao avanço do conhecimento científico na área da saúde. E o objetivo da [CuidArte Enfermagem](#) é propiciar a troca de informações entre os pesquisadores e toda a comunidade acadêmico-científica. Sem a comunicação não é possível fomentar o debate sobre temas tão caros ao bem-estar humano.

Um cuidadoso trabalho de divulgação não é feito sem uma boa dose de dedicação e ousadia. Muitos esforços ainda serão necessários para levar o conhecimento científico a um maior número de pessoas, porém, espera-se que essa empreitada esteja sendo desempenhada com êxito pela [CuidArte Enfermagem](#).

Fonte: http://www.florence-nightingale.co.uk/images/Crimean_ward_scene_large.jpg



Artigos Originais

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA PERCEPÇÃO DE UM GRUPO DE IDOSOS¹

THE AGING PROCESS IN THE PERCEPTION OF A GROUP OF ELDERLY PEOPLE

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN LA PERCEPCIÓN DE UN GRUPO DE ANCIANOS

Graziella Moreira de Sousa,* Mariana Bassoli Belucci,* Rozineide Aparecida Almagro Gório,* Virtude Maria Soler**

Resumo

O envelhecimento é um processo que se caracteriza pela perda gradativa das reservas funcionais do organismo humano, predispondo a pessoa a se tornar pouco capaz, ou mesmo incapaz, de se adaptar a diversas situações de ordem física, emocional ou econômico-social. Nesse sentido, é importante o conhecimento sobre as representações atribuídas pelas pessoas idosas em relação ao envelhecimento, como um componente relevante para a assistência de enfermagem geriátrica. O objetivo deste estudo foi categorizar e construir o perfil sociográfico de uma população de idosos internada em uma unidade de clínica médica. Entre os objetivos específicos pretendeu-se relatar como este grupo representa o processo de envelhecer, identificando seus principais problemas e necessidades. Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa com base na Teoria das Representações Sociais de Moscovici. Utilizou a técnica de entrevista por meio de um instrumento de coleta de dados semi-estruturado. O estudo foi realizado em um hospital-escola do interior paulista, em setores de clínica médica que assistem pessoas idosas. A pesquisa foi desenvolvida com 20 sujeitos com idade acima de 60 anos, de ambos os sexos. Os dados foram analisados conforme as representações da velhice pelas pessoas idosas, com base nas identidades sociais, culturais e experiências vividas. A pesquisa evidenciou, por meio da caracterização dos sujeitos do estudo, que muitos idosos viviam em condições insatisfatórias impossibilitando garantir a inclusão social, um bom estado de saúde, bem-estar e boa qualidade de vida. Predominaram relatos de incapacidades, morbidades, fragilidades e/ou vulnerabilidades e dependência. Poucos idosos representaram o processo de envelhecer como maturidade e sabedoria, prevalecendo as idéias de declínio, perda, solidão, sofrimento, incapacidades e insatisfação.

Palavras-chave: Envelhecimento. Assistência a Idosos. Enfermagem Geriátrica.

Abstract

Aging is a process that is characterized by gradual loss of functional reservation of the human body, predisposing the individual to become less capable or even unable to adapt to several situations, whether physical, emotional or economic-social situations. So, it is important the knowledge about the representations attributed by elderly people in relation to getting old, as a relevant component to geriatric nursing assistance. The objective of this study was to categorize and construct a socio-graphic profile of an elderly population living in a geriatric clinic. Among the specific objectives it was intended to describe how this group represents the process of getting old, indentifying their main problems and necessities. Descriptive and exploratory study, with quantitative and qualitative approach, based on Social Representation Theory of Moscovici. Technique of Interview was applied through a semi-structured data collection instrument. The study was accomplished in a School Hospital in the interior of the State of Sao Paulo, in the medical clinic sections which assist elderly people. The research was developed with 20 individuals, aged more than 60 years old, both men and women. Data were analyzed according to old age representation of elderly people, based on their social, cultural identities and the experiences they lived. The research evidenced, through characterization of the individuals of the study, that many elderly people lived in unsatisfactory conditions, making impossible guarantee the social inclusion, good health condition, welfare, and good life quality. There are predominant accounts of incapacity, morbidity, fragility, and/or vulnerability and dependency. Few elderly people represented the process of aging as maturity and wisdom, and the ideas of decline, loss, loneliness, suffering, incapacity, and dissatisfaction prevail.

Keywords: Aging. Old Age Assistance. Geriatric Nursing.

Resumen

El envejecimiento es un proceso que se caracteriza por la pérdida gradativa de las reservas funcionales del organismo humano, que predispone a la persona a tornarse poco capaz, o mismo incapaz, de adaptarse a diversas situaciones de orden física, emocional o económico social. En ese sentido, es importante el conocimiento sobre las representaciones atribuidas por las personas mayores en relación al envejecimiento, como un componente relevante para la atención de enfermería geriátrica. El objetivo de este estudio ha sido categorizar y construir el perfil sociográfico de una población de ancianos ingresada en una unidad de clínica médica. Entre los objetivos específicos se ha pretendido relatar como este grupo representa el proceso de envejecer, identificando sus principales problemas y necesidades. Estudio descriptivo y exploratorio, cualitativo, basado en la Teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici. Se a utilizado la técnica de entrevista por medio de un instrumento de recolección de datos semiestructurados. El estudio se ha realizado en un Hospital Escuela del interior paulista, en sectores de clínica médica que asisten a ancianos. La investigación se ha desarrollado con 20 sujetos con edad arriba de 60 años, de ambos sexos. Los datos se han analizado según la representación de la vejez por los ancianos, basados en sus identidades sociales, culturales y experiencias vividas. La investigación ha evidenciado, por medio de la caracterización de los sujetos del estudio, que muchos ancianos vivían en condiciones insatisfactorias imposibilitando

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

* Enfermeiros graduados em Enfermagem pelas Faculdades Integradas Padre Albino, Catanduva – SP.

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

garantizar la inclusión social, un buen estado de salud, bienestar y buena calidad de vida. Han predominado relatos de incapacidades, enfermedades, fragilidades y/o vulnerabilidades y dependencia. Pocos ancianos han representado el proceso de envejecer como madurez y sabiduría, prevaleciendo las ideas de declinación, pérdida, soledad, sufrimiento, incapacidad e insatisfacción.

Palabras clave: Envejecimiento. Asistencia a los Ancianos. Enfermería Geriátrica.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecer caracteriza-se por perdas gradativas das reservas funcionais do organismo humano, predispondo a pessoa a se tornar pouco capaz, ou mesmo incapaz, de se adaptar a uma situação adversa, seja ela física, emocional ou econômico-social. O idoso, caracterizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1980, para países em desenvolvimento, é considerado como o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, estando mais propenso a apresentar alterações no seu estado de saúde frente a um agressor, externo ou interno, tornando-o alvo de doenças.¹

A população brasileira vem apresentando um processo de envelhecimento rápido e a faixa etária acima dos 60 anos alcançou taxas oito vezes superiores às de crescimento da população jovem. Em 2025, segundo as expectativas, o Brasil será o sexto país com mais idosos do mundo, alcançando cerca de 34 milhões ou 15,1% da população.¹

Esta perspectiva é reforçada pelas estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), segundo o qual os idosos representam 15 milhões de pessoas (8,6% da população brasileira), podendo nos próximos 20 anos ultrapassar 30 milhões de pessoas. Estima-se que em 2050, uma em cada cinco pessoas terá 60 anos de idade ou mais e esta relação será de uma para três nos países desenvolvidos.²

Desde o marco zero da era cristã até os dias atuais, a expectativa de vida mudou muito nos 19 séculos que se seguiram, fundamentalmente no século passado e no atual. Envelhecer é mudar a capacidade de fazer frente a uma sobrecarga funcional ou a um desafio. Inexoravelmente, o indivíduo jovem, pela ação natural do tempo, transforma-se em idoso pelo processo de senescência, caracterizado por alterações cromossômicas que vão ocorrendo no decorrer da vida e que conferem ao indivíduo uma diminuição na capacidade de resposta a uma sobrecarga funcional. No entanto, quando o indivíduo ao longo da vida adquire doenças e se torna limitado e/ou incapacitado por processo patológico denominado senilidade, necessita ser cuidado e tratado

convenientemente. Ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas devem ser, portanto, as mais adequadas possíveis, com vistas a evitar situações de fragilidade, vulnerabilidade e dependência.³

A Geriatria é uma especialidade da Gerontologia que se ocupa do diagnóstico e do tratamento das doenças dos idosos; inclui a fisiologia, a patologia, o diagnóstico e o controle das doenças. Trata-se do estudo clínico da velhice. Gerontologia se refere à ciência que estuda os problemas dos idosos sob todos os seus aspectos: biológico, clínico, histórico, econômico e social, representados pelas ciências biológicas, psicossociais e sociológicas.⁴

Os padrões e o âmbito de atuação da enfermagem na área gerontológica foram originalmente desenvolvidos em 1969 e revisados em 1976 e 1987 pela *American Nurses Association*.⁴ A doença crônica é a principal causa de incapacidades físicas entre os idosos e, atualmente, o envelhecimento ativo está baseado no tripé: saúde, participação e segurança.

O efeito do envelhecimento sobre os tecidos celulares é assimétrico e individual. É necessário estar atento às mudanças físicas, emocionais e econômico-sociais decorrentes do avanço cronológico da idade para que essa transição fisiológica e os efeitos cumulativos não se reflitam em processos patológicos. Conhecer o processo de envelhecimento é um dos papéis dos profissionais de saúde e uma necessidade da população, assim como conscientizar a população jovem sobre o envelhecimento e sobre o fato de que envelhecer bem retarda o processo de morte.

Na sociedade brasileira, o idoso ainda tem pouca inclusão social e possibilidades no mercado de trabalho, seja culturalmente, devido à imagem social da velhice, caracterizada por perdas e incapacidades e desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, ou por aposentadorias insuficientes, oportunidades negadas e desqualificação tecnológica, prevalentes ainda na maior parte dessa população.

A enfermagem, enquanto componente dos serviços de saúde no atendimento aos idosos, atua

reconhecidamente no envelhecimento intrínseco ou em situações de senilidade (processo extrínseco), visando auxiliá-los na manutenção ou restauração da independência e autocuidado, promovendo, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. Tem como propósito desenvolver ações adequadas precocemente, para que a pessoa envelheça preservando sua capacidade funcional.⁵

O atendimento às necessidades do idoso requer abordagens e comunicação abrangentes e atualizadas cujas considerações contemplem as mudanças no contexto familiar, econômico, cultural, social, ético e legal. Envelhecer de maneira saudável significa, além da manutenção da saúde física, reconhecimento, respeito e estímulo; o idoso deve se sentir participante de sua comunidade, disponibilizar sua experiência e seu interesse; ser aceito como indivíduo, com necessidades e possibilidades especiais, sem que haja discriminação.^{5,6}

Há sobrecarga física, emocional e socioeconômica na prestação de cuidados a um familiar e não se deve esperar que estes sejam executados corretamente. Esta função cabe aos profissionais de saúde, ou seja, treinar e supervisionar o cuidador nas atividades assistenciais cotidianas necessárias ao idoso, até que o cuidador e a família se sintam seguros de sua participação no cuidado. Além disso, a família também precisa ser orientada para lidar com os sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão entre outros que acompanham a responsabilidade de contribuir na assistência à pessoa idosa.^{1,7}

Ações de enfermagem, generalizadas ou específicas, devem decorrer da capacitação de uma rede de atenção primária para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde fortemente ativas, mais voltadas a atender a população que envelhece. Grande impacto também poderá ser obtido no combate específico a quatro principais fatores de risco: tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e consumo excessivo de álcool. Além dos determinantes sociais, é importante o exercício da cidadania e da auto-estima, visando a independência pessoal e o autocuidado, apesar das perdas naturais do envelhecimento.

O cuidado prestado à pessoa idosa também é realizado através de um sistema de suporte informal, que

inclui a família (predominantemente), os amigos, os vizinhos e os membros da comunidade, atividade esta geralmente prestada voluntariamente.⁸

O envelhecimento populacional aloca, portanto, novas exigências dos serviços de ordem social e de saúde, o que demanda novas políticas de saúde e programas sociais.⁹ A Política Nacional do Idoso (PNI), de acordo com o que preceitua a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1948, de 13 de julho de 1996, representou um avanço, pois através dela, a questão do envelhecimento foi levada para a agenda pública. Outro avanço foi a criação do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), que estabeleceu medidas específicas em relação às ações públicas de responsabilidade do Estado, sobretudo na proteção ao idoso em situações de risco social.

Com a aprovação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) em 1999, houve um progresso em relação à própria PNI e várias lacunas deixadas por esta foram preenchidas.¹⁰ A PNSI tem como propósitos promover o envelhecimento saudável, manter e melhorar ao máximo a capacidade funcional dos idosos, prevenir doenças, recuperar a saúde dos que adoecem, além de reabilitar aqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida.¹¹

Neste contexto, verifica-se a importância das representações atribuídas pelas pessoas em relação ao envelhecimento, como um componente relevante à pessoa em todas as fases da vida e para as equipes de saúde na assistência geriátrica, complementadas pelo conhecimento técnico-científico, considerando-se as necessidades dos idosos e a demanda do mercado de trabalho a exigir profissionais mais capacitados.

Uma das formas utilizadas pelo indivíduo para se apropriar de aspectos da realidade é a representação social. A representação social é um conjunto de conhecimentos e idéias, originados na vida diária durante as comunicações interpessoais e que possibilitam ao indivíduo tornar compreensível a realidade e inserir-se em um grupo por meio de trocas cotidianas.¹²

O conceito de representação social foi elaborado por Serge Moscovici, psicólogo social, em sua obra clássica, produzida em 1961, intitulada "A representação social da psicanálise". Moscovici faz uma investigação da

conversão do conhecimento científico e técnico, quando este passa ao sentido comum. Refere-se aos pensamentos que determinam a produção de comportamento e relações com o meio ambiente e as suas modificações numa constante dinâmica.¹³

As representações sociais correspondem às experiências e informações recebidas e transmitidas por meio da tradição, educação e interação social. São um conjunto de significados que permitem interpretar e classificar os fatos que acontecem com as pessoas, estabelecendo-se assim as opiniões.¹³

Portanto, este estudo relata a representação do processo de envelhecimento para as pessoas idosas, internadas em uma unidade de clínica médica, tomando como base suas próprias concepções. Desse modo, será possível contribuir com as pesquisas científicas nesta área e melhorar a assistência de enfermagem aos idosos.

OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi categorizar e construir o perfil sociográfico de uma população de idosos internada em uma unidade de clínica médica. Entre os objetivos específicos, pretendeu-se relatar como este grupo específico representa o processo de envelhecer, identificando seus principais problemas e necessidades.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa com base na Teoria das Representações Sociais de Moscovici.¹⁴ Utilizou a técnica de entrevista por meio de um instrumento de coleta de dados semi-estruturado. Pelas representações sociais os indivíduos orientam e organizam o comportamento, intervindo no comportamento de outros indivíduos e no coletivo, nas mudanças sociais e na definição das identidades social e pessoal.¹² A Teoria das Representações Sociais está fundamentada em estudos que buscam analisar as relações entre o conhecimento científico e leigo.

O estudo foi realizado em um hospital-escola do interior paulista, em setores de clínica médica que assistem pessoas idosas. A pesquisa foi desenvolvida com idosos acima de 60 anos de idade, de ambos os sexos, e que após orientações e esclarecimentos, concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostra foi composta por 20 sujeitos.

Os dados foram analisados conforme a representação da velhice pelas pessoas idosas, com base em suas identidades sociais, culturais e experiências vividas. A análise dos conteúdos das entrevistas permitiu a identificação de eixos temáticos e foi realizada em duas etapas: 1ª.) dados de identificação dos sujeitos; 2ª.) conteúdo das respostas em relação aos seguintes aspectos: econômicos, culturais, sociais e pessoais; saúde e doença; crenças, família e relacionamentos interpessoais; perspectivas de vida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

Os sujeitos foram caracterizados por meio das seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, estado civil, número de filhos, procedência, aposentadoria, renda salarial, ocupação, complementação salarial, residência e convívio familiar.

Dos 20 sujeitos entrevistados, nove (45%) eram do sexo feminino e onze (55%) do sexo masculino. A média de idade obtida foi de 70,5 anos, sendo a máxima de 85 e a mínima de 61 anos.

Com relação à escolaridade, onze (55%) referiram não ter concluído o ensino fundamental I; quatro (20%) alegaram ter estudado somente até a 4ª. série do ensino fundamental; três (15%) são analfabetos, um (5%) alfabetizado e apenas um (5%) completou o ensino fundamental I. Atualmente, a adaptação às exigências do mundo moderno representa um grande problema para o idoso. Isto se deve, em parte, à deficiência educacional desta geração, pois freqüentar uma escola era privilégio de poucos. Dados revelam que o analfabetismo entre os idosos atinge 5,1 milhões de pessoas no Brasil.¹⁵

O estado civil predominante foi o de casado, que correspondeu a 15 idosos (75%); três são viúvos (15%), um desquitado (5%) e um solteiro (5%). A média do número de filhos correspondeu a 5,25. Segundo o IBGE, em 1960 a média era de seis filhos por mulher, sendo que no ano de 2000 este índice caiu para 2,39.¹⁶

Quanto à procedência, onze (55%) eram da cidade de Catanduva, quatro (20%) de Pindorama, um

(5%) de Paraíso, um (5%) de Catiguá, um (5%) de Adolfo e um (5%) de Itajobi.

Quatro idosos (20%) afirmaram não receber aposentadoria, sendo três deles do sexo feminino. Atualmente, a taxa de mulheres aposentadas (45,9%) é menor que a de homens (77,7%), consequência do ingresso tardio das mulheres no mercado de trabalho.¹⁷

Quanto à renda individual, 15 (75%) dos idosos referiram receber algum rendimento, obtendo-se a média de 1,3 salários mínimos, sendo a maior renda 3,5 salários e a menor um salário mínimo. Os dados obtidos na pesquisa revelaram que entre as idosas a maior renda pessoal declarada foi de um salário mínimo. A partir destes dados considera-se que parte das idosas depende financeiramente de outras pessoas.

Entre os idosos a falta de ocupação foi relatada por oito pessoas (40%), e entre os que tinham algum tipo de ocupação, verificou-se que as atividades estavam ligadas ao gênero, pois os idosos desenvolviam tarefas em oficinas e sítios e as idosas despendiam energias no lar ou em atividades cuidando de crianças (babá), embora sem rendimento extra.

O complemento salarial foi relatado por oito pessoas (40%), porém, onze idosos (55%) não relataram nenhum tipo de complemento salarial e um (5%) não revelou a quantia recebida. Atualmente, muitas pessoas complementam os rendimentos mediante algum tipo de atividade ou lucro com aluguel de casa, por exemplo, ou são dependentes de outras pessoas.¹⁶

Com relação à moradia, sete participantes (35%) referiram não ter casa própria, enquanto 13 sujeitos (65%) sim. Quando interrogados sobre o convívio familiar, 19 idosos (95%) disseram residir com a família; apenas uma idosa (5%) declarou morar sozinha. A casa própria representa a consolidação do sonho da maioria das pessoas, principalmente das idosas, pois é sinônimo de segurança, conquista, sucesso e bem-estar.

Além dos valores não-materiais como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal, senso de controle e autonomia e de eficácia pessoal, sentido de vida e felicidade, é evidente que os bens materiais têm importância. Existe um patamar material mínimo para se falar em qualidade de vida. Este representa a satisfação das necessidades mais elementares da vida

humana: alimentação, moradia, saúde, educação, trabalho, lazer, saneamento básico, acesso a serviços, dentre outras.¹⁷

A pesquisa evidenciou, por meio da caracterização dos sujeitos do estudo, que muitos idosos viviam em condições insatisfatórias, impossibilitando garantir um bom estado de saúde, bem-estar e boa qualidade de vida.

Análise temática dos conteúdos

Os conteúdos das entrevistas foram representados por quatro eixos ou categorias principais: 1ª.) envelhecer: avançar e regredir – a descida da montanha; 2ª.) realizar, depender, conformar e aceitar; 3ª.) velhice: solidão, desamor, baixa auto-estima e falta de apoio social; 4ª.) sofrimento e morbidade: longevidade e conquista.

Envelhecer: avançar e regredir – a descida da montanha

Os avanços tecnológicos e científicos, os desafios atuais para a manutenção da saúde e o aumento da expectativa de vida levam a uma revisão do conceito de saúde, especificamente sobre a saúde do idoso. Saúde significa bem-estar e felicidade: ela própria explicitamente ou no "silêncio do corpo", caracterizando uma linguagem de harmonia e equilíbrio entre o indivíduo, a sociedade e o seu ecossistema. Assim, não se pode mais considerar a saúde isolada das condições que envolvem e cercam a coletividade.¹⁸

A situação econômica determinada pela renda, educação e ocupação da pessoa, também exerce forte influência sobre as condições de saúde, em parte por influenciar padrões de comportamento.¹⁹ É preciso mais do que cuidados médicos de excelência para melhorar a saúde dos pacientes, pois muitos determinantes da saúde dos indivíduos e das populações situam-se fora dos limites da atividade clínica tradicional.

O início do processo de envelhecimento varia individualmente, podendo ocorrer perdas sutis de memória; dores articulares nas mãos, joelhos e/ou coluna; sensação de fadiga e incapacidade para o trabalho rotineiro. Alguns indivíduos perdem o interesse pela vida, sem que isso atinja o grau de depressão; outros têm

alterações urinárias como incontinência; a digestão torna-se mais lenta e os alimentos mais pesados não são bem tolerados; a potência sexual dos homens e a libido das mulheres tendem a diminuir. Também surgem as manifestações externas objetivas: cabelos brancos, rugas na face, manchas escuras na pele, postura arcada e andar lento; aspecto cabisbaixo; os dentes começam a ficar mais escuros ou caem; surgem tremores nas mãos.²⁰

A beleza física desaparece na maioria das pessoas, embora permaneça preservada em alguns poucos. Podem ocorrer ainda outros problemas tão ou mais graves como o isolamento social, as doenças, a perda da capacidade produtiva e o empobrecimento, havendo necessidade de diferenciar o envelhecimento natural e suas conseqüências dos problemas causados pelas doenças.²⁰ Tudo demora mais para ser feito: banho, barba, vestir-se ou despir-se; o tempo passa correndo, como se ganhasse velocidade na descida da montanha.²¹

A avaliação multidimensional do idoso deve considerar a vida cotidiana e seus aspectos práticos a serem conhecidos pelo avaliador, iniciando-se por uma história clínica ampliada que não se limite à dimensão biológico-funcional, mas que envolva as dimensões social e psicológica. Deve ser altamente individualizada, pois é essencial no cuidado ao idoso determinar necessidades específicas advindas de perdas funcionais, cognitivas, afetivas, financeiras e sociais.^{22,23}

Na pesquisa realizada, para os idosos a saúde está relacionada a todos os aspectos e situações da vida e não somente ao estado físico e biológico, conforme representado a seguir.

...por esses dias agora, eu passei por uma situação difícil e a família desesperou, e aí vim para o hospital e já tomaram providência... (participante 14).

Apresentam noções empíricas de prevenção no que se refere aos hábitos alimentares e de vida, como sono, repouso, calor, frio e vícios, tais como o tabagismo e o etilismo, enumerando estes fatores como atenuantes ou agravantes à saúde, ou até mesmo como recursos utilizados para enfrentar as situações a que estavam expostos.

Não bebê nada de álcool, não fazê extravagância nenhuma (participante 11).

A prevenção parece ser a saída encontrada pela Gerontologia para escapar do binômio saúde-doença. Todos os sujeitos são passíveis de intervenção, independentemente de seu estado de saúde ou de inserção na "normalidade". Pela urgência da prevenção, não importa também quando começa a velhice, pois a prevenção deve começar muito antes. Lutando por um envelhecimento bem-sucedido, a Geriatria/Gerontologia parece delinear o seu mais ambicioso projeto: disciplinar a vida humana em toda a sua extensão.²⁴

Entre os idosos entrevistados existe também o pensamento de que o tratamento médico aliado à terapia medicamentosa é o principal cuidado que se deve ter com a saúde. E ainda há os que não consideram a prevenção como forma de manutenção da saúde.

Eu é só ficar doente eu vou procurar o médico, né (participante 5).

Agora tô tomano remédio né (participante 10).

O período que marca o final da fase reprodutiva-hormonal do homem e da mulher, andropausa e menopausa, respectivamente, evidenciou ser mais bem compreendido pelas mulheres, ainda que parcialmente, já que os homens, em sua maioria, desconheciam os sinais e sintomas ou apenas os relacionaram à atividade sexual.

Depois que acabô a menstruação pra mim, eu achei que o meu organismo ficô diferente...Assim uma coisa ruim, que quando num tinha menopausa, que a gente esperava menstruação todo mês...E parece que dava aquele descarrego no corpo, sabe? A gente se sentia aliviada... A agora não, agora é tudo a mesma coisa (participante 12).

Andropausa?...Pode sê talvez alguma coisa que a gente ouve otro nome que pode sê a mesma coisa. É na parte de sexo? (participante 4).

Em se tratando de relacionamento sexual, os idosos se dividem entre os que praticam e os que não praticam o ato sexual. Entre os que não praticam o ato sexual, o fator limitante é direcionado ao plano físico, principalmente para os idosos do sexo masculino. Entre as mulheres predomina o campo emocional.

Ah, num era mais como era de primeiro...a gente tem mais problema nos ossos...Cê num pode fazê do

jeito que você quê...Tem que cê do jeito que cê consegue, né (participante 12).

Eu e minha esposa nos damos muito bem (participante 6).

Quando interrogados sobre doenças, estas foram colocadas como parte da vida, vistas como um processo natural ou de causalidade e relacionadas ao funcionamento do próprio corpo, como uma máquina.

Ah! Doença... no fim da vida vem o que? Doença, né, que nem eu tinha uma saúde de ferro, né, agora tô assim...Tem que aceitar, né, é a realidade da vida (participante 18).

Ah, a doença... Sabe nosso corpo é uma máquina, né, nosso corpo é que nem uma máquina, que nem um motor ee um coração, por exemplo, peça que bombeia...se enguiçá a função de um, o resto num funciona mais, igual a um motor se o carburado enguiçá que num vai andá, um... O motor não funciona, ee é a mesma coisa, é isso aí... É uma máquina humana, né (participante 1).

Além disso, as doenças são vistas como algo negativo, porém, quando questionados sobre os problemas e doenças que apresentam, não conseguiram especificá-los, demonstrando pouco ou nenhum conhecimento em relação à própria enfermidade.

Agora eu não posso te informar direito porque o médico não me deu uma solução do que eu tô passando, não fala você tem isso, você tem aquilo. Tem vários exames pra fazer, mas eu vim porque a pressão alterou (participante 5).

A maioria percebeu o envelhecimento quando surgiram os problemas de saúde e as mudanças físicas. No entanto, observou-se entre os homens depoimentos de despreocupação com a velhice.

Eu, pra mim, esse negócio de envelhecer, eu não ligo não, isso aí eu não tenho no pensamento, não fico preocupado com isso não, nem penso a idade que eu tenho (participante 5).

A partir dos meus 65 anos já comecei a perceber que a minha saúde tava mais frágil, então comecei a me preocupar (participante 14).

O processo de percepção e enfrentamento da velhice ocorre de maneira distinta entre as pessoas idosas, sendo necessário considerar questões objetivas e

subjetivas, especialmente as ligadas ao gênero. A sabedoria adquirida ao longo do caminho permite à pessoa, quando se iniciam os declínios, continuar com sua dignidade podendo até ser mais flexível, menos disposta a julgar e menos reservada.

Realizar, depender, conformar e aceitar

Esta categoria agrupou comentários que remetiam ao binômio saúde-doença e ao trabalho. A disposição para o trabalho, segundo os participantes, é essencial à vida, estando intimamente correlacionada a dinamismo, movimento e prazer, ou seja, ao que se pode fazer. A partir do momento que se sente a impossibilidade para realizar as atividades rotineiras, a vida, para os idosos, perde gradualmente o sentido. Isso fica claro quando eles dizem que saúde "é tudo", "felicidade".

Pra mim a saúde é tudo, né, a pessoa que não tem saúde não tem nada na vida... (participante 10).

Para os homens, acentua-se a questão do trabalho, pois eles consideram o fato de trabalhar como algo que predispõe saúde, fator que pode garantir independência econômica para escolher suas prioridades e atender necessidades básicas sem constrangimento, além de permitir ou possibilitar o lazer e o convívio social.

...Eu cuidá de mim é...era trabaia...(participante 3).

A doença é vista como um fator limitante, geralmente relacionado à atividade que a pessoa mais se interessava em desempenhar.

Olha eu não sou muito de diversão, mas agora eu não consigo costurar, hoje eu não faço mais isso (participante 14).

Quanto aos aspectos religiosos, todos os participantes da pesquisa referiram ter alguma religião ou crença; a maioria alegou ser católica, considerando importante ir à missa, rezar ou participar de grupos de oração e atos religiosos. A religião é um aspecto decisivo no envelhecimento uma vez que pessoas religiosas têm maior serenidade, em geral, ao enfrentar a velhice do que aquelas que não têm crença.²⁰

Relativo à prática de atividades físicas observou-se distinção entre os sexos, pois as idosas, quando não existem limitações, atribuem ao serviço doméstico o *status* de exercício físico e prazer, enquanto os idosos

do sexo masculino mencionaram "caminhada", "andar de bicicleta", e mesmo "capinar" como meios utilizados para se exercitarem.

Nada, eu não posso fazê, não posso fazê caminhada, não posso lavá roupa, eu fui proibida pelo médico, né, de fazê serviço...faz treze ano que eu num pego na vassora...só faço comida (participante 20).

A minha atividade física é trabaia lá em casa, lavá roupa, limpá casa... (participante 18).

Os idosos, em sua maioria, relacionaram o envelhecimento saudável ao movimento, citando ações preventivas e ressaltando a importância de evitar os sentimentos negativos e o estresse. Por outro lado, há aqueles que não acreditam que haja algo a ser feito para envelhecer com saúde ou afirmaram não ter disposição.

Dormir na hora certa, não fazer extravagância (participante 7).

Num tem que fazê nada, porque quando vai, vai memo (participante 2).

A maioria encontra diversão mesmo nas ações simples do dia-a-dia, como assistir televisão, conversar com as pessoas e freqüentar bailes. Até o fato de "estar com saúde" foi relacionado à diversão. A maioria dos idosos afirmou estar satisfeita com suas vidas, apesar dos problemas de saúde. No entanto, alguns parecem mais conformados que realizados.

....A gente tem que olhar para trás que tem muitos pior que a gente, né, a gente tendo uma casinha pra morá e não faltá nada pra comer... (participante 15).

Com relação aos cuidados durante a hospitalização quase todos os idosos mostraram satisfação com o tratamento prestado pela equipe de enfermagem do hospital. Acreditam que o tratamento recebido é fruto da troca entre eles, os participantes sentem que precisam tratar bem as pessoas para receber um bom tratamento. Evidencia-se a questão da barganha e do poder, pela qual a submissão e o respeito ainda são necessários.

Tô sendo bem tratado, elas vem aqui conversa sorridente. A gente fala com respeito é obediente então ela vê o moral da gente, chega aqui e atende bem, elas são boas mesmo (participante 7).

Quanto à internação, existem aqueles que alegam preferir estar em casa, com a família, pois isto representa conforto, bem-estar e independência. No

entanto, para quem se encontra em desamparo, estar no hospital representa o lar e a família que não possuem.

...Eu posso tá seno bem tratada, mais prefiro a minha casa (participante 12).

Eu sinto, eu num tenho pressa de i embora não, porque eu moro sozinha, né (participante 13).

A melhoria do atendimento para a maior parte dos idosos representa atitudes de humanização e não somente avanços científicos. Para eles o que falta é sensibilidade e uma melhor percepção das pessoas, profissionais da área da saúde e cuidadores (familiares).

Tem que ter um atendimento melhor, porque é muito corrido, as meninas não tem muito tempo e também acho que devia ter um lugar adequado só para os idosos (participante 14).

Na fala dos idosos ficou representada a deficiência no atendimento direto às necessidades humanas básicas, principalmente quando eles se tornam dependentes e em estados mais agravados de doença. Nesse sentido, é fundamental que o enfermeiro repense as ações assistenciais à pessoa idosa e melhor prepare a equipe para o trabalho digno e humanizado aos idosos.

Velhice: solidão, desamor, baixa auto-estima e falta de apoio social

O isolamento leva à solidão e este é um fator de risco para a mortalidade. As taxas de mortalidade são, aproximadamente, quatro vezes maiores entre os indivíduos viúvos do que entre não viúvos da mesma faixa etária e mesmas condições; é o que se chama "morrer de tristeza".²⁰

A perda da capacidade produtiva é outro aspecto de grande importância no processo de envelhecimento. Em certas instituições isto é praticamente decretado pela aposentadoria compulsória, pois não interessa se o indivíduo continua lúcido ou não, produtivo ou não. Ou então isso se manifesta pela redução da clientela de um profissional liberal. É grande o impacto da percepção ou da constatação indireta de que a capacidade produtiva da pessoa está diminuindo. Nos indivíduos orientados basicamente para o trabalho, e que são muitos, isto pode ter efeito devastador. Atinge-os na essência da sua personalidade e, portanto, representa uma ameaça real à sua integridade como pessoa.²⁰

Intimamente ligado à redução da capacidade produtiva está o empobrecimento. O afastamento das atividades habituais quase sempre causa redução de rendimentos, como é o caso das pessoas que passam a viver da aposentadoria. Em certas circunstâncias, a redução de rendimentos pode ser drástica e afetar profundamente a qualidade de vida, comprometendo lazer, alimentação, vestuário, saúde e mesmo cuidados médicos. Isto pode causar também dependência familiar. Às vezes o idoso precisa continuar trabalhando para se manter, quando preferiria outra situação. Todas essas circunstâncias são causa de constrangimento, porém, o empobrecimento é ainda mais penoso quando a pessoa desfrutou de certa opulência durante os anos de vida ativa e quando, além do dinheiro em si, tinha amigos e uma vida social intensa.²⁰

Quanto ao aspecto econômico, a maioria dos participantes afirmou que o controle do dinheiro fica a cargo da mulher, seguida pelos filhos ou parentes, demonstrando o papel da mulher no comando das questões relativas ao lar, assumindo a organização e a administração da renda familiar.

É a minha esposa, eu não faço nada é ela que faz tudo, compra é ela que vê, que ela precisa, que precisa pra casa é tudo ela, eu não faço nada (participante 5).

Em vários casos, a renda do participante não é suficiente para cobrir todas as despesas, sendo complementada pelos familiares ou por algum serviço extra que o próprio idoso executa. Os que relataram que o dinheiro é suficiente alegaram que para isso é preciso adquirir artigos mais baratos. Todos os idosos consideraram que se alimentam bem, mesmo os que necessitam da colaboração de outras pessoas, embora com alimentos obtidos a preços mais baratos e de menor qualidade.

Ah...não dá não, tenho ajuda de alguns ali, dá uma mãozinha...vai ajudano um pouco, também ganha um trocadinho, e nós vai tocando a vida. É ganha pra comer dá (participante 5).

Os gastos com medicação são com os remédios de maior valor que não estão disponíveis nos postos de saúde da rede básica de atendimento. Grande parte do dinheiro da aposentadoria geralmente é gasto com remédios prescritos pelo médico. A literatura analisada

também constata que os idosos representam o setor mais medicalizado na sociedade.^{25,26}

...Eu pego tudo que eu preciso lá no postinho, porque é só pra diabetes e pressão, aí lá tem, né (participante 18).

Tenho gasto uns duzentos a trezentos reais, tem remédio no postinho que eles dá, mas tem remédio que é caro, né, e esses eu tenho que comprar (participante 17).

Poucos idosos referiram usar algum dinheiro em lazer e diversão, pois a renda é destinada em primeiro lugar para o pagamento das despesas e aquisição de medicamentos. O lazer foi considerado um luxo ou regalia.

Ah, isso num sobra, num sobra nada, nada, num dá pra popança... (participante 1).

De modo geral, para esta população de idosos torna-se praticamente inviável fazer uma reserva monetária para eventuais necessidades, tornando-se, portanto, vulneráveis às condições oferecidas pelos meios sócio-econômicos e pelas políticas de saúde atuais.

A maior parte dos idosos afirmou ter bom relacionamento familiar, mas alguns relataram sofrimento, pois o relacionamento familiar é visto pelos participantes como desprovido de prazer, permitindo para alguns sentimentos de decepção e mágoa.

A minha família é muito unida... os meus filhos me trata muito bem, minhas nora e meus neto, todos vem conversar e brincar comigo (participante 7).

...Eu tenho oito filhos, mais só sete me trata bem, e um me trata muito mal, é esse que eu moro com ele, aí na chácara sô tratada igual um cachorro...mais tem que falar a verdade, a gente fica magoado... (participante 19).

Para alguns idosos, há alguns anos atrás os filhos tinham mais respeito e amor pelos pais. Eles atribuem o fato à liberdade excessiva praticada atualmente, à mídia e aos avanços tecnológicos. Os que afirmaram o contrário referiram as situações de convívio com os próprios filhos.

Os idosos, em geral, manifestam o desejo de serem tratados com respeito e afeto pela família e enxergam esta atitude como uma retribuição ao que fizeram. Possuem muitas expectativas neste sentido, acreditando que a velhice é o momento de receber e não mais de dar, pois relataram que já

deram o melhor que podiam quando tinham menos idade. Houve denúncia de maus tratos, desrespeito e evidência de sofrimento por parte deles com relação à família, não somente na velhice, mas durante outras fases da vida.

Eu acho que na época de hoje não, seja classe média, seja classe rica, no geral eles não respeitam, eles falam que a gente é dos antigo, eles esquecem que um dia vão ficar velhos. Mas amanhã eles podem ter um filho pior do que o pai que ele tinha (participante 6).

Respeitam, pelo menos meus filhos respeitam... (participante 8).

Quase todos os participantes denunciaram a falta de inclusão social e o abandono, pois acreditam que a sociedade desrespeita, abandona e maltrata o idoso, apesar de mencionarem algumas exceções em casos de reconhecimento social por parte de algumas pessoas.

Não são muito bem tratados, alguns são maltratados e abandonados, tenho um amigo mais novo e tá lá abandonado (participante 8).

...tem uns que às vezes não gosta que chega uma pessoa idosa e já desfaz... (participante 15).

Sofrimento e morbidade: longevidade e conquista

A história pregressa é importante para determinar a capacidade de cada indivíduo poder, ou não, compreender o processo de envelhecimento. A trajetória da vida pode proporcionar maior liberdade, sabedoria, perspectiva e força, bem como ser vista de modo trágico e negativo, sem esperança.²⁷

Sentimentos como ansiedade, angústia e depressão, oriundos do processo de envelhecer podem ser substituídos por relações afetivas, de amizade e carinho; leituras, passeios e atividades que permitam ao idoso recuperar o senso de auto-estima, adaptando-se a novas situações e até mesmo aceitando a idéia da própria mortalidade.

Na pesquisa realizada, no contexto das relações interpessoais, apesar de alguns idosos afirmarem que se sentiram respeitados e amados, outros alegaram que o sentimento de amor, carinho e respeito nem sempre esteve presente no cotidiano de suas relações.

...sempre fui respeitado, porque sei respeitá os outros, né (participante 1).

Os sentimentos que os idosos têm em relação à vida e às pessoas é diversificado, mas foi retratado basicamente como sendo de satisfação e esperança para alguns, embora descritos como mágoa e desilusão por outros.

A vida é muito triste, dura, né, tem dia que a gente levanta revoltada com a vida e com tudo... (participante 15).

A vida, a vida é muito boa, né (participante 18).

Muitos idosos fazem planos para o futuro, relacionados à restauração e manutenção da saúde e do trabalho, e muitos também relatam que não têm mais o que planejar ou o que fazer, apenas esperar pela morte. Planejar o futuro é visto como uma ação para os jovens, não se permitindo participar da vida em sua plenitude, apesar das limitações.

Ai, eu não né, que plano eu vou ter com 60 anos? Quem tem que ter planos é meus filhos, meus netos, que são novos (participante 18).

Eu tenho até carnera comprada, lá no cemitério (risos) (participante 2).

A maior parte dos sujeitos expressou desejo de mudança em suas vidas, principalmente em relação à melhoria da saúde. No entanto, alguns se referiram a aquisições materiais ou declararam não almejar nenhuma mudança, justificada pela tragédia da velhice, segundo eles. Da mesma forma, renunciaram a possibilidade da morte, como o fim de um ciclo.

Pra mim não precisa mudá nada, tá bom demais, só saúde eu queria, saúde já mudava demais a minha vida (participante 10).

Mesmo assim, quase todos os participantes acreditam ter bons motivos para viver, sentindo-se felizes e realizados, mencionando a vida familiar ou a valorização pessoal. A insatisfação de alguns foi relacionada aos problemas de saúde ou aos familiares.

...Eu sô feliz em tudo, tudo eu faço com alegria, com prazer, nada contrariado...e tudo que eu já quis na vida até hoje eu consegui... (participante 1).

Quando solicitados a retratar a velhice, ficou evidente nos fragmentos de alguns discursos a idéia de sofrimento. Para outros, ser idoso é uma conquista, alguém que percorreu todas as etapas da vida. Foram identificados sinais de alegria, contentamento, agradecimento e esperança, além de sabedoria.

Ah, é uma coisa muito importante, porque cê chegá a sê idoso...isso é um orgulho...porque se cê num dé valor na vida, num chega...eu não me sinto um desprezado por mim mesmo...(participante 4).

Os idosos também referiram diversas mensagens às pessoas, entre elas o desejo evidente de receber afeto, precauções quanto ao envelhecimento e para a manutenção da saúde, além de manifestarem a importância da fé em Deus. Algumas mensagens foram emitidas sob a forma de conselho e advertência, pedindo respeito e não pena.

Envelhecimento é coisa da vida né, quem nasceu, cresceu, um dia vai ser velho né, é tudo dom de Deus, querido por Deus e nós tem que passar isso né. O que nós tiver que passá nessa vida, nós vai passar...

Aproveitá cada fase da vida, se divertir...Esquecê a idade... É como uma pessoa que envelhece e fica numa cama, aí a pessoa que vai tratar da gente vai ter dó, quem vai querer? Ninguém quer isso, os velhos têm que bota pra quebrar, ir em baile, não esquentar a cabeça, largar o nervosismo porque isso não leva a nada...viver a vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa foi desenvolvida com base na valorização de critérios de representatividade qualitativa, por meio de uma amostra intencional, ou seja, privilegiando 20 pessoas internadas em uma unidade de clínica médica, com idade a partir de 60 anos, com capacidade de comunicação verbal de forma a representar o processo do envelhecimento.

Observou-se na população do estudo relatos de declínio da capacidade funcional em condições muitas vezes desfavoráveis, pois alguns idosos, além do processo natural de envelhecimento, adquiriram outras doenças

que os impediu de manter maior capacidade funcional e melhor qualidade de vida, tornando-os frágeis, vulneráveis e/ou dependentes.

O envelhecimento como um processo cumulativo e individual precisa ser contextualizado em relação ao meio ambiente em que o indivíduo envelhece. O estilo de vida, a auto-estima e o enfrentamento, o preparo contínuo e a assistência adequada à pessoa que envelhece são indispensáveis para que o processo de senescência se sobreponha ao de senilidade.

Embora as condições adversas, socioeconômicas e culturais, e a pouca inclusão social tenham sido referidas pelos sujeitos do estudo, alguns idosos representaram o processo de envelhecer como sinônimo de sabedoria e maturidade por terem percorrido todas as etapas da vida. Para outros significou declínio, solidão, sofrimento, conformismo e insatisfação.

Ante a expectativa de um aumento exponencial de idosos e considerando o Brasil um país em desenvolvimento, é fundamental romper com a naturalização da morte nos grupos de pessoas com idade mais avançada e investir em políticas de saúde e no desenvolvimento de ações preventivas, a fim de contemplar esse momento especial da distribuição da faixa etária populacional brasileira. Serão necessários, portanto, o desenvolvimento de ações de atenção primária de promoção à saúde e cuidados terapêuticos específicos e apropriados a uma grande parcela de idosos que se encontrarão abaixo da capacidade de se autocuidar. Além disso, será preciso contemplar as demandas de um grande contingente de pessoas idosas num futuro próximo, visando celebrar a longevidade como uma conquista.

REFERÊNCIAS

1. Jacob Filho W, Hojaij N H S L Avaliação Clínica do Idoso. In: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de condutas médicas. São Paulo: Brasília; 2001. p.380-82.
2. Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia - IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro. [acesso em 2006 fev 15]. Disponível em: <http://www.Ibge.gov.br/home/estatística/população/perfilidoso/default.shtm>
3. Jacob Filho W. Velhice fragilizada: aspectos genéticos e ambientais e conceitos sobre a fragilização da vida na quarta-idade: abordagem médica. In: Seminário Velhice Fragilizada; 2006 nov; São Paulo: SESCSP; 2006.
4. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
5. Duarte MJRS. Cuidando e educando o cliente idoso na perspectiva da cidadania. In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. Saúde do idoso a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.
6. Rodwin VG, Gusmano MK. The world cities project: rationale, organization and design for comparison of megacities health systems. New York Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 2004.
7. Caldas CP. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. Saúde do idoso a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p.41-7.
8. Caldas CP. A abordagem do enfermeiro na assistência ao cliente portador de demência. Rev Enferm UERJ. 1995; 3(2):209-16.

9. Camacho ACLF. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2002; 10(2):229-33.
10. Silva JA, Caldas CP. Aspectos políticos do envelhecimento. In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. *Saúde do idoso a arte de cuidar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p.22-6.
11. Brasil. Ministério da Saúde; Política Nacional de Saúde do Idoso. Portaria nº 1.395/, de 10 de dezembro de 1999. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 dez 1999. Seção 1, p. 20-24.
12. Bassani E. Representação social: conceito e funções. [acesso em 2006 mar 16]. Disponível em: <http://www.neaad.ufes.br/subsite/psicologia/obs12elizabeth.htm>
13. Andrade OG de. Representações sociais de saúde e de doença na velhice. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2003; 25(2):207-13.
14. Moscovici S. *La psychanalyse, son image, son public*. Paris: PUF; 1961.
15. Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia – IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.ibge.gov.Br/home/estatística/população/perfilidoso/default.shtm> acesso em 13 set 2006a.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Projeção da população do Brasil. [acesso em 2006 set 13]. Disponível em: http://www.ibge.gov.Br/home/presidência/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207
17. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.
18. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):1-11.
19. Goldman L, Ausiello D. *Cecil: tratado de medicina interna*. 22ª ed Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
20. Luz PL. *Nem só de ciência se faz a cura: o que os pacientes me ensinaram*. São Paulo: Atheneu; 2004.
21. Cowley M. *The view from 80. USA – Penguin Books*, 1982. Trade Paperback.
22. Komatsu RS. Avaliação multidimensional do idoso. In: Lopes AC. *Tratado de clínica médica*. São Paulo: Rocca; 2006. v. 3
23. Webb A. *Do health and longevity create wealth? New York International Longevity Center – USA Working Paper*, 2004.
24. Groisman D. A velhice, entre o normal e o patológico, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2002; 9(1):1-13.
25. Bernstein L. Characterization of the use and missues of medications by elderly ambulatory population. *Med Care*. 1989; 27(6):654-63.
26. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mal uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão, *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):1-10.
27. Viorst J. *Perdas necessárias*. 2ª ed. São Paulo: Melhoramentos; 2002.

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS AO PACIENTE QUEIMADO

PERCEPTION OF NURSING TEAM ABOUT CARE OF BURN PATIENT

PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA SOBRE LOS CUIDADOS AL PACIENTE QUEMADO

Cristiane Gregoletti,* Helen Christina da Silva,* Vanessa Vieira,* Maria Rita Braga,** Cristiane Paschoa***

Resumo

Cuidar de pacientes queimados é uma tarefa complexa e fator desencadeador de estresse tanto para o paciente quanto para o cuidador. O objetivo geral deste estudo foi verificar a percepção da equipe de enfermagem a partir de sua atuação numa Unidade de Tratamento de Queimados de um hospital-escola do interior paulista sobre o processo de cuidar de pessoas acometidas por queimaduras. Os objetivos específicos foram: identificar a visão da equipe de enfermagem quanto ao significado da palavra cuidar; avaliar o estresse da equipe de enfermagem por meio do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp; identificar as estratégias utilizadas para o alívio de tensões e distribuir apostilas sobre o conceito, fases e controle do estresse. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quali-quantitativa. Foram utilizados como instrumentos: um roteiro previamente elaborado e o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. Foram entrevistados 12 profissionais da equipe de enfermagem atuantes na referida unidade. Utilizou-se a análise de conteúdo e a estatística descritiva. Os resultados demonstraram que os sujeitos do estudo identificavam bem a responsabilidade envolvida no processo de cuidar de pessoas queimadas. Entretanto enfatizaram o caráter desgastante nesse tipo de ambiente de trabalho. Portanto, é necessário um maior investimento em medidas que possam contribuir para a promoção da saúde e melhorar a qualidade de vida dos cuidadores, em ambientes como a Unidade de Tratamento de Queimados.

Palavras-chave: Assistência ao Paciente. Queimaduras. Cuidadores. Estresse.

Abstract

It is a very complex procedure and task to take care of burn patients, and it is also a factor which unleashes stress both to patient and to one who is taking care. The general objective of this study was to verify the perception of the nursing team working in a Burn Treatment Unity in a school hospital in the interior of State of Sao Paulo, and check their process of taking care of burn patients. The specific objectives were: identify the nursing team's point of view about the meaning of the word "care"; evaluate the stress of the nursing team through Lipp's Adult Stress Symptoms Inventory; identify the strategies used to relief of the stress and distribute brochures about the concept, phases, and control of stress. This research is descriptive, exploratory, with qualitative and quantitative approaches. It has been used as instruments: a previously elaborated script, and the Lipp's Adult Stress Symptoms Inventory. 12 professionals of nursing team have been interviewed in the referred Unity. Content analysis and descriptive statistics have been used. The results demonstrated that the individuals of study identified well the responsibility involved in the process of taking care of burn patients. However they emphasized the stressful character in this type of work environment. Thus, it is necessary a larger investment on measures which may contribute to promotion of health and to improve life quality of whom takes care of burn patients, in environments such as Burn Treatment Unity.

Keywords: Patient Care. Burns. Caregivers. Stress.

Resumen

Cuidar de pacientes quemados es una tarea compleja y factor que desencadena el estrés tanto para el paciente como para el cuidador. El objetivo general de este estudio ha sido averiguar la percepción del equipo de enfermería a partir de su actuación en una unidad de tratamiento de quemados de un Hospital Escuela del interior paulista sobre el proceso de cuidar de personas acometidas por quemaduras. Los objetivos específicos han sido: identificar la visión del equipo de enfermería en cuanto al significado de la palabra cuidar; evaluar el estrés del equipo de enfermería por medio del Inventario de Síntomas de estrés para Adultos de Lipp; identificar las estrategias utilizadas para el alivio de tensiones y distribuir apostilas sobre el concepto, fases y control del estrés. Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria, cualicuantitativa. Se han utilizado como instrumentos: un guión previamente elaborado y el Inventario de Síntomas de Estrés para Adultos de Lipp. Se han entrevistado 12 profesionales del equipo de enfermería actuantes en dicha unidad. Se ha utilizado el análisis del contenido y la estadística descriptiva. Los resultados han demostrado que los sujetos del estudio identificaban bien la responsabilidad involucrada en el proceso de cuidar de personas quemadas. Sin embargo han enfatizado el carácter agotador en ese tipo de ambiente de trabajo. Por lo tanto, hace falta una mayor inversión en medidas que puedan contribuir para la promoción de la salud y mejorar la calidad de vida de los cuidadores, en ambientes como la Unidad de Tratamiento de Quemados.

Palabras claves: Atención al Paciente. Queimaduras. Cuidadores. Estrés.

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

** Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva – SP. Contato: mariaritabr@yahoo.com.br

*** Mestre em Engenharia de Produção. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva – SP.

INTRODUÇÃO

Cuidar é um ato que requer envolvimento com a pessoa cuidada. O significado etimológico da palavra cuidar deriva de *carion* e representa: ter atenção; preocupação com a pessoa; responsabilidade; respeito; consideração no sentido de ligação e afeição, amor, carinho e empatia.¹ A sensibilidade, o lúdico e a beleza como exigências humanizadas na prática do cuidar destacaram-se em decorrência do desejo de viver no confronto com a doença e o horizonte da morte.²

A tarefa de cuidar é um dever humano, e não um dever exclusivo de uma classe profissional. Cuidamos todos porque também queremos ser mais felizes, mais plenos. A condição humana é tão frágil como efêmera, requer reequilíbrio e constantes cuidados pessoais, sociais e ambientais.³ Cuidar faz parte do ser humano, sendo um suporte essencial à criatividade, à liberdade e à inteligência.⁴ No cuidado à pessoa deve ser contemplada a ética, fundamental no atendimento ao ser humano, ou seja, princípios, valores e atitudes que garantam viver bem. Cuidar, portanto, implica em uma relação de confiança, na qual o ser cuidado, fragilizado e/ou vulnerável, confia e se entrega ao cuidador.⁵

O cuidar é a essência da prática da enfermagem e envolve atos humanos no processo de assistir o indivíduo, grupo ou comunidade, caracterizados por ações intencionais e racionais, dotadas de sentimentos. É um processo que envolve relacionamento interpessoal e desenvolve-se com base em valores humanísticos e conhecimento científico.⁶

Embora todos cuidem, o cuidado profissional de enfermagem desenvolve-se através de comportamentos cognitivos e culturalmente aprendidos, técnico-científicos e utiliza processos que promovem ou recuperam a saúde e assistem a pessoa no processo de morte. O objetivo inerente ao cuidado de enfermagem é o conforto, essencial na assistência de enfermagem e complementar ao ato médico.⁶

Cuidador na enfermagem é aquele que procura contemplar as necessidades físicas, psicológicas ou sócio-espirituais das pessoas; que busca promover cuidado de enfermagem integral e centrado no paciente-família, com excelência de qualidade, fundamentada em evidências científicas e na interdisciplinaridade.⁷

Os cuidadores podem ser tanto os familiares da pessoa cuja denominação inclui: cuidador familiar, informal ou domiciliar, quanto representado pelos componentes da equipe de saúde.⁸ Cuidar em enfermagem envolve a interação da equipe de enfermagem com a pessoa cuidada e exige dos profissionais autoconhecimento, sabedoria e sensibilidade para tocar, olhar e captar terapêuticamente as emoções e necessidades individuais.⁹

Quando o cuidado envolve pessoas acometidas por queimaduras, internadas em Unidades de Tratamento de Queimados (UTQs), a missão torna-se mais complexa e delicada, pois as pessoas permanecem internadas por longos períodos e sujeitas a inúmeros procedimentos dolorosos.

A gravidade da queimadura é determinada pela extensão e profundidade da queimadura e pelo agente etiológico, tempo e circunstâncias que envolvem a lesão. O agente etiológico pode ser térmico, químico ou elétrico. Diversos fatores devem ser considerados para a avaliação da gravidade como: o percentual da área de superfície corporal queimada, a profundidade da queimadura, a idade e a história clínica da pessoa, a presença de lesão concomitante e a presença de lesão por inalação.¹⁰

Importantes alterações no nível celular são responsáveis pela grande extensão da resposta sistêmica percebida em pacientes com queimaduras. De modo geral, os resultados finais das respostas, local e sistêmica, são dramáticos, quando a queimadura cobre mais de 20% da área de superfície corporal total (ASCT). Atualmente um paciente com uma queimadura de 75% da ASCT tem uma probabilidade de sobrevivência de 50%. Apesar das dramáticas reduções na incidência, uma queimadura aguda constitui a terceira causa principal de morte em crianças de um a nove anos de idade, e é a quinta causa principal de morte no restante da população. A cada ano, aproximadamente 45 mil pacientes são hospitalizados devido à queimadura.¹⁰

A perda da barreira mecânica entre o corpo humano e o ambiente é a primeira etapa no enfraquecimento das defesas. Todos os aspectos do sistema imune, inclusive a fagocitose, mediadores solúveis da imunidade inata como o complemento, produção de anticorpo e sistemas de defesa celular (célula T), são comprometidos pela queimadura grave. A causa de morte

mais comum nos pacientes queimados, após uma semana, é a infecção. As ações da equipe devem empreender todos os esforços para minimizar a transmissão de bactérias de um paciente a outro, cujo principal cuidado é a lavagem das mãos.¹⁰

A dor é inevitável durante a recuperação de qualquer lesão por queimadura, devido à destruição das camadas superficiais da pele e, conseqüentemente, a exposição das terminações nervosas sensitivas a dor.¹¹ O tratamento da dor, freqüentemente intensa em indivíduos queimados, é um dos desafios mais difíceis a serem enfrentados pela equipe de saúde. A dor associada às queimaduras é tratada de forma agressiva. Todos os narcóticos (morfina, fentanil, hidromorfona) são administrados por via intravenosa e os pacientes também recebem ansiolíticos para a ansiedade relacionada com a aparência, procedimentos e medo.¹⁰

O grau de dor e o tempo que a pessoa queimada suporta o tratamento dependem de fatores como extensão e localização da queimadura, nível emocional e de ansiedade, tolerância à dor, experiências vivenciadas anteriormente, bem como, cultura e faixa etária. Tanto as dores físicas, quanto psicológicas, estão estritamente relacionadas às queimaduras.

O tratamento das queimaduras geralmente causa dor e os pacientes podem verbalizar a não realização dos cuidados, ou se mostrarem queixosos horas antes ao início dos cuidados. Dessa forma, o sofrimento é constante, principalmente na fase aguda, e representa uma situação estressante tanto para o paciente quanto para os cuidadores.¹²

O cuidado, enquanto foco central das intervenções de enfermagem, também expõe os cuidadores a alto índice de desgaste físico e emocional. Além da esperança necessária ao cuidado do paciente, também vivenciam situações de solidão, tristeza e estresse pelo convívio com o sofrimento e responsabilidade assumida perante a vida das pessoas.¹³

Os pacientes com queimaduras externas requerem muitos meses de recuperação e reabilitação. As medidas de reabilitação física e psicológica são iniciadas na UTQ e continuam durante todo o período de recuperação. Os sobreviventes de queimaduras podem ter muitas questões psicológicas durante o tratamento

e quando a alta se aproxima. O paciente pode ter distúrbios de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão ou uma combinação destes.¹⁰

No empenho para o cuidado com indivíduos acometidos por queimaduras, os profissionais muitas vezes não possuem condições internas para olharem para si mesmos, ou para os colegas de trabalho, e identificarem, enquanto cuidadores, suas próprias necessidades em função do estresse vivenciado no cotidiano de suas ações.¹⁴

As primeiras referências à palavra "stress", com significado de "aflição" e "adversidade", datam do século XIV.¹⁵ No século XVII, o vocábulo de origem latina passou a ser utilizado em inglês para designar "opressão", "desconforto" e "adversidade". O termo estresse deriva da palavra latina *stringere* que significa "restringir", ou seja, uma agressão que leva ao desconforto, entre outras conseqüências. É uma reação do organismo aos componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais que ocorre quando surge a necessidade de grande adaptação a um evento ou situação de grande monta ou importância.^{16,17}

O estresse requer respostas a demandas, certas ou erradas; corresponde a uma relação entre o indivíduo e o meio. É uma reação decorrente da interação entre a agressão e a resposta, conforme propôs o médico canadense Hans Selye, endocrinologista, e primeiro cientista a utilizar o termo "stress" na área da saúde, ao observar que muitas pessoas sofriam de doenças físicas e reclamavam de sintomas comuns. Atribui-se a ele a criação da teoria do estresse, caracterizada por desencadear sentimentos negativos ou contraproducentes e/ou ameaçar o bem-estar físico e emocional do indivíduo.^{15,17,18}

O estresse^{15,17} inclui as seguintes fases:

- Fase de Alerta – aspecto positivo do estresse e ocorre quando o ser humano automaticamente se prepara para a ação, permanecendo mais atento, forte e motivado;
- Fase de Resistência – ocorre quando a fase de alerta é mantida por períodos muito prolongados e o organismo procura restabelecer o equilíbrio homeostático;

- Fase de Quase Exaustão – quando a tensão excede os limites gerenciáveis, causando diminuição da resistência física e emocional, gerando muita ansiedade;

- Fase de Exaustão – também considerada patológica, é a fase onde ocorre um grande desequilíbrio orgânico para o indivíduo, havendo possibilidades do desenvolvimento de doenças graves como hipertensão arterial e úlceras.

Estudos demonstram que após a eliminação da causa do estresse, ou quando o manejo é adequado, os sintomas desaparecem. Porém, se a causa do estresse continua, as dificuldades permanecem. O estresse crônico, acrescido da variável interveniente ansiedade, quando combinada à vulnerabilidade genética ou orgânica, predispõe algumas pessoas a vivência de transtornos psicossomáticos.¹⁸

Nesse contexto, as unidades destinadas ao atendimento de pessoas queimadas compreendem um ambiente de trabalho que apresenta muitas atividades geradoras de estresse para a equipe de enfermagem, considerando-se as características específicas dos sujeitos cuidados, bem como dos inúmeros procedimentos realizados.

Questões relativas aos fatores estressantes presentes no processo de cuidar da pessoa queimada motivaram o interesse para o desenvolvimento deste estudo, pois a abordagem desta temática poderá subsidiar estratégias de enfrentamento e programas para a promoção e manutenção de uma melhor qualidade de vida para profissionais de enfermagem que atuam em UTQs.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi identificar a percepção de uma equipe de enfermagem na UTQ quanto ao processo de cuidar da pessoa queimada.

Os objetivos específicos foram: identificar a visão do profissional de enfermagem sobre o significado da palavra cuidar; avaliar o estresse da equipe de enfermagem na assistência a pessoa queimada por meio do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL),¹⁷ identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais para o alívio de tensões e orientar os profissionais de enfermagem por meio da distribuição de apostilas sobre o conceito, fases e controle do estresse.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido em uma UTQ de um hospital-escola do interior paulista. A unidade é referência regional nessa área, possuindo 13 leitos, dos quais três são destinados a cuidados intensivos e um ao isolamento. Foram entrevistados 12 profissionais da área de enfermagem, após concordância dos mesmos em participar da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas ocorreram no período de agosto a setembro de 2007, após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório, de abordagem quali-quantitativa. Foram utilizados como instrumentos:

- roteiro de entrevista, previamente elaborado para este estudo.

- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL),¹⁷ cujo objetivo é identificar as manifestações de estresse, avaliando a presença dos sintomas, a predominância do tipo de sintoma - somático ou psicológico - e a fase de estresse em que o indivíduo se encontra, ou seja, fase de alerta, resistência, quase exaustão e exaustão.

A aplicação do inventário é prática, fácil e rápida, podendo ser executada por indivíduos que não tenham um treinamento em Psicologia, porém sua correção e interpretação devem sempre ser realizadas por um psicólogo, de acordo com as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia.

Para análise do ISSL foram utilizados os padrões de validação e padronização de Lipp.^{15,17} A análise de conteúdo foi utilizada para os dados referentes ao roteiro de entrevista e permitiu identificar elementos com um grau de homogeneidade entre si e que apresentavam uma maior frequência de repetição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

Dos 12 sujeitos participantes do estudo, a maioria era do gênero feminino (66,6%), com média de idade de 34 anos. Houve, portanto, prevalência de mulheres, mantendo a tradição para a profissão de

enfermagem enquanto uma prática historicamente feminina.

Entre os entrevistados, 50% afirmaram que trabalhar com pessoas vitimadas por queimaduras ocorreu por opção, enquanto os demais referiram vontade de se aperfeiçoar na profissão. Entende-se que trabalhar com indivíduos queimados requer da pessoa uma boa formação técnico-científica quanto às alterações na integridade da pele, aos níveis de fluidos e eletrólitos, aos riscos para infecções, ao manejo da dor, dentre outros aspectos e fatores. Entretanto, a pessoa também precisa estar preparada para lidar com as importantes alterações e os comportamentos emocionais da pessoa queimada, principalmente diante dos quadros de dor intensa e das alterações na imagem corporal.

O cuidado à pessoa queimada

Quando interrogados sobre o conceito da palavra cuidar, 58,4% dos sujeitos responderam que cuidar é promover o bem-estar e suprir as necessidades dos pacientes, 25% entendiam que cuidar é doar-se com amor, enquanto para 16,6% cuidar significava assistir, dar atenção, tratar. As respostas dos sujeitos do estudo assemelharam-se às encontradas na literatura, cuja definição de cuidar é: atitude de atenção, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado.⁸

A preocupação quanto ao bem-estar, à identificação e ao atendimento das necessidades básicas aliadas às ações técnico-científicas para o cuidado físico-emocional às pessoas compõem os requisitos essenciais para eficácia no processo de cuidar.^{7,19,20}

Quanto ao cuidar à pessoa acometida por queimaduras, os dados obtidos demonstraram que a metade dos sujeitos entendia ser um trabalho desafiador, que requer muita atenção e paciência por parte do cuidador. Enquanto os demais consideraram que cuidar de pessoas queimadas é um privilégio que proporciona gratificação pessoal.

Durante a doença, principalmente em ambientes de UTQ, nas fases mais críticas e no estágio terminal, podem aparecer questões como sofrimento espiritual, mortalidade, disfunção familiar, luto, desesperança, impotência, além de outros sentimentos. A gravidade, hospitalizações não-

planejadas e a separação dos familiares e entes queridos também são fontes de estresse no curso de qualquer doença.^{21,22} O cuidado humanizado à pessoa queimada deverá ter como objetivo o alívio do sofrimento, o emprego da esperança e da auto-estima, assim como as intervenções devem incluir também a família nos cuidados e na tomada de decisão, por meio de atitudes bem ponderadas e afetivas.^{7,19}

Em relação à dor expressada pela pessoa queimada, na opinião de 58% dos profissionais houve a necessidade de administração de medicamentos analgésicos e/ou opiáceos, enquanto 42% referiram também ter oferecido conforto à pessoa, além das medicações. As pessoas podem reagir à dor de três maneiras: ignorando-a, reagindo a ela de maneira realista ou apresentando uma reação exacerbada. Não se deve subestimar a dor do paciente em função da reação apresentada, mas sim procurar avaliar e intervir nessa situação.¹¹

No entanto, existe o receio de que o uso constante de medicamentos, principalmente os opiáceos, ocasionem dependência, contribuindo muitas vezes para que a dor não seja adequadamente tratada. O controle da dor em pessoas acometidas por queimaduras representa um desafio para a equipe de saúde. Este aspecto requer avaliações contínuas e eficazes durante todo o tratamento, adequando a terapêutica às necessidades do indivíduo sempre que necessário.

O enfermeiro deverá estar preparado para lidar com a dor do outro e atentar para o fato de que durante a execução dos procedimentos de enfermagem poderá haver potencialização da mesma. Equipes competentes cujo trabalho também envolva gentileza e habilidade nas ações, podem fazer com que a duração da dor durante o cuidado da lesão seja encurtada.²³ Porém, a dor pode ser também induzida ou exacerbada pela solidão. Nesse aspecto, as queixas de dor poderão ocorrer e representar uma maneira de chamar atenção e exigir cuidados mais humanizados, o que poderá ser solucionado pelo toque terapêutico. Além da escuta e do conforto proporcionados aos pacientes, os profissionais deverão atendê-los com respeito e compreensão.

Estresse do cuidador

Para análise do estresse, primeiramente, foram identificados os fatores que estimulavam os profissionais a

sentirem satisfação ou não no ambiente de trabalho da UTQ. Neste quesito, 58% dos sujeitos entrevistados referiram sensação de satisfação com o trabalho no setor. Os pontos positivos citados foram: gratificação relacionada à melhora do quadro do paciente (42%), a ajuda prestada à pessoa queimada (33%) e o trabalho em equipe (25%). Os pontos negativos apontados foram: sobrecarga de trabalho (58%), prognóstico ruim do paciente (33,5%) e problemas relacionados à estrutura física da unidade (8,5%).

Dados da literatura analisada apontam que o contexto psicológico e as condições de trabalho oferecidas em ambientes de UTQs influenciam as percepções e respostas do indivíduo, em níveis fisiológicos, comportamentais e afetivos.^{22,23}

Os sujeitos foram interrogados sobre possíveis mudanças na saúde após o início do trabalho na UTQ. Segundo os resultados, 75% não haviam identificado mudanças na saúde de modo geral. Entretanto, todos os sujeitos referiram sentir desgaste físico e 25% desgaste emocional. No enfrentamento do estresse, o indivíduo necessita desenvolver mecanismos de ação para se adaptar às situações, estando sujeito a vários desgastes físicos e mentais.^{18,24}

Trabalhar com pacientes vítimas de queimaduras foi considerado estressante para 67% dos entrevistados, enquanto 33,2% apresentaram sintomas indicativos de estresse, segundo o instrumento aplicado, conforme ilustrado na Tabela 1.

Fases de Estresse	%
Ausência de Stress	66,8%
Fase de alerta	-----
Fase de resistência	16,6%
Fase de quase exaustão	16,6%
Fase de exaustão	-----
Total	100%

Tabela 1 - Fase de estresse identificada em profissionais de enfermagem de uma UTQ de um hospital-escola do interior paulista segundo o ISSL - 2007

Segundo os dados apresentados, 66,8% dos entrevistados não apresentavam estresse, ou seja, não atingiram a fase de alerta quando o ISSL foi aplicado. Esse resultado indica que houve uma boa resposta de

adaptação e equilíbrio homeostático dos sujeitos estudados em relação ao ambiente de trabalho. Pessoas que enfrentam o estresse de forma otimista estão menos propensas a desenvolverem transtornos psicossomáticos e, se o fazem, são capazes de se recuperarem mais facilmente.¹⁸

Tanto a fase de resistência quanto a fase de exaustão foram identificadas, cada uma, em 16,6% dos profissionais. A ocorrência da fase de resistência se dá pelas situações geradoras de estressores acumulados, fazendo com que o organismo tente impedir o desgaste total de energias no restabelecimento do equilíbrio interior.¹⁷ Na fase de quase exaustão, observada em 16,6% dos sujeitos, a tensão excede o limite do gerenciável e a resistência física e emocional tende a diminuir.¹⁷ Estes resultados apontam a necessidade de uma melhor atenção aos fatores geradores de estresse, visando impossibilitar que estes sintomas evoluam para a exaustão.

Manejo do estresse

Foi relatado por 92% dos sujeitos que as estratégias utilizadas para a superação do desgaste físico e emocional eram: exercício físico, ouvir música, passear e viajar. Entretanto, quanto à realização de atividades físicas, apenas 33,4% realizavam essa prática. Além das atividades usadas pelos profissionais para alívio das tensões, uma alimentação saudável, relaxamento, estabilidade emocional e uma boa qualidade de vida contribuem significativamente para a manutenção e promoção da saúde.¹⁷

Quanto às mudanças ambientais necessárias para melhorar o trabalho e evitar e/ou diminuir o estresse, 83,2% referiram que aumentariam o quadro de funcionários e os equipamentos e alterariam a estrutura física do setor. Para 8,4% dos sujeitos seria necessário proporcionar mais apoio psicológico e reconhecimento profissional, enquanto 8,4% não responderam a esta questão. Um número expressivo, ou seja, 91,6%, alegaram não procurar ou receber apoio psicológico.

O apoio psicológico às pessoas no ambiente de trabalho é fundamental e, além de contribuir para a saúde pessoal, concorre para melhorar a qualidade assistencial.²²

Distribuição de apostila sobre conceitos, fases e controle do estresse, segundo Lipp

Após a realização das entrevistas, procedeu-se à entrega das apostilas visando esclarecer o conceito de estresse e alertar sobre suas fases, oferecer esclarecimentos e recomendações para uma melhor qualidade de vida, por meio de boa alimentação, relaxamento, exercício físico e estabilidade emocional. A finalidade do estudo foi contribuir para aumentar o grau de conhecimento sobre estresse e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores da área da saúde, especialmente da equipe de enfermagem.

Na área da saúde, mais comumente se encontram descritas patologias centradas na dimensão biológica, porém é necessária maior ênfase na saúde mental e social por meio de uma melhor organização do trabalho e das inter-relações pessoais.^{18,22,24}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível verificar a percepção da equipe de enfermagem em uma UTQ quanto ao

processo de cuidar. Para os sujeitos entrevistados trata-se de um trabalho estressante e desafiador. O significado da palavra cuidar assemelhou-se aos descritos na literatura, na qual cuidar representa uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com a pessoa cuidada.

Para alívio das tensões, as estratégias utilizadas pelos sujeitos foram relacionadas com as atividades de lazer. Essas estratégias foram reforçadas e ampliadas com a distribuição de apostilas sobre o estresse.

Apesar do processo de cuidar de pacientes acometidos por queimaduras ser desgastante, é também gratificante e compensador. As atividades recreacionais externas ao ambiente de trabalho, na visão dos sujeitos da pesquisa, podem amenizar os efeitos deletérios do estresse.

Assim, é fundamental a promoção da saúde e da qualidade de vida para o crescimento individual e profissional das pessoas comprometidas com o cuidado humanizado à pessoa acometida por queimaduras, em ambiente de trabalho nas UTQs.

REFERÊNCIAS

- Carvalho EC, Melo AS, Muller M, Carvalho PB. O significado de cuidar para enfermeiros oncológicos. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 8; 2002; São Paulo. [Proceedings online] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, [acesso em 2008 jan 10]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a080/2007/out/htm>
- Gauthier J, Hirata M. A enfermeira como educadora. In: Santos I, Figueiredo NMA, Duarte MJRS, Sobral VRS, Marinho AM. Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu; 2001. p.124.
- Silva MJP. Amor é o caminho: maneiras de cuidar. 2ª ed. São Paulo: Gente; 2000.
- Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 1997.
- Angerami-Camom VA, organizadores. A psicologia no hospital. São Paulo: Traço; 1988.
- Arruda EM, Marcelino SR. Cuidando e confortando. In: Nascimento-Schulze CM. Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo: Editorial Robe; 1997. p.157-89.
- Silva LMG, Roza BA, Simões RO, Pedreira MLG. Modelo assistencial: um papel em evolução: o(a) enfermeiro(a) como líder do cuidado. In: Bork AMT, Minatel VF. Enfermagem de excelência: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 7-17.
- Fragoso V. A arte de cuidar e ser cuidado: cuidar-se para cuidar. IGT na rede. 2006;3(5):1-8.
- Caldas LMR. Um dia na UTI pediátrica: uma análise crítica. Rev Altern Enferm. 1997;2(5):22-6.
- Appleby T. Queimaduras. In: Morton PG, Fontaine DK, Hudak CM, Gallo BM. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.1238-59.
- Rossi LA, Camargo C, Santos CMNM, Barruffin RCP, Carvalho EC. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. Rev Lat Am Enfermagem. 2000; 8(3):18-26.
- Macedo JLS, Santos JB. A ética da dor do paciente queimado. Rev Saúde Dist Fed. 2005; 16(3/4):49-53.
- Souza AII, Radünz V. Cuidando e confortando o cuidador. Texto Contexto Enferm. 1988; 7(2):180-94.
- Carvalho VA. Cuidados com o cuidador. Mundo Saúde. 2003; 2(1):138-43.
- Lipp MN. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
- Spielberger CD. Anxiety as an emotional state. In: Spielberger CD. Anxiety: currents trends in theory and research. New York: Academic Press; 1972. p 24-47.
- Lipp MN. Stress: conceitos básicos. In: Lipp MN, organizadora. Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas (SP): Papirus; 1996. p.17-31.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.707-9.
- Lipp MN. Investigação de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
- Relf M, Kaplow R. Prática de enfermagem de cuidados críticos: integração entre cuidado, competência e compromisso com a excelência. In: Morton PG, Fontaine DK, Hudak CM, Gallo BM. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p 8-9
- Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
- Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Szmukler G, Bebbington P, Thornicroft G. Mental health, "burnout" and job satisfaction among hospital and community based mental health staff. Br J Psychiatry. 1996; 170:334-8.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1434-53.
- Gonzaga MLC, Arruda EM. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. Rev Lat Am Enfermagem. 1998; 6(5):17-26.

A SAÚDE DE QUEM CUIDA DA SAÚDE: TRABALHO DE ENFERMAGEM E QUALIDADE DE VIDA¹

HEALTH OF WHOM TAKES CARE OF HEALTH: NURSING WORK AND LIFE QUALITY

LA SALUD DE QUIEN CUIDA DE LA SALUD: TRABAJO DE ENFERMERÍA Y CALIDAD DE VIDA

Fabiana Aparecida Custódio Fonseca,* Michele Joana Roncoli Pecorari,* Themis Heloíse Campanhã Cury,* Luciana Bernardo Miotto,** Maristela Aparecida Magri Magagnini***

Resumo

O trabalho é um dos fatores determinantes na qualidade de vida e, geralmente, tem ocupado lugar central na vida dos seres humanos. De acordo com a literatura analisada, o trabalho de enfermagem tem sido caracterizado por diversos fatores, entre eles: alto nível de tensão e riscos, jornadas exaustivas e, muitas vezes, sentimentos de desvalorização profissional. O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a qualidade de vida dos profissionais de Enfermagem de um hospital-escola do interior paulista, utilizando como instrumento de coleta de dados o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida *Medical Outcomes Study 36 Short Form Healthy Survey - SF-36*. Como objetivo específico, pretendeu-se também construir um breve perfil social e profissional dos profissionais pesquisados. Pesquisa exploratória e descritiva, com amostra de 60 sujeitos. Os resultados mostraram que: 85% eram mulheres, 38% possuíam idade entre 20 e 29 anos, 30% ganhavam mais de 5 salários-mínimos, 67% possuíam ensino técnico completo e 55% eram técnicos de enfermagem. Quanto à satisfação em relação ao trabalho, 57% consideravam-se satisfeitos e 48% referiram estar satisfeitos em relação à profissão. Os sintomas e doenças auto-referidos e mais frequentes nos últimos 6 meses foram: dores nas costas (60%), estresse (47%) e dores de cabeça (45%). Quanto ao SF-36, o domínio vitalidade, relacionado à energia física e fadiga, é o que apresentou *score* mais baixo. Espera-se, desse modo, contribuir para a discussão e o levantamento de informações relevantes no cotidiano de trabalho do enfermeiro.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Enfermagem. Saúde do Trabalhador.

Abstract

Work is one of the determinant factors in life quality and, generally, has been occupying central focus in human being's lives. According to the analyzed bibliography, nursing work has been characterized by several factors, among them: high level of stress and risks, exhausting journeys of work, and many times, professional devaluation feelings. The present study had as general objective to evaluate the nursing professionals' life quality working in a school hospital in the interior of the state of Sao Paulo, using as data collection instrument the generic questionnaire of evaluation of life quality *Medical Outcomes Study 36 Short Form Healthy Survey - SF-36*. As specific objective, establishing a brief social and professional profile of the participants was intended. Exploratory and descriptive research, with sample of 60 people. The results showed that: 85% were women, 38% were aged between 20 to 29 years old, 30% earned more than 5 minimum salaries, 67% had complete technical education, and 55% were technical nurses. In relation to satisfaction at work, 57% were satisfied, and 48% referred to be satisfied in relation to their profession. The symptoms and the self-referred diseases and more frequently in the last six months were: backache (60%), stress (47%), and headaches (45%). In relation to SF-36, the vitality domain, related to the physical energy and fatigue, is the one which presented the lowest *score*. It is expected, this way, to contribute to the discussion and relevant information finding in daily nurse's work.

Keywords: Quality of Life. Nursing. Occupational Health.

Resumen

El trabajo es uno de los factores determinantes en la calidad de vida y, generalmente, ocupa lugar central en la vida de los seres humanos. De acuerdo con la literatura analizada, el trabajo de enfermería se ha caracterizado por diversos factores, entre ellos: alto nivel de tensión y riesgos, jornadas exhaustivas y, muchas veces, sentimientos de desvalorización profesional. El presente estudio ha tenido como objetivo general evaluar la calidad de vida de los profesionales de enfermería de un hospital escuela del interior paulista, utilizando como instrumento de recolección de datos el cuestionario genérico de evaluación de calidad de vida *Medical Outcomes Study 36 Short Form Healthy Survey - SF-36*. Como objetivo específico, ha pretendido también construir un breve perfil social y profesional de los sujetos. Investigación exploratoria y descriptiva, con muestra de 60 sujetos. Los resultados han demostrado que: el 85% eran mujeres, el 38% poseían edad entre 20 y 29 años, el 30% ganaba más de cinco salarios mínimos, el 67% poseía enseñanza técnica completa y el 55% eran técnicos de enfermería. En cuanto a la satisfacción en relación al trabajo, el 57% se consideraban satisfechos y el 48% mencionaron estar satisfechos en relación a la profesión. Los síntomas y enfermedades autoreferidos y más frecuentes en los últimos seis meses fueron: dolores en las espaldas (el 60%), estrés (el 47%) y dolores de cabeza (el 45%).

¹ O artigo é baseado nos dados analisados no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado em dezembro de 2007, ao Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva – SP.

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

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

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

En cuanto al SF-36, el dominio vitalidad, relacionado a la energía física y fatiga, es el que ha presentado *score* más bajo. Se espera, de ese modo, contribuir para la discusión y el levantamiento de informaciones relevantes en el cotidiano del trabajo del enfermero.

Palabras clave: Calidad de Vida. Enfermería. Salud Laboral.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS

As transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho têm provocado repercussões na saúde dos trabalhadores. Uma dessas transformações é a intensificação laboral, aspecto característico da atual fase do capitalismo e que tem levado ao esgotamento das energias físicas e emocionais dos trabalhadores.¹

Diante da globalização e da rapidez com que se concretizam os avanços tecnológicos e científicos, são exigidos dos profissionais esforços cada vez maiores no desenvolvimento de mecanismos de assimilação, incorporação e adaptação às crescentes mudanças.² Nesse sentido, o trabalhador não pode deixar de se aperfeiçoar, buscando qualificação e formação, para poder competir e permanecer no mercado de trabalho.

No entanto, mudanças tão rápidas e radicais podem ocasionar problemas físicos e psicológicos aos trabalhadores nos ambientes de trabalho; as pessoas podem sentir-se incapazes de se adaptar a essa realidade, vivenciando sentimentos de insatisfação quanto ao modo de vida como: tédio, angústia, frustração, ansiedade, despersonalização e alienação no trabalho. São fatores que ocasionam prejuízos à qualidade de vida.

Qualidade de vida é um conceito complexo para ser definido e, por isso, não pode ser aplicado a todas as situações. Gradativamente vem sofrendo uma evolução, buscando acompanhar a dinâmica da própria humanidade, suas diferentes culturas, suas prioridades e crenças. Qualidade de vida, enquanto conceito deve ser entendida como algo amplo, mais que simplesmente a ausência ou a presença de saúde, abrangendo também educação, saneamento básico, acesso à saúde, condições de trabalho e lazer.

O termo qualidade de vida surgiu na literatura médica, pela primeira vez, na década de 30, no século XX. Na área da saúde é um conceito recente, reflexo dos novos modelos que têm influenciado políticas e práticas da área nas últimas décadas.³

O discurso sobre a relação entre saúde e qualidade de vida, embora generalizado, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX,

quando investigações sistemáticas começaram a fornecer subsídios para as políticas públicas.⁴ Porém, apesar do estado de saúde de indivíduos e coletividade ser influenciado pelo ambiente global, nem todos os aspectos da vida humana são vistos como uma questão médica ou sanitária. A qualidade de vida está ligada ao contexto cultural de uma dada sociedade, em certo tempo; abrange diversos significados, conhecimentos, experiências e valores, individuais e coletivos.⁴

Desse modo, a partir de 1990, pesquisadores passaram a considerar o conceito de qualidade de vida mediante dois aspectos: subjetividade e multidimensionalidade. O primeiro diz respeito à percepção da pessoa sobre seu estado de saúde e demais aspectos de sua vida, enquanto o segundo enfatiza as diferentes dimensões a serem consideradas.

Atualmente, a qualidade de vida no trabalho é um dos maiores determinantes na vida do indivíduo. Nesse sentido, pode-se afirmar que o trabalho ocupa lugar central na vida dos seres humanos e determina aspectos vitais como *status* e identidade pessoal. E, no momento atual da globalização, no qual se exige cada vez mais do trabalhador, a saúde no trabalho deve ser fator fundamental para o desenvolvimento sócio-econômico mundial.²

Casas e Klijn,⁵ utilizando dados da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), mostram que o local de trabalho está intrinsecamente relacionado à promoção da saúde dos trabalhadores, além da garantia de produtividade, motivação e satisfação com o trabalho e a qualidade de vida em geral.

Uma revisão da literatura sobre o tema mostra que não há uma definição clara sobre qualidade de vida no trabalho. Existem várias abordagens relacionadas à melhoria das condições físicas do trabalhador e a programas de lazer e melhor remuneração. Pode-se afirmar, contudo, que a qualidade de vida no trabalho está ligada à oferta de melhores condições de vida dentro e fora de uma organização.

Para que haja qualidade de vida no trabalho é preciso que o trabalhador possua salários adequados e

justos, condições de segurança e saúde ocupacional, integração social na organização, oportunidade de desenvolvimento e crescimento profissional.

Nas décadas de 70 e 80, principalmente a partir de 1975, o mercado de trabalho em saúde aumentou significativamente, tornando-se um ramo de expressiva absorção de mão-de-obra. Entretanto, a expansão de vagas no setor não foi acompanhada de significativa melhoria nas condições de trabalho.¹

O ambiente hospitalar geralmente é caracterizado por excessiva carga de trabalho, contato direto com situações limite, elevado nível de tensão e altos riscos ocupacionais. A necessidade de funcionamento diurno, que implica na existência de regime de turnos e plantões, permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comuns entre os trabalhadores da saúde. Tal prática potencializa a ação dos fatores que, por si sós, prejudicam a integridade física e psíquica do indivíduo.¹

Desde sua criação, o hospital carrega o ônus da dor, da doença e da morte. Além dos riscos de acidentes e doenças de ordem física aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos, o sofrimento psíquico é também bastante comum e parece estar em crescimento, diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos estes trabalhadores.⁶

A literatura científica tem relatado um aumento no número de comunicações referentes a agravos psíquicos e a medicalizações de médicos e enfermeiros.⁶ Estudos recentes comprovam que as difíceis condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da saúde podem estar relacionadas com a ocorrência de transtornos mentais como ansiedade e depressão, freqüentes entre auxiliares de enfermagem.¹

No caso específico do trabalho de enfermagem, qualidade de vida e trabalho também são elementos indissociáveis. Os profissionais de enfermagem que atuam em hospitais estão expostos a condições de trabalho precárias que, aliadas as suas condições de vida, aumentam as possibilidades de adoecimento.¹

O trabalho de enfermagem é intenso, desgastante e realizado, geralmente, por mulheres comprometidas com um modelo construído e determinado historicamente. Esse modelo reforça um

devotamento que em nada as ajuda, a não ser a criar estratégias de defesa contra a dor e que não impedem o adoecimento.¹

Entre os processos destrutivos da saúde relacionados ao cotidiano do trabalho de enfermagem, estão as longas e exaustivas jornadas que comprometem a qualidade de vida; um sentimento de desvalorização profissional freqüente, não só pelos baixos salários (considerados injustos pela categoria diante da responsabilidade atribuída às suas funções), como pelas dificuldades nos relacionamentos interpessoais e pela baixa auto-estima.⁷

Um aspecto bastante evidente do trabalho de enfermagem e fonte de inúmeros desgastes é a má remuneração, que leva muitos profissionais a buscar outro emprego. Traduzido em sobrecarga da jornada de trabalho, interfere no comprometimento das horas de sono e repouso, essenciais aos seres humanos. Essa situação interfere, por sua vez, na integridade física e mental desses trabalhadores, reduzindo a sua concentração e favorecendo a ocorrência de acidentes de percurso ou no ambiente de trabalho.⁸

As condições de trabalho do enfermeiro, independente de sua área de atuação, são geralmente estressantes e devem ser reconhecidas como tais. Não adianta pressioná-lo para produzir cada vez mais e melhor, sem a garantia de uma estrutura ocupacional que torne viável e produtivo o processo de cuidar. O sucesso da prestação da assistência ao paciente e família se faz com profissionais que estejam preparados tanto nos conhecimentos e emoções quanto na atuação em estruturas adequadas.¹

Atualmente, novas propostas administrativas defendem que os trabalhadores da saúde sejam reconhecidos enquanto sujeitos capazes de pensar, de organizar-se, de decidir, de lutar por melhores condições de trabalho e qualificação profissional. Somente assim poderão interferir positivamente no cotidiano do trabalho, promovendo mudanças em seu próprio processo de saúde, assim como nos cuidados ao paciente.⁹

É necessário que sejam proporcionadas aos trabalhadores de enfermagem possibilidades para desenvolver e usar novas ferramentas e tecnologias de gestão, com a mesma proporção e velocidade de outras profissões.¹⁰

As motivações para o trabalho e a satisfação profissional surgem da interação e do reconhecimento dos pacientes e familiares, bem como das relações de confiança, desenvolvidas junto à equipe de trabalho, embora ainda sejam poucos os programas institucionais para a promoção da qualidade de vida do profissional de enfermagem.⁷ Nesse contexto, é importante a intervenção de enfermeiros gerenciadores bem preparados para a promoção da qualidade de vida desses profissionais.

OBJETIVOS

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um hospital-escola do interior paulista, utilizando o questionário genérico de avaliação de qualidade de vida *Medical Outcomes Study 36 Short Form Healthy Survey - SF-36*. O objetivo específico foi construir um breve perfil social e profissional dos profissionais de enfermagem avaliados.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa exploratória e descritiva, com base em instrumento de coleta de dados validado no país, conhecido por *Medical Outcomes Study 36 Short Form Healthy Survey - SF-36*.¹¹ Trata-se de um questionário genérico de avaliação de qualidade de vida, originário de um outro formado por 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde.^{11,12}

Estudos que partem de uma concepção genérica de qualidade de vida podem ser aplicados em pessoas saudáveis da população, não se restringindo a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos. Podem ser aplicados, nesses casos genéricos, os seguintes instrumentos: *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-100)*, *Medical Outcomes Study 36 Short Form Healthy Survey - SF-36* e *Sickness Impact Profile*.³

No Brasil, o trabalho de Ciconelli foi pioneiro na disponibilização de um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, o *Medical Outcomes Study 36 Short Form Healthy Survey - SF-36*, aplicado em uma amostra de 50 pacientes com artrite reumatóide. Posteriormente,

ocorreu o desenvolvimento do WHOQOL-100 para a língua portuguesa, com a validação das versões completa e breve.^{13,14}

O *Medical Outcomes Study 36 Short Form Healthy Survey - SF-36* tem aplicação direta na avaliação do estado de saúde das pessoas e geralmente é utilizado para investigações clínicas, tanto em relação a aspectos físicos quanto psicológicos. Diversas pesquisas sobre estados clínicos de doenças, entre as quais artrite, dores na coluna, depressão, diabetes e hipertensão, foram realizadas utilizando-o como instrumento de coleta de dados.^{3,15,16}

Os domínios do SF-36 são alocados em dois grandes componentes: 1) Físico - composto por Capacidade Funcional, Função Física, Dor Corporal e Estado Geral de Saúde; 2) Mental - formado por Vitalidade, Função Emocional, Função Social e Saúde Mental.

A Capacidade Funcional refere-se às limitações físicas, envolvendo tarefas da vida diária. A Função Física refere-se aos problemas provenientes do âmbito motor, encontrados tanto na vida diária quanto no trabalho. A Dor Corporal relata o quanto esta interfere no cotidiano. O Estado Geral de Saúde destaca os aspectos mais amplos da saúde do indivíduo e sua facilidade em adoecer. A Vitalidade está ligada à energia física e à fadiga. A Função Social trata das relações sociais. A Função Emocional envolve as dificuldades encontradas para as atividades cotidianas e do trabalho. Por fim, a Saúde Mental indica o grau de irritabilidade e de depressão. Assim, o SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, agrupados em 8 domínios que avaliam aspectos positivos e negativos relativos à saúde.

Quanto aos resultados, *scores* próximos a 100 representam estado de saúde ótimo, conseqüentemente, *scores* próximos a zero representam o contrário. Em diferentes aplicações deste instrumento, médias acima de 65% são correntemente encontradas.¹⁷

A amostra pesquisada constou de 60 sujeitos, com os seguintes critérios de inclusão: a) ser servidor do hospital-escola em estudo; b) pertencer a uma das categorias de enfermagem: auxiliar, técnico ou enfermeiro; c) atuar nos seguintes setores: Pronto Socorro (PS), Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), Centro Cirúrgico (CC) e Centro Obstétrico (CO). A Unidade de

Terapia Intensiva (UTI) embora tenha o mesmo perfil, será objeto de uma investigação posterior.

Para a construção do perfil social e profissional dos profissionais entrevistados, foi construído um instrumento de coleta de dados, com as seguintes variáveis: sexo, idade, renda familiar, formação, cargo ou função, setor em que atua na instituição, tempo de serviço, satisfação quanto ao trabalho no hospital, satisfação em relação à profissão e sintomas e doenças auto-referidos e mais frequentes nos últimos seis meses.

O Hospital em estudo foi fundado em 1926, é considerado de grande porte e de alta complexidade. Atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), particular e convênios. Conta com 244 leitos e possui média de 990 internações/mês. Atende diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, construiu-se um perfil social e profissional dos sujeitos entrevistados a fim de caracterizá-los. Prevaleram pessoas do sexo feminino (85%), com faixa etária entre 20 a 29 anos (38%) e renda familiar acima de 5 salários mínimos (30%). Os dados confirmam, segundo a literatura, o predomínio da mulher na profissão de enfermagem, já que, historicamente, as atividades relativas ao cuidar couberam às mulheres.¹

Também se pode observar, além do predomínio de pessoas jovens e em idade produtiva, trabalhadores com pouco tempo na função (29% possuíam de 1 a 5 anos). Em relação à renda, 30% possuíam renda familiar acima de 5 salários mínimos e 23% ganhavam entre 2 e 3 salários mínimos.

Quanto à formação, 67% possuíam ensino técnico completo e 28% ensino superior também completo. Os demais 5% correspondiam a pessoas com ensino fundamental concluído, fato explicado por serem ex-atendentes de enfermagem (funcionários mais antigos da instituição), atualmente qualificados como auxiliares.

Em relação ao cargo/função que ocupavam, 55% eram técnicos de enfermagem, 25% auxiliares e 20% enfermeiros. Necessário destacar que muitos funcionários com formação técnica ainda atuam como auxiliares de enfermagem. Dos sujeitos pesquisados, 36% atuavam no Pronto Socorro (PS), 28% no Centro Obstétrico (CO),

18% na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) e 18% no Centro Cirúrgico (CC).

No item que avaliou a satisfação com o trabalho, 28% apresentaram-se muito satisfeitos, 12% pouco satisfeitos e 3% insatisfeitos, enquanto 57% dos profissionais estavam satisfeitos. Em relação à profissão, 49% dos entrevistados se sentiam satisfeitos, 38% muito satisfeitos e 13% pouco satisfeitos. Assim, os dados sobre a satisfação dos entrevistados em relação ao trabalho e à profissão demonstraram que a maior parte encontrava-se satisfeita ou muito satisfeita. Na divisão por setores de atuação, no CO e no PS concentrou-se o maior número de trabalhadores satisfeitos ou muito satisfeitos, tanto com o trabalho quanto com a profissão.

Quanto ao índice de satisfação em relação à profissão, os dados são semelhantes ao índice de satisfação com o trabalho, ou seja, os funcionários mais satisfeitos com a profissão atuam no CO (17%), seguido do PS (15%). O PS também é o local em que há pessoas mais satisfeitas com a profissão (17%), seguido do CC e CO, ambos com 12% cada. A UTQ foi o setor em que o índice de satisfação em relação ao trabalho e à profissão é menor, se comparado aos demais. Também foi o local em que é maior o número de funcionários que afirmaram estar pouco satisfeitos com a profissão.

Um estudo cujo objetivo foi mensurar a satisfação dos profissionais de enfermagem quanto ao trabalho em uma instituição de saúde, partiu do princípio de que há diferentes níveis de satisfação no trabalho entre enfermeiros de diferentes especialidades.¹⁸ Mostrou que em relação ao *status* da função, é nítida a insatisfação dos profissionais de enfermagem por conta da desvalorização e da falta de reconhecimento do seu trabalho, confirmada pela baixa remuneração. Concluiu que o fato do esforço desses profissionais no desempenho de suas funções não ser compensado nem pelo salário nem pelos benefícios, reflete diretamente na qualidade do desempenho.

Contudo, apesar dos aspectos negativos levantados no estudo em questão,¹⁸ quanto ao reconhecimento e à auto-realização dos profissionais de enfermagem, seus autores comprovaram que, em geral, os enfermeiros estão satisfeitos com o seu trabalho. Os resultados da pesquisa mostraram um índice de satisfação

acima da média. Enquanto os enfermeiros que se apresentaram mais satisfeitos trabalham no Centro Cirúrgico, o maior desgaste físico e psicológico foi encontrado na Pediatria.

Quanto aos sintomas e doenças auto-referidos e mais freqüentes nos últimos seis meses, em primeiro lugar vieram as dores nas costas (60% dos entrevistados), em segundo o estresse (47%) e, em terceiro, as dores de cabeça (40%). Em seguida, foram também citados: cansaço físico, nervosismo e ansiedade.

Na avaliação sobre qualidade de vida, por meio da utilização do SF-36, para o total da amostra (n=60), o melhor *score* obtido foi no domínio Capacidade Funcional (CF). Como visto, esse domínio refere-se às limitações físicas, envolvendo tarefas da vida diária e, no caso do estudo realizado, aproxima-se do melhor resultado possível (valor máximo= 100). O pior resultado foi no domínio Vitalidade (V), diretamente ligado à energia física e à fadiga e cujo *score* foi 63.

A Tabela 1 apresenta os dados encontrados para o total da amostra (n=60). Pode-se observar que o domínio Capacidade Funcional (CF) apresenta o *score* mais elevado (90) em relação aos outros domínios, principalmente se comparado ao domínio Vitalidade, cujo *score* é 63. Todos os domínios, de modo geral, exceto V, aproximam-se de 100, o que indica um melhor estado de saúde para a amostra em questão.

Tabela 1 - Valores dos *scores* obtidos para cada domínio do SF-36 entre os trabalhadores de enfermagem (total)

Domínios	Média	DP*	Máximo	Mínimo
CF	90	10,3	100	60
FF	80	32,1	100	0
DC	71	22,5	100	22
EGS	75	17,1	100	35
V	63	19,7	100	20
FS	72	25,0	100	25
FE	82	31,0	100	0
SM	70	19,8	100	28

CF= Capacidade Funcional; FF= Função Física; DC= Dor Corporal; EGS= Estado Geral de Saúde; V= Vitalidade; FE= Função Emocional; FS= Função Social e SM= Saúde Mental.

* DP= Desvio Padrão

O cálculo do Desvio Padrão é necessário para se aferir a distância entre os valores individuais e a média. De forma complementar, a Tabela 1 mostra os valores máximos e mínimos encontrados nas respostas individuais.

No caso, em pelo menos dois domínios - Função Física (FF) e Função Emocional (FE) - os *scores* foram 0 (zero). Isso também demonstra a variação nas respostas obtidas.

Ainda pela Tabela 1, excetuando-se o domínio Capacidade Funcional (CF), cujo valor mínimo encontrado foi >50, os demais domínios apresentaram pelo menos um sujeito com valor mínimo <50 representando prejuízo à saúde.

De modo geral, todos os domínios apresentaram resultados acima da média, o que caracteriza uma melhor qualidade de vida. Há, contudo, que considerar as diferenças representadas pelo desvio padrão, já que é grande a distância entre os valores máximo e mínimo encontrados nas respostas (que variaram, em alguns casos, do melhor resultado possível – 100 – para o pior resultado possível – 0).

O domínio Capacidade Funcional (CF) teve o *score* mais elevado no resultado geral e também em todos os setores, exceto no PS, cujo *score* mais alto encontra-se no domínio Função Emocional (FE). Este domínio está ligado às dificuldades encontradas na realização das atividades cotidianas e do trabalho.

Por outro lado, a UTQ teve o maior número de *scores* mais baixos, nas categorias: Capacidade Funcional (CF), Função Física (FF), Função Social (FS) e Função Emocional (FE). A Função Física está ligada aos problemas provenientes do âmbito motor, encontrados na vida diária e no trabalho; a Função Social trata das relações sociais.

Tabela 2 - Comparação por setores dos valores dos *scores* obtidos para cada domínio do SF-36 entre trabalhadores de enfermagem (total)

Domínios	PS	CC	CO	UTQ
	Média	Média	Média	Média
CF	91	88	93	86
FF	82	81	87	59
DC	71	62	75	72
EGS	71	73	78	80
V	67	63	57	62
FS	75	71	71	65
FE	95	72	84	67
SM	71	69	64	74

CF= Capacidade Funcional; FF= Função Física; DC= Dor Corporal; EGS= Estado Geral de Saúde; V= Vitalidade; FF= Função Emocional; FS= Função Social e SM= Saúde Mental.

Pesquisa realizada com trabalhadores de enfermagem de um Centro Cirúrgico, utilizando o *Medical*

Outcomes Study 36 Short Form Healthy Survey - SF-36, apontou que os domínios mais afetados foram Dor Corporal, Vitalidade e Função Social. Os dados estão relacionados ao desgaste físico e mental diário desses trabalhadores.¹⁹

No hospital-escola, objeto da presente investigação, é preciso realizar uma descrição dos setores em que a pesquisa foi realizada, a fim de se levantar uma discussão sobre os resultados. Como visto, os entrevistados encontram-se satisfeitos com o trabalho e a profissão, exceto na UTQ, cujos índices de satisfação foram os menores.

A rotina do CC baseia-se na execução dos procedimentos antes, durante e após as cirurgias, sem que o paciente permaneça internado no setor. O PS e o CO também são setores de resolutividade rápida. O CO, inclusive, possui a característica de lidar mais com questões relativas à vida do que com a morte. Contudo, pode-se afirmar que o índice de satisfação só não foi maior neste setor porque no período da coleta de dados estavam ocorrendo cirurgias eletivas no local devido à reforma do CC. Logo, o setor havia perdido, momentaneamente, seu foco de atuação.

Na UTQ, setor que lida diretamente com a dor e o sofrimento de forma contínua, o paciente fica internado durante longo tempo e, por isso, entende-se que o desgaste físico e mental tanto do paciente quanto do profissional de enfermagem é maior. Na UTQ, na época da coleta de dados, funcionavam 13 leitos (três deles reservados à UTI).

Pesquisa realizada sobre relações de trabalho em hospitais gerais, no período de 1991 a 1992, com grupos de auxiliares de enfermagem, mostrou que as atividades consideradas mais desagradáveis são aquelas ligadas a quadros terminais ou dolorosos, como o tratamento de queimados, internados na UTI, pacientes submetidos à quimioterapia e o preparo do corpo de pessoas que foram a óbito.²⁰ Por outro lado, existem as tarefas consideradas gratificantes, representadas por curativos pequenos e o trabalho na maternidade e no berçário.

A literatura sobre as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem apresenta aspectos recorrentes: a satisfação profissional diante da baixa remuneração e da falta de reconhecimento, a ausência

do auto-cuidado frente ao cuidar do outro, a exposição aos riscos inerentes à profissão e as dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

Os profissionais de enfermagem também identificam a falta de recursos humanos como o principal problema do seu cotidiano, já que ela gera déficit de pessoal e sobrecarga de trabalho.⁹ Para estes profissionais, a falta de recursos humanos traduz-se em desgaste pessoal, levando ao esgotamento físico e emocional e ao desenvolvimento de atitudes como baixa auto-estima e perda do interesse pelo bem estar do paciente.

Durante as entrevistas realizadas, um dos sujeitos relatou a experiência ocorrida no hospital escola quando da implantação de um projeto de ginástica laboral, sob a orientação de uma fisioterapeuta. Um folder com os exercícios chegou a ser confeccionado. Também foi realizada uma reunião que ensinava os funcionários a fazer os exercícios corretamente. Foi preconizado que os exercícios deveriam ser realizados todos os dias, antes e após o turno de trabalho, durante 15 minutos. O projeto não deu certo e uma das hipóteses levantadas foi a excessiva carga de trabalho devido ao número reduzido de funcionários.

É evidente que a sobrecarga de trabalho interfere nas relações familiares e na vida particular dos trabalhadores de enfermagem em virtude da redução do tempo livre.²¹ Também pode significar um fator desencadeante de ansiedade entre os profissionais de enfermagem. Por serem majoritariamente pessoas do sexo feminino, esses profissionais podem ter, além da jornada dupla de trabalho no hospital, uma outra jornada no lar e na educação dos filhos.^{21,22}

A enfermagem está incluída no grupo das profissões consideradas desgastantes, devido ao constante contato em ambientes às vezes insalubres e com pessoas doentes, expondo a equipe, do ponto de vista etiológico, a fatores e riscos diversos. A complexidade dos procedimentos, o grau de responsabilidade na tomada de decisão, a falta de profissionais, a ocorrência de acidentes de trabalho e o trabalho por turno são fatores que contribuem para a vivência de angústia e/ou a ansiedade por parte desses trabalhadores.²³

Hoje se admite que alguns fatores desencadeantes do estresse vêm comprometendo a qualidade de vida do indivíduo. O estresse é quase sempre entendido como um fator negativo, ocasionado por um desgaste geral do organismo e que gera prejuízo no desempenho global do indivíduo.²³ O estresse vivenciado cotidianamente pelos profissionais de enfermagem pode desencadear irritabilidade, ansiedade, intrigas, desmotivação e baixa produtividade. A vivência contínua de situações tensas também leva ao desgaste físico e mental gerando envelhecimento precoce e predispondo o indivíduo ao desenvolvimento de uma série de doenças.²³

De modo geral, a literatura analisada aponta diversos agentes estressores do ambiente de trabalho do enfermeiro, entre eles: longas jornadas, remuneração insatisfatória, riscos ocupacionais, sobrecarga de trabalho, cuidado com pacientes críticos, ambiente organizacional muito hierarquizado e falta de suporte psicológico e social.^{24,25}

Além das questões relativas aos salários e ao reconhecimento profissional, a literatura também destaca como fator de desgaste do trabalho do enfermeiro, os relacionamentos interpessoais.^{9,18} Um exemplo está no fato da categoria constituir-se no objeto de críticas diante ainda da hegemonia médica, manifestando dificuldades no enfrentamento de alguns conflitos.

Em relação à fadiga, aspecto evidente em vários estudos levantados, e diretamente relacionada ao domínio V, cujo *score* foi o mais baixo encontrado no resultado geral da pesquisa, podem ser identificados diversos fatores: a diversidade e a complexidade dos procedimentos técnicos, a hierarquização, a organização

do trabalho e o confronto diário com o sofrimento, a dor e a morte, além das próprias condições individuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os dados encontrados na pesquisa não demonstrem a insatisfação dos entrevistados quanto ao trabalho e à profissão e nem uma baixa qualidade de vida, se computados todos os domínios avaliados pelo SF-36, é preciso estar atento a aspectos pontuais, implicitamente levantados. A fadiga e a energia física encontram-se afetadas; a sobrecarga de trabalho ficou evidente na UTQ; as queixas comuns relativas às dores corporais, estresse e dores de cabeça confirmam os dados encontrados na literatura.

Fundamental, portanto, atenção ao processo de trabalho desses profissionais, pois o cuidar de si está diretamente ligado ao cuidar do outro. Visto de outra forma, a prestação da assistência com qualidade requer trabalhadores também assistidos de forma integral.

O investimento na qualidade de vida do profissional de enfermagem contribui não somente para a redução de custos e diminuição dos afastamentos, como também para a motivação e a auto-estima pessoal. Fatores que contribuem para uma assistência de enfermagem mais humana e livre de riscos para a clientela assistida.

Os resultados obtidos fornecem subsídios para a implantação de políticas institucionais que visem a qualidade de vida no trabalho dos servidores da área de enfermagem, concorrendo, conseqüentemente, para a melhoria da assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(4):517-25.
2. Haddad MCL. Qualidade de vida dos profissionais de Enfermagem. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (UNESCO), Universidade Estadual de Londrina, PR. [acesso 2007 fev 20]. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/qualidade.htm>
3. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad de Saúde Pública*. 2004;20(2):580-8.
4. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
5. Casas SB, Klijn TP. Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(1):136-41.
6. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1991.
7. Mininel VA. Promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem: responsabilidade gerencial do enfermeiro. [dissertação]. São Paulo: Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem/USP; 2006.
8. Farias SNP, Mauro MYC, Zeitoune RCG. Questões legais sobre a saúde do trabalhador de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2000;8(1):28-32.
9. Lunardi VL, Malheiros AD, Lunardi Filho WD, Chaplin MJM. Problemas no cotidiano do trabalho e sua relação com o cuidado de si e o cuidado do outro. *Rev Gauch Enferm*. 2000;21(2):125-40.
10. Dei Svaldi JS, Lunardi Filho WD, Gomes GC. Apropriação e uso de conhecimentos de gestão para a mudança de cultura na enfermagem como disciplina. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(3):500-7.
11. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36 Itens Short-Form Health Survey (SF-36). 1997. [tese]. São Paulo: Pós-Graduação em Reumatologia, UNIFESP; 1997.

12. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
13. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública*. 1999;33(2):198-205.
14. Fleck MP, Louzada MX, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):350-6.
15. Ware JE, Kosinski M, Gamdek B, Aaronson NK, Apolone G, Bech P et al. The factor structure of the SF-36 health survey in 10 countries: Results from the IQOLA project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):1159-65.
16. Del Vecchio FB. Qualidade de vida e avaliação física em intoxicados por mercúrio: estudo observacional transversal descritivo. [dissertação]. Campinas (SP): Pós-Graduação em Educação Física, Faculdade de Educação Física/UNICAMP; 2005.
17. Carr A. Adults measures of quality of life. *Arthritis Rheum*. 2003;49(5S):113-33.
18. Del Cura MLAD, Rodrigues ARF. Satisfação profissional do enfermeiro. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1999;7(4):21-8.
19. Oler FG, Jesus AF, Barboza DB, Domingos NAM. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(2):102-10.
20. Siqueira MMS, Watanabe FS, Ventola A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1995;3(1):45-57.
21. Medeiros SM, Ribeiro LM, Fernandes SMBA, Veras VSD. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. *Rev Eletrônica Enferm*. 2006;8(2):233-40 [acesso 2007 fev 20]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm
22. Barros ALBL, Humerez DC, Fakh FT, Michel JLM. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003;11(5):585-92.
23. Coronetti A, Nascimento ERP, Barra DCC, Martins JJ. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. *Arq Catarin Med*. 2006;35(4):36-43.
24. Stacciarini JMR, Tróccoli BT. Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE). *Rev Lat Am Enfermagem*. 2000;8(6):40-9.
25. Bianchi ERF. Enfermeiro hospitalar e o stress. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(4):390-4.

AUDITORIA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

AUDIT IN NURSING ASSISTANCE IN INTENSIVE THERAPY UNIT

AUDITORÍA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Adriana Cristina Moreira,* Hermony A. Del Conte**

Resumo

Auditoria é utilizada na enfermagem para avanços da qualidade assistencial de enfermagem. Este estudo teve como objetivo mensurar a qualidade da assistência de enfermagem prestada em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital do interior paulista. Estudo descritivo e quantitativo, com a utilização de um instrumento de coleta de dados composto por 26 itens para avaliação das condições de higiene, conforto e segurança física, eliminações e uso de equipamentos. Foram avaliados 168 pacientes durante três dias, cuja idade média foi de 56 anos. Alguns itens chamaram atenção após a avaliação: olhos limpos e sem secreção (96%), unhas não aparadas (43%), pele hidratada (89%), curativo limpo e seco (64%), catéteres permeáveis e com soro conectado (86%), dreno de tórax com instalação adequada (98%), ausência de coxins na cama (37%), paciente dependente sem mudança de decúbito programada (64%), pés não posicionados adequadamente (46%). O trabalho demonstrou de forma satisfatória e real como vinham sendo realizados os cuidados de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, pela equipe no serviço. Auditorias periódicas e educação permanente são instrumentos que contribuem para a melhoria na assistência prestada.

Palavras-chave: Auditoria de Enfermagem. Qualidade da Assistência à Saúde. Unidades de Terapia Intensiva.

Abstract

Audit is used in nursing in order to obtain progress in nursing assistance quality. The present study had as objective to measure the nursing assistance quality provided in an Intensive Therapy Unit in a hospital in the interior of the state of Sao Paulo. Descriptive and quantitative study, using an instrument of data collection constituted by 26 items for evaluation of the hygiene conditions, comfort, and physical safety, discard and use of equipments. 168 patients were evaluated during 3 days, whose average age was 56 years old. Some items called attention after evaluation: clean eyes and without secretion (96%), not trimmed nails (43%), moisturized skin (89%), clean and dry dressing (64%), permeable catheter with connected saline (86%), thorax drain appropriately installed (98%), no cushions in the bed (37%), dependent patient without scheduled changing of recumbency (64%), feet not properly positioned (46%). The work demonstrated satisfactorily and in real way how nursing care in Intensive Therapy Unit had been accomplished by the team in charge. Periodic audit and permanent education are instruments that contribute to improve the provided assistance.

Keywords: Nursing Audit. Quality of Health Care. Intensive Care Units.

Resumen

Auditoría es utilizada en la enfermería para avances de la calidad de atención de enfermería. Este estudio tuvo como objetivo medir la calidad de la atención de enfermería prestada en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de un hospital del interior paulista. Estudio descriptivo y cuantitativo, con la utilización de un instrumento de recolección de datos compuesto por 26 ítems para evaluación de las condiciones de higiene, confort y seguridad física, eliminaciones y uso de equipamientos. Se han evaluado 168 pacientes durante tres días y el promedio ha sido de 56 años. Algunos ítems han llamado la atención después de la evaluación: ojos limpios y sin secreción (el 96%), uñas no cortadas (el 43%), piel hidratada (el 89%), apósito limpio y seco (el 64%), catéteres permeables y con suero conectado (el 86%), tubo de drenaje de tórax con instalación adecuada (el 98%), ausencia de cojines en la cama (el 37%), paciente dependiente sin cambio de decúbito programado (el 64%), pies en posición inadecuada (el 46%). El trabajo ha demostrado de forma satisfactoria y real como estaban siendo realizados los cuidados de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva, por el equipo en el servicio. Auditorías periódicas y educación permanente son instrumentos que contribuyen para la mejoría en la asistencia prestada.

Palabras clave: Auditoria de Enfermería. Calidad de la Atención de Salud. Unidades de Terapia Intensiva

* Enfermeira Supervisora do Serviço de Terapia Intensiva de Emergência do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Contato: adrianaacmoreira@pop.com.br

** Enfermeira Assistencial do Serviço de Terapia Intensiva de Emergência do Hospital de Base de São José do Rio Preto. Contato: hermonydelconte@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Atualmente muitas mudanças e transformações podem ser percebidas no atendimento realizado nos hospitais, principalmente pelo conhecimento e exigência dos próprios pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ante a esse fato, e principalmente para atender as necessidades dessa clientela, a qualidade assistencial passa a requerer um melhor controle. A enfermagem, por sua proximidade ao paciente e cobertura nas 24 horas diárias, tem um papel primordial na garantia da qualidade assistencial.

Crosby, estudioso do modelo de gerenciamento com qualidade, defende a tese de que um sistema de gerenciamento estratégico integrado para alcançar a satisfação do cliente deve envolver todos os trabalhadores, desde os gerentes aos técnicos. Esse sistema utiliza métodos quantitativos para aprimorar continuamente os processos da organização e institui o conceito de defeito zero. A maior contribuição desse autor foi a quantificação da qualidade em termos financeiros, fazendo com que os gerentes entendessem que atingir boa qualidade tem custo menor do que não atingi-la.¹

Quanto à qualidade dos serviços médico-hospitalares, até o início de 1990 não existia no Brasil uma preocupação formal e, além de serviços mal distribuídos, estes eram, em geral, de baixa qualidade, causando insatisfações e, muitas vezes, danos à população. A partir da implantação do Código de Defesa do Consumidor (CDC), em setembro de 1990, iniciou-se um novo momento no relacionamento hospital-usuário, assegurando às pessoas maiores poderes para exigir segurança, qualidade, efetividade e eficácia nos atendimentos.² Em 1980, ainda que timidamente, o Brasil despertou para a qualidade de produtos e serviços hospitalares devido a recursos financeiros escassos e a custos cada vez maiores.³

Qualidade em instituições de saúde caracteriza-se por uma melhoria contínua, com ênfase em processos e pessoas, marcada por princípios, idéias e crenças visando promover a satisfação dos clientes, fornecedores e acionistas.⁴ Nesse sentido, a auditoria em enfermagem tem como objetivo a avaliação sistemática da qualidade prestada ao cliente. Trata-se de um trabalho atualmente

difundido nas instituições privadas e públicas com a finalidade de minimizar o desperdício de materiais, medicamentos, utilização errônea de equipamentos e de recursos humanos.

Os conhecimentos que fundamentam as ações de enfermagem se constituem em um conjunto teórico e na ciência da enfermagem são expressos operacionalmente pelo processo de enfermagem, objetivando, por meio da sistematização das ações, melhorar o nível da qualidade adequando-o às necessidades do cliente, de sua família e da comunidade, utilizando os recursos disponíveis.⁵

Na enfermagem pode-se mensurar a qualidade dos cuidados oferecidos ao paciente por meio de avaliações do atendimento,⁵ sendo essenciais: os conhecimentos e as habilidades; as crenças e os valores individuais, profissionais e institucionais; o preparo do enfermeiro e o exercício da profissão. Nos serviços de enfermagem o controle da qualidade é condição indispensável à eficácia assistencial, devendo utilizar processos avaliativos contínuos quanto à assistência implementada. Realizada por meio de avaliações sistemáticas da qualidade da assistência de enfermagem, pode também ser verificada pelos registros de enfermagem nos prontuários e pela evolução e condições do cliente.⁶

Uma parcela considerável da população brasileira enfrenta hoje situação caracterizada por dificuldades de acesso aos serviços de saúde, baixa qualidade assistencial e fragmentação do tratamento.⁷

Assim, esforços para assegurar a melhoria da qualidade assistencial de enfermagem têm sido um desafio para os enfermeiros. O controle da qualidade assistencial de enfermagem vinculado à auditoria dos cuidados de enfermagem representa uma estratégia fundamental na busca de ações e intervenções de enfermagem mais seguras e com qualidade.

Auditoria é um método importante na avaliação da qualidade de atendimento prestado pela equipe de enfermagem e pode ser definida⁸ como uma avaliação sistemática e formal de uma atividade, por alguém não envolvido diretamente na sua execução, para determinar se essa atividade está sendo levada a efeito de acordo com seus objetivos.

A auditoria concentra-se nos processos e resultados da prestação de serviços e pressupõe o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado em relação às normas de acesso, diagnóstico, tratamento e reabilitação, consistindo ainda em controlar e avaliar o grau de atenção efetivamente prestada pelo sistema, comparando-a a um modelo padrão definido.⁶

Os tipos de auditoria mais utilizados são a auditoria retrospectiva, realizada após a alta do paciente, quando se utiliza o prontuário para avaliação, e a auditoria operacional ou concorrente, feita enquanto o cliente está hospitalizado ou em atendimento ambulatorial. A auditoria ainda pode ser interna, quando for realizada por pessoas da mesma instituição, e externa, quando for desenvolvida por pessoas não ligadas ao serviço.⁸

Auditoria em enfermagem, uma vez implementada nas unidades hospitalares, possibilitará aos profissionais um sistema de análise e avaliação mais completo da eficiência da qualidade assistencial prestada ao cliente.^{6,8}

Assim como o sistema de prestação de serviços de saúde continua a se desenvolver, a assistência de enfermagem a pacientes críticos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) também acompanha esse desenvolvimento. Avanços tecnológicos oriundos do avanço do conhecimento requerem adequado nível preparatório, assim como a necessidade de conhecimentos específicos aprofundados para que os cuidados tenham qualidade.

Nas UTIs concentram-se pacientes clínicos ou cirúrgicos mais graves que necessitam de monitorização e suporte contínuos de suas funções vitais. Este tipo de clientela apresenta doenças ou condições clínicas predisponentes a infecções. Muitos deles já se encontram infectados ao serem admitidos na unidade e quase todos são submetidos a procedimentos invasivos ou imunossupressivos com finalidades diagnósticas e terapêuticas.⁹

Este estudo pretende fornecer subsídios para a melhoria das condições assistenciais de enfermagem à pacientes internados em UTIs. Utilizou a auditoria como um método capaz de mensurar o padrão de qualidade do cuidado de enfermagem e dos serviços nesses ambientes, possibilitando ainda às equipes de

enfermagem uma reflexão sobre o processo assistencial. Também visa contribuir para o desenvolvimento de programas assistenciais com qualidade.

OBJETIVO GERAL

Mensurar a qualidade da assistência de enfermagem em uma UTI de um hospital de ensino do interior paulista, considerando os cuidados de enfermagem, os materiais e equipamentos utilizados no atendimento assistencial.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Terapia Intensiva da Emergência de um hospital de ensino do interior paulista, disponibilizado com 20 leitos mantidos com recursos do SUS, dos quais 12 destinam-se a pacientes clínicos e oito a pacientes cirúrgicos. Trata-se de um hospital-escola onde se desenvolvem atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Anteriormente à coleta de dados, foi solicitada a autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição em estudo, por meio do envio do projeto de pesquisa e posterior liberação sob parecer nº 88/5.

Os indivíduos participantes da pesquisa assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo orientados quanto aos objetivos da mesma e garantia de anonimato e direito à desistência em qualquer momento do processo de investigação.

Estudo descritivo e quantitativo que utilizou um instrumento para coleta de dados composto por 26 itens. O roteiro utilizado para análise do ambiente foi adaptado de uma pesquisa desenvolvida na unidade por Haddad,³ em 2004, que avaliou aspectos de: higiene e conforto, atividade e segurança física, nutrição e hidratação, oxigenação e ventilação, eliminações e utilização de equipamentos acessórios. O instrumento possuía duas colunas, permitindo que os registros feitos discriminassem se a ação era positiva ou negativa, além de possuir outra coluna onde o pesquisador registrava observações pertinentes ao estudo.

O estudo citado³ foi desenvolvido visando demonstrar que o processo de avaliação da qualidade assistencial de enfermagem prestada em hospitais públicos

universitários é possível, desde que tenha o envolvimento gerencial e a participação ativa de todas as categorias profissionais, especificamente as que compõem a equipe de enfermagem.

A população deste estudo foi constituída por pacientes hospitalizados em uma UTI do serviço de Emergência durante o período de 30 dias. Foi utilizado o mesmo critério de inclusão e exclusão de Haddad, adotado para análises avaliatórias e classificatórias, sugerido¹⁰ em tese de doutorado.³ Esta classificação inclui: Assistência Desejável (corresponde a índices de positividade de 100%), Assistência Adequada (índices de 90 a 99%), Assistência Segura (índices de 80 a 89%), Assistência Limítrofe (índices de 71 a 79%) e Assistência Sofrível), cujos valores centram-se em 70% ou menos de positividade.

Os sujeitos da pesquisa foram avaliados durante três dias de internação na unidade, ou seja, nos três períodos: manhã, tarde e noite, para que fossem observadas possíveis diferenças na qualidade assistencial, frente aos cuidados realizados nos períodos de trabalho da equipe de enfermagem. As avaliações foram feitas sempre nos mesmos horários, com o mínimo de interferência possível na realização dos cuidados e sem permitir aos servidores a impressão de estarem sendo avaliados.

Após a coleta, os dados foram inseridos no programa *Microsoft Excel*, com posterior tabulação e apresentação em gráficos e, em seguida, realizada a análise dos dados obtidos.

Alguns dados como cuidados de higiene corporal, cuidados com a pele e curativos e cuidados com equipamentos invasivos foram agrupados em uma só tabela visando a uma melhor disponibilização, sendo apresentados segundo a classificação: sim (positivo) e não (negativo). Estabeleceram-se, portanto, conceitos positivos e negativos para qualificar e quantificar os dados obtidos na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 168 sujeitos do estudo, 60% eram do sexo feminino e 40% do sexo masculino. Os diagnósticos médicos da população estudada foram: pneumonias, acidentes vasculares e cerebrais, traumas, choques sépticos e hemorragias digestivas altas.

Na seqüência, os resultados estão apresentados por gráficos, acompanhados de discussões.

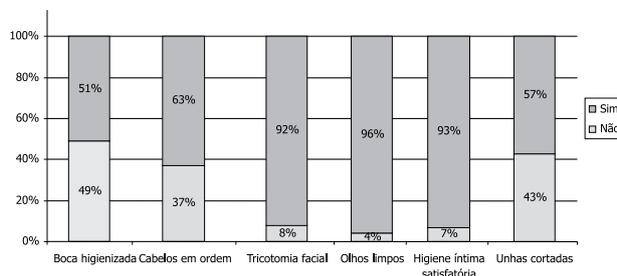


Gráfico 1 - Cuidados com a cavidade oral, cabelos limpos e penteados, tricotomia facial, limpeza ocular, unhas cortadas e aparadas

Em relação aos itens avaliatórios sobre os cuidados com a cavidade oral, foram obtidos números muito próximos, sendo classificada a assistência de enfermagem prestada como sofrível. Os valores descritos atingiram 51% de resposta "sim" e 49% "não", demonstrando a necessidade de maior atenção e intensificação desse cuidado, considerando-se que pacientes admitidos em UTIs têm maior dependência para esse tipo de cuidado. A higiene adequada da cavidade oral reduz o risco de pneumonias hospitalares em pacientes em uso de tubo orotraqueal (TOT), pois pode evitar a migração de um maior número de bactérias para os pulmões.

Quanto aos cuidados de higiene com o couro cabeludo e cabelos, a assistência de enfermagem prestada foi classificada também como sofrível, pois embora houvesse um número maior de pacientes com cabelos bem higienizados e penteados, correspondente a 63%, 37% dos sujeitos não atendiam a esse requisito.

Como o número de sujeitos do sexo feminino (60%) foi superior ao de indivíduos do sexo masculino (40%), no item que avaliou a higiene e tricotomia facial, obteve-se 8% apenas de homens não barbeados, permitindo a obtenção de valor correspondente a 92%. Neste caso a assistência de enfermagem foi classificada como adequada.

Quanto à limpeza dos olhos e ausência de secreções, houve predominância de positividade, pois 96% dos pacientes se encontravam com os olhos limpos, enquanto 4% não. Este dado permitiu classificar a assistência de enfermagem como adequada. Pacientes em regime de terapia intensiva geralmente não oferecem condições de autocuidado, requerendo cuidados desenvolvidos pela equipe de enfermagem. Clientes

comatosos, torporosos ou obnubilados necessitam de cuidados oculares especiais.

Quando avaliado o item referente à higiene das unhas, percebeu-se que há necessidade de maior atenção quanto a esse aspecto, pois o número de sujeitos que não tinham as unhas aparadas foi de 43%, enquanto 57% atendiam ao requisito. Este valor classificou a assistência prestada como sofrível, levando à necessidade de uma maior reflexão junto aos servidores da unidade. Também é importante averiguar se o fato ocorre pela não visualização direta das mãos quando se encontram sob lençóis e cobertores no leito, bem como, pela rotina geralmente tumultuada em UTIs e/ou negligência deste cuidado.

As unhas e os cabelos podem passar despercebidos diante do intenso fluxo de trabalho da enfermagem que desenvolve cuidado crítico. No entanto, uma inspeção cuidadosa como parte da avaliação rotineira pode revelar inclusive informações sobre o estado de saúde do cliente.¹¹

Quando avaliada a higiene íntima dos sujeitos da pesquisa, foi percebida a presença ou não de diurese, evacuação ou mesmo umidade da pele e do colchão. Observou-se que grande parte dos sujeitos havia recebido higiene adequada, ou seja, em 93% dos clientes não foi encontrada presença de sujidades e/ou umidade, caracterizando a assistência como adequada.

Durante as hospitalizações em ambientes de cuidados críticos, existem muitas agressões à pele. A atenção à pele e anexos por parte dos enfermeiros maximiza o funcionamento desse órgão e resulta em proteção, uma vez que o tegumento é vital para a sobrevivência de um indivíduo.¹¹

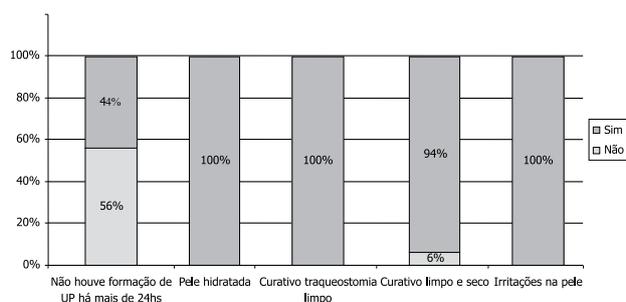


Gráfico 2 – Ausência de UP há mais de 24h, hidratação da pele, curativo protetor da traqueostomia limpo, curativos limpos e secos, pele com presença de irritação

Quanto à formação de Úlcera de Pressão (UP) há mais de 24 horas após o período de admissão na

unidade, foi observado que 56% dos sujeitos não apresentavam UP, enquanto 44% já apresentavam sinais iniciais de escaras, demonstrando para este aspecto, uma assistência de enfermagem sofrível. O quadro patológico e a gravidade, em alguns casos, tornam difícil a movimentação espontânea do paciente no leito, favorecendo o aparecimento de úlceras caso o colchão e as mudanças de posição não sejam adequadas.

As UP são feridas causadas por pressão, cisalhamento e atrito. Os padrões de cura para UP são estabelecidos pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). As diretrizes dessa agência de cuidados abordam o impacto econômico das UP e estabelecem os padrões básicos para avaliação, mudança de posição, curativos, melhoria da qualidade do atendimento e educação. O desenvolvimento de UP em indivíduos criticamente doentes é uma complicação passível de prevenção. A dificuldade surge em clientes com disfunção de múltiplos sistemas com deficiências hídricas, eletrolíticas e nutricionais concomitantes.¹¹ Durante a avaliação da pele deve-se estar atento para os sinais de ruptura da mesma, principalmente em crianças e indivíduos idosos.^{12,13}

Para a hidratação da pele, foi considerada a aplicação de óleo de girassol. Os resultados demonstraram que 100% dos pacientes estavam com a pele hidratada, classificando, portanto, a assistência como desejável. Indivíduos acamados têm a hidratação normal da pele prejudicada e, por isso, necessitam da aplicação de cremes e óleos lubrificantes.

Quando um indivíduo é incapaz de manter uma via aérea permeável, a troca gasosa adequada, ou ambas, o suporte mais invasivo como intubação é utilizado. Naqueles que requerem ventilação mecânica por longo prazo, a via aérea é convertida em traqueostomia em algum momento, a fim de evitar as complicações da intubação orotraqueal. Um dos cuidados com a traqueostomia inclui a mudança freqüente dos cadarços traqueais e curativos assépticos diários.¹⁴ Neste estudo foram avaliados 16 sujeitos traqueostomizados, obtendo-se 100% de positividade e classificação da assistência como desejável. O uso de traqueostomia ocorre, no mínimo, até sete dias após o uso do tubo orotraqueal e como a análise individual neste estudo foi realizada apenas durante três dias de internação, não foi possível observar esse aspecto.

A ruptura da integridade da pele ou feridas pode ser aguda ou crônica. A meta dos curativos nas várias lesões de pacientes internados em UTIs consiste em proteger a ferida e promover um ambiente úmido e de recuperação.¹¹ Dos sujeitos observados com lesões protegidas por curativos, 94% se encontravam limpos e secos, enquanto 6% não. Utilizando o mesmo critério, a assistência de enfermagem foi classificada como adequada.

Também foram avaliadas as irritações da pele e, nesse caso, todos os sujeitos da pesquisa (100%) não apresentaram irritações, sendo classificada a assistência como desejável. Lesões dessa natureza geralmente podem ocorrer em pacientes que permanecem por longos períodos em UTIs, caso não sejam asseguradas as medidas preventivas.

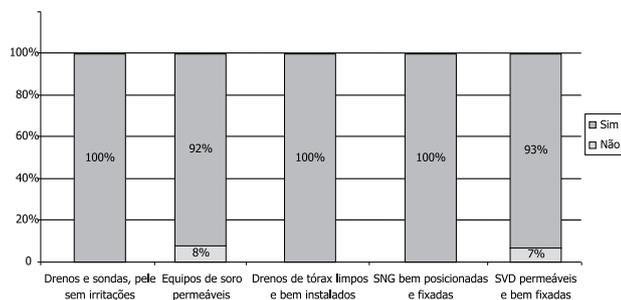


Gráfico 3 – Drenos e sondas – pele sem irritações, equipos de soro permeáveis, drenos de tórax limpos e bem instalados, SNG bem posicionadas e fixadas, SVD permeáveis e bem fixadas

Os drenos torácicos são caracterizados como pleurais ou mediastinais em função da localização da extremidade do dreno.¹⁴ À observação dos drenos de tórax, foram encontrados 100% de positividade quanto à instalação e fixação, demonstrando eficácia e caracterizando a assistência como desejável. Para as sondagens nasogástricas (SNG) também foram obtidos valores correspondentes a 100%, portanto, assistência classificada como desejável.

Quanto ao aspecto dos dispositivos como equipos e catéteres venosos e centrais, permeáveis e sem a presença de sangue, apenas 8% se encontravam com sujidades. A presença de sangue nas extensões serve de meio de cultura para o crescimento de germes causadores de infecção. Neste item a assistência de enfermagem foi considerada adequada.

Geralmente pacientes internados em terapias intensivas permanecem com sonda vesical de demora

(SVD). À observação deste dispositivo havia posicionamento adequado, bem como, quanto ao volume de urina da bolsa coletora. Dos 93% sujeitos observados, apenas 7% estavam com a bolsa acima do volume adequado, sendo possível caracterizar a assistência de enfermagem também como adequada.

Além dos procedimentos invasivos, foram observadas as faixas utilizadas para a contenção, averiguando se estavam limpas, adequadas e sem garroteamento dos membros. Neste aspecto o valor foi de 100% e a assistência considerada desejável. Pacientes entubados, agressivos ou os que colocam sua vida em risco devem ser contidos no leito, utilizando recursos físicos, medicamentosos ou psicoterapia. No entanto, a contenção deverá ser feita da forma mais breve possível, sob critérios rigorosos de avaliação a cada 15-30 minutos visando prevenir ou minimizar prejuízos, principalmente vasculares. Assim, faz-se necessário observar sinais de alteração circulatória e perfusão dos tecidos que possam resultar de compressão pelas respectivas faixas, além de prevenção trombo-embólica.¹⁵

Entende-se por contenção física a restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros. A contenção deve ser realizada sob prescrição médica e registrada no processo clínico do doente.¹⁵ Sistemas de incentivo à equipe de saúde permitem diminuir a incidência de contenções e o aumento de incidentes decorrentes das mesmas.¹⁶

Quanto ao uso de coxins para proteção dos membros, a resposta sim atingiu apenas valor correspondente a 63%, demonstrando uma assistência sofrível. Indivíduos comatosos ou imobilizados no leito devem ter suas extremidades (mãos e pés) mantidos em posição funcional, evitando deformidades de contração.¹³ O uso de coxins também auxilia na sustentação do corpo quando realizadas as mudanças de decúbito. Recomenda-se a revisão deste aspecto em unidades de UTI. O uso de colchões e almofadas de ar ou gel, materiais de lã, dentre outros, são necessários para proteger proeminências ósseas como calcanhares, cotovelos e trocanteres.¹²

A imobilidade no leito pode causar alterações em diversos sistemas, piorando o prognóstico do cliente.

No sistema respiratório podem ocorrer alterações na mecânica respiratória, levando, conseqüentemente, à diminuição dos volumes e capacidades pulmonares, redução da tosse e atividade ciliar brônquica e maior risco de embolia pulmonar. Alterações hemodinâmicas podem causar bradicardia, diminuição do débito cardíaco e também diminuição do retorno venoso e do débito glomerular, podendo levar o paciente a alterações renais. No sistema músculo-esquelético são observadas contraturas musculares, rigidez articular e atrofia por desuso, e no sistema nervoso podem ser verificadas alterações sensoriais, cognitivas, comprometimento do equilíbrio e coordenação e diminuição da capacidade funcional.¹⁷

À observação do posicionamento adequado no leito para os sujeitos do estudo foi obtido valor correspondente a 96%, e a assistência caracterizada como adequada, uma vez que apenas 4% se encontravam mal posicionados. Foram consideradas as posições da cabeça, pescoço, tronco e membros.

A limpeza dos leitos é aspecto de grande importância em ambientes de UTI, principalmente para evitar infecções hospitalares. Na observação deste item, foi percebido que 88% dos leitos ofereciam condições seguras, enquanto apenas 12% apresentavam algum tipo de sujidade devido ao extravasamento de líquido plasmático de pacientes que se encontravam com edemas localizados em regiões do corpo. A limpeza criteriosa dos leitos evita o aparecimento de outras doenças e complicações. A umidade da pele pode favorecer o aparecimento de micoses fúngicas e UP, dentre outras complicações.

Quanto aos métodos utilizados pela equipe de enfermagem para elevação e posicionamento correto do cliente no leito, observou-se que 85% dos sujeitos foram elevados corretamente, enquanto 15% não, sendo classificada a assistência como segura. A elevação correta do paciente pode evitar a fricção e a descamação da pele ocasionadas pelo arrastamento do corpo durante o levantamento, principalmente em indivíduos idosos.¹² Lesões na pele concorrem para descamações, aparecimento de escoriações e infecções.

Muitos serviços em UTIs utilizam mudanças de decúbito programadas. Quanto a este aspecto, observou-

se que para a maioria dos sujeitos foram realizadas mudanças de decúbito em horários aleatórios, ou seja, não programados. Apenas 36% dos pacientes tinham mudança programada a cada duas horas, por se tratarem de pacientes que exigiam mudanças de decúbito específicas, enquanto 64% não tiveram mudança de decúbito programada, o que caracteriza a assistência prestada como sofrível. Esse fato gera um maior intervalo nas mudanças que, aliado à ausência de programação, podem ocasionar ou predispor o indivíduo a UP em maior número.

O alívio da pressão é uma medida preventiva muito importante e o estabelecimento de esquemas de mudanças freqüentes da posição do doente ao leito, acompanhadas de cuidadosa inspeção da pele para prevenção de isquemia, são medidas fundamentais em ambientes de terapia intensiva. No entanto, são recomendadas a quaisquer doentes acamados, programadas para serem realizadas a cada duas horas segundo a tolerância, ou em intervalos maiores como meio criterioso antiescara.

CONCLUSÃO

A avaliação da qualidade consiste em um instrumento administrativo potencial e eficaz e quando usado de forma adequada pode tornar-se muito útil às organizações e instituições de saúde.

O processo de avaliação realizado na UTI por meio de auditoria interna e operacional permitiu a classificação da assistência de enfermagem como satisfatória, embora alguns aspectos da assistência na unidade tenham sido classificados como sofrível ou desejável. Este estudo tomou como base o fato de que a educação permanente da equipe de enfermagem, aliada a auditorias periódicas, contribuem para a melhoria da assistência prestada.

Os cuidados de enfermagem que necessitaram de uma maior atenção envolveram a cavidade oral e as unhas, formação de UP, limpeza e arrumação dos cabelos e o uso de coxins. A reprodução e o conhecimento dos resultados do estudo junto à equipe de enfermagem do setor estudado permitiram a promoção de discussões e reflexões quanto à importância da modificação e aprimoramento de algumas intervenções, visando

alcançar a excelência nos cuidados desenvolvidos em UTI.

O estudo também possibilitou oferecer importantes informações referentes à realidade da unidade. A utilização de métodos de controle, por meio de auditorias para avaliação da qualidade assistencial,

constitui instrumento valioso para identificar necessidades e recursos para a melhoria da prática assistencial em enfermagem. Desse modo, a auditoria torna-se uma ferramenta importante para mensuração da qualidade de cuidados e custos em instituições de saúde, especificamente em UTI.

REFERÊNCIAS

1. Malik AM, Schiesari LM. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde e outros interessados. São Paulo: FSP/USP; 1998.
2. Brasil. Lei nº 8078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e da outras providências. [acesso em 2006 out 15]. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/DPDC/servicos/legislacao/pdf/cdc.pdf>.
3. Haddad MCL. Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em Hospital Universitário Público [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.
4. Deming WE. Qualidade: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marque-Saraiva; 1990.
5. Cianciarullo TI. C&C: teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone; 1998.
6. Perroca MG, Jericó MC, Facundim SP. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. *Arq Cienc Saúde*. 2004;11(4):210-14.
7. Malik AM Avaliação, qualidade, gestão para trabalhadores da área de saúde e outros interessados. São Paulo: SENAC; 1996.
8. Kurcgant P, coordenador. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991.
9. Pereira MS, Prado MA, Sousa JT, Tipple AFV, Souza ACS. Controle de infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva: desafios e perspectivas. *Rev Eletr Enferm*. [periódico na Internet] 2000 out dez [acesso em 2008 fev 20]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/rt/printerFriendly/679/747>
10. Saube R, Horr L. Auditoria em enfermagem. *Rev Cienc Saúde*. 1982;1(1):23.
11. Davenport J. Anatomia e fisiologia do sistema tegumentar. In: Morton PG, Fontaine DK, Hudak CM, Gallo BM. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
12. Sayeg N. Pacientes acamados: envelhecer com saúde. [acesso em 2008 jan 20]. Disponível em: http://www.envelhecercomsaude.com.br/inex.php=com_content&tas.
13. Welch HG, Albertsen PC, Nease Rf. Estimating treatment benefits for the elderly: the effects competing risks. *Ann Intern Med*.1996;124(6):577-84.
14. Johnson K. Anatomia e fisiologia do sistema respiratório. In: Morton PG, Fontaine DK, Hudak CM, Gallo BM. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
15. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 08/DSPSM/DSPCS: medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes contenção física. [acesso em 2008 dez 20]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008801.pdf>
16. McCue R, Urcuyo L, Lilu Y, Tobias T, Chambers M. Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *The Journal of Behaviour health Services and research*. 2004;31(2):217-24.
17. Paraibuna CC. Aspectos gerais da fisioterapia intensiva no paciente neurológico crítico. [acesso em 2008 jan 20]. Disponível em: <http://www.sobрати.com.br/trabalhos-16-junho-2004.htm>

QUEDA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISE DO INDICADOR DE QUALIDADE¹

FALL OF HOSPITALIZED PATIENTS: ANALYSIS OF QUALITY INDICATOR

CAÍDA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS: ANÁLISIS DEL INDICADOR DE CALIDAD

Juliana Tominaga,* Maria Gabriela M. Bonjardin,* Michela P. Aliberti,* Maria Regina Lourenço Jabur**

Resumo

A qualidade da assistência deve ser uma preocupação constante dos profissionais da área da enfermagem e pode ser medida através de alguns indicadores. Para mensurar a qualidade assistencial preconiza-se o uso de indicador de queda de pacientes. Queda é definida como uma situação na qual o paciente, não intencionalmente, vai ao chão ou a algum plano mais baixo em relação a sua posição inicial. O objetivo deste estudo foi analisar o indicador de queda de pacientes em um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo; caracterizar o perfil dos pacientes que sofreram queda, a incidência, o tipo de queda, os fatores de risco do paciente e do ambiente e propor um protocolo de avaliação de risco visando sua prevenção. Tratou-se de um estudo retrospectivo e quantitativo. A coleta dos dados foi realizada através de fichas de registros de quedas e dos prontuários de pacientes que sofreram quedas no período de fevereiro a dezembro de 2006. O resultado mostrou que a incidência de quedas está dentro do parâmetro descrito pela literatura, pois as quedas ocorreram mais em pessoas do sexo masculino, na faixa etária entre 51 a 60 anos, no setor de clínica médica, tendo como fator de risco o uso de benzodiazepínicos. O tipo de queda que mais ocorreu foi da própria altura. Foi então proposto um protocolo de avaliação de risco.

Palavras-chave: Acidentes por Quedas. Qualidade da Assistência à Saúde. Assistência de Enfermagem.

Abstract

The assistance quality must be a constant preoccupation of nursing professionals, and may be measured by some indicators. The use of indicator of fall of patients is extolled, in order to measure the assistance quality. Fall is defined as a situation where the patient, not intentionally, falls down to the floor or down to a lower position in relation to their initial position. The objectives of the present study were: to analyze the indicator of fall of patients in a university hospital in the interior of the state of Sao Paulo; to characterize the profile of the patients who suffered fall, the incidence, type of fall, the risk factors of the patients and of the environment, and to propose a protocol of risk evaluation in order to prevent fall. This is a retrospective and quantitative study. The data were collected using the formularies of registration of falls in the period of February to December, 2006. The result showed that the incidence of fall is within the parameters described by specialized bibliography, because the falls occurred more to male patients, aged between 51 to 60 years old, at the medical clinic section, having as a risk factor the use of benzodiazepines. The type of fall that occurred most was of the own height of the patient. Thus a protocol of risk evaluation was proposed.

Keywords: Accidental Falls. Quality of Health Care. Nursing Care.

Resumen

La calidad de la atención debe ser una preocupación constante de los profesionales del área de enfermería y puede ser medida a través de algunos indicadores. Para mensurar la calidad de asistencia se preconiza el uso de indicador de caída de pacientes. Caída es definida como una situación en la cual el paciente, no intencionalmente, va al suelo o a un plan más bajo. Los objetivos de este estudio han sido: analizar el indicador de caída de pacientes en un hospital universitario del interior del estado de São Paulo; caracterizar el perfil de los pacientes que han sufrido caída, la incidencia, el tipo de caída, los factores de riesgo del paciente y del ambiente y proponer un protocolo de evaluación de riesgo visando su prevención. Ha sido un estudio retrospectivo y cuantitativo. La recolección de los datos se ha realizado a través de fichas de registros de caídas y de los recetarios de pacientes que han sufrido caídas en el período de febrero a diciembre de 2006. El resultado ha mostrado que la incidencia de caídas está dentro del parámetro descrito por la literatura, pues las caídas han ocurrido más en personas del sexo masculino, entre 51 y 60 años, en el sector de clínica médica, teniendo como factor de riesgo el uso de benzodiazepínicos. El tipo de caída que más ha ocurrido ha sido de la propia altura. Se ha propuesto un protocolo de evaluación de riesgo.

Palabras clave: Accidentes por Caídas. Qualidade dos Cuidados de Saúde. Atención de Enfermería.

¹ Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva – SP.

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

** Doutora em Enfermagem e docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva - SP. Contato: mrl.jabur@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A qualidade da assistência em saúde tem sido alvo de preocupação entre os profissionais, especificamente os que atuam no campo gerencial. Atualmente há grande ênfase na qualidade assistencial prestada ao paciente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade é um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao usuário, um alto grau de satisfação por parte dos clientes, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes.¹ Dessa forma, a qualidade assistencial pode ser mensurada a partir de alguns indicadores.

Conceitua-se indicador de qualidade como uma unidade de medida de uma atividade com a qual está relacionado, ou ainda, uma medida quantitativa empregada como um guia para monitorar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço. O indicador geralmente é representado como uma variável numérica, podendo ser um número absoluto ou uma relação entre dois eventos estabelecendo-se numerador e denominador.¹

O programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), cujo objetivo é a avaliação da qualidade dos serviços prestados aos usuários dos hospitais de São Paulo e de outros Estados da Federação, realiza o monitoramento de indicadores.¹

Esse monitoramento inicia-se a partir do encaminhamento mensal dos resultados dos indicadores relacionados à sua respectiva gestão, os quais são analisados estatisticamente e trimestralmente. Posteriormente, são enviados aos hospitais que integram o programa, por meio de relatórios realizados a partir dessa análise, para conhecimento de seu desempenho.¹

Cada hospital que passa por este processo é identificado por números, conhecidos apenas pelos seus representantes, mantendo, assim, total confiabilidade dos dados estabelecidos pelo programa e objetivando avaliar a qualidade da assistência. Visando colaborar na construção e validação de indicadores, foi criado o Núcleo de Apoio a Gestão Hospitalar (NAGEH), subgrupo do CQH que construiu indicadores passíveis de aplicação nos serviços de enfermagem, selecionando seis indicadores

de qualidade: Incidência de Queda de Paciente, Incidência de Extubação Acidental, Incidência de Perda de Sonda Nasogastrointestinal para Aporte Nutricional, Incidência de Úlcera por Pressão, Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem e Incidência de Flebite.¹

Estes indicadores medem as afecções iatrogênicas enquanto alguns estão relacionados à segurança dos pacientes. São consideradas afecções iatrogênicas aquelas decorrentes das intervenções realizadas por médicos e/ou auxiliares, sejam certas ou erradas, justificadas ou não, mas das quais resultam conseqüências prejudiciais para a saúde do paciente.²

Segurança para o paciente consiste na redução de atos inadequados e considerados inseguros no sistema de assistência à saúde, caracterizada pela utilização de boas práticas visando alcançar resultados ótimos para o paciente.³

Antigamente, uma forma de assistência considerada adequada consistia no atendimento ao indivíduo com base em dois princípios: culpa e castigo, pois se acreditava que as punições reduziam e/ou impediam a ocorrência de falhas. Entretanto, ainda hoje, alguns profissionais da área da saúde ainda omitem suas falhas temendo represálias, criando assim, uma cadeia de censuras que dificultam o entendimento do que realmente ocorreu, contribuindo também para a isenção da responsabilidade.⁴

Em 1980, teve início um movimento visando a segurança do paciente e, desde essa época, vários grupos de pesquisa passaram a trabalhar no desenvolvimento de formas mais seguras que reduzissem e/ou inibissem falhas e incidentes nos ambientes de trabalho em saúde.

Existem poucos estudos sobre os riscos a que estão sujeitos os indivíduos hospitalizados nas enfermarias e, também, quanto à possibilidade de prevenção dos mesmos. Destes, um dos riscos a que os pacientes estão sujeitos é a queda durante a hospitalização.

A queda de pacientes internados caracteriza um dos indicadores mais importantes para a investigação em saúde, pois a partir deste dado é possível que se identifiquem os principais fatores de risco, a incidência e suas conseqüências.

Neste trabalho considera-se queda de pacientes uma ocorrência adversa relacionada à segurança do paciente, por se tratar de um problema ainda freqüente nas instituições de saúde. A prevenção e o controle, assim como a diminuição ou isenção desses índices, podem contribuir para a melhoria do cuidado prestado, além de atender a responsabilidade legal do prestador da assistência e garantir integridade à pessoa cuidada. É responsabilidade dos profissionais de enfermagem, enquanto membros da equipe de saúde, permanecerem mais tempo ao lado dos pacientes assegurando-lhes uma assistência livre de imprudência, imperícia ou negligência, pois, ao contrário, poderá haver sérias implicações econômicas e ético-legais.⁵

No ambiente hospitalar, queda de pacientes pode tanto prolongar o tempo de internação, o custo do tratamento e causar desconforto ao paciente, quanto acarretar cepticismo com relação à qualidade do serviço de enfermagem e a responsabilização do profissional.⁶

Em pessoas idosas a ocorrência de quedas é muito comum, afetando mais de um terço destas pessoas anualmente.⁷ As quedas ocorrem tanto em ambientes hospitalares como na comunidade.

De acordo com os dados da OMS, no ano de 2007, foi previsto que aproximadamente 35% das pessoas com idade entre 75 a 85 anos sofreriam quedas com graves conseqüências.⁸

O custo direto e indireto relacionado a quedas nos Estados Unidos representa cerca de US\$ 75 a US\$ 100 bilhões de dólares anuais.⁹ Além dos custos mensuráveis, as quedas também podem acarretar várias conseqüências como: fraturas ósseas, traumatismos, entre outras, podendo limitar o indivíduo na sua atividade e independência, comprometendo seu bem estar físico e mental.

Alguns estudos relatam maior incidência de quedas em homens enquanto outros apresentam o sexo feminino como o mais predisponente.¹⁰ Um estudo realizado sobre quedas encontrou uma incidência de 20% em homens e 40% em mulheres.¹¹

Pesquisa realizada na Universidade do Estado de São Paulo, campus de Ribeirão Preto, com 50 idosos, concluiu que 54% dos casos de quedas ocorriam em decorrência de problemas com o meio ambiente, como

pisos escorregadios e objetos no chão. Estes fatores são chamados de fatores extrínsecos por serem provenientes do meio externo, enquanto os fatores intrínsecos como problemas neurológicos e cardiovasculares foram responsáveis somente por um quarto dos acidentes.¹²

Em um estudo com 181 pacientes com história de quedas, foi observado que 124 pacientes estavam alertas e/ou orientados. Porém, destes, 61 (49%) sofreram queda da cama, 22 (18%) enquanto deambulavam, 31 (25%) no trajeto até o banheiro e 10 (8%) caíram da cadeira, o que leva a crer que independentemente do estado mental do paciente, outros fatores podem contribuir para que a queda ocorra.¹³

A literatura apresenta várias definições para quedas, quase todas semelhantes. Assim como o NAGEH, este estudo considerou queda como uma situação na qual o paciente, não intencionalmente, vai ao chão ou a algum plano mais baixo em relação a sua posição inicial, cuja incidência é calculada entre o número de quedas e o número de pacientes-dia, multiplicado por 1000.¹

OBJETIVOS

Geral: analisar o indicador de qualidade para queda de pacientes hospitalizados em um Hospital Universitário no interior do Estado de São Paulo, no período de fevereiro a dezembro de 2006.

Específicos: caracterizar o perfil dos sujeitos que sofreram queda considerando as variáveis demográficas e clínicas; identificar os setores de maior incidência de quedas; identificar, através dos prontuários, os fatores de risco para quedas; verificar no ambiente hospitalar aspectos relativos à segurança física dos pacientes; investigar os tipos de queda sofridos pelos sujeitos do estudo e propor um protocolo de avaliação de risco de quedas.

METODOLOGIA

É um estudo descritivo e retrospectivo utilizando a metodologia quantitativa e o referencial teórico da auditoria retrospectiva de processo. O método quantitativo compreende a coleta sistemática de informações numéricas, preservando as condições de controle, além da análise de informações por meio de

procedimentos estatísticos,¹⁴ enquanto a auditoria é a avaliação sistemática e formal de uma atividade realizada por alguém não envolvido na sua execução. A auditoria retrospectiva ocorre após a alta do paciente, na qual são utilizados registros em fichas e prontuários para avaliação.¹⁵

O estudo foi realizado em um Hospital Universitário no interior do Estado de São Paulo com capacidade para 144 leitos, sendo todos dedicados ao SUS, além de servir como campo de estágio dos Cursos de Graduação em Medicina e Enfermagem da instituição em estudo. Atende as áreas de: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Psiquiatria, Moléstias Infecto-Contagiosas, bem como uma Unidade de Terapia Intensiva com 10 leitos e setor próprio à realização de Quimioterapia.

O material de estudo compreendeu o resultado de uma auditoria retrospectiva registrada em impresso próprio pelo Serviço de Enfermagem referente à queda de pacientes realizada no período de fevereiro a dezembro de 2006 e através dos registros nos prontuários dos pacientes do estudo. Após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o período de coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2007.

A amostra foi constituída pela ocorrência de 95 quedas notificadas no período de fevereiro a dezembro de 2006. Foram incluídas as quedas ocorridas nos setores de: Quimioterapia, Moléstias Infecto-Contagiosas, Clínica Médica (C2 par, C3 par e C3 ímpar), Clínica Cirúrgica (C2 ímpar) e UTI adulto. Foram excluídas as quedas ocorridas no setor de Psiquiatria, pois as características e causas das quedas neste setor associavam-se, em sua maioria, às medicações utilizadas, diferindo das demais clínicas, havendo a necessidade de um estudo específico para este setor.

Para análise do indicador de quedas, foi feito um processo por etapas:

- 1ª etapa: constituiu-se pela análise do impresso preenchido pelo serviço de enfermagem relativo à queda no período de fevereiro a dezembro de 2006;

- 2ª etapa: foram avaliados 90 prontuários dos pacientes que sofreram queda no período, para identificar os fatores de risco, encaminhamentos e consequência das mesmas (*a priori* a amostra foi constituída por 95

quedas, porém cinco prontuários não foram localizados no serviço de arquivo médico e estatístico);

- 3ª etapa: procedeu-se a observação nos dois setores onde a incidência de quedas foi maior, para verificar aspectos relativos à segurança física dos pacientes; e

- 4ª etapa: foi proposto um protocolo de avaliação de risco para quedas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados a seguir apresentados tiveram como base as 90 ocorrências encontradas.

O indicador de queda de paciente teve por definição: a relação entre o número de quedas e o número de pacientes - dia, multiplicado por 1000, conforme a fórmula para cálculo¹ abaixo apresentada.

$$\text{Incidência de queda de Paciente} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de quedas} \times 1000}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes} - \text{dia}}$$

Assim, através da informação concedida pelo hospital do nº de pacientes-dia, foi calculado o indicador mensal de quedas referente ao hospital em estudo (Gráfico 1).

Observando o Gráfico 1, verifica-se que o mês de maior incidência de quedas foi abril com 5,4, seguido do mês de agosto com 5,3; a menor incidência ocorreu no mês de outubro com 1,5. No mês de dezembro não foi notificada nenhuma queda. Conforme a literatura, a incidência de queda nos hospitais varia de 2-3 a 7 quedas/1000 pacientes-dia.¹⁶

Conforme os dados encontrados no hospital do estudo, verificou-se que a variação está em concordância com a descrita pela literatura.

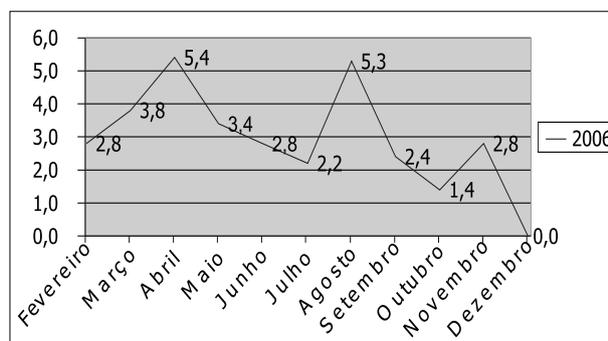


Gráfico 1 – Incidência de Quedas / 1.000 P.D., por mês no hospital do estudo, 2006

Em relação ao gênero, foram encontradas quedas relacionadas ao sexo masculino em 61%

enquanto 39% foram relacionadas ao sexo feminino. Na literatura estudos mostram que a ocorrência de quedas prevaleceu mais no sexo feminino, cujo valor foi 53%.¹⁶

Quanto à faixa etária obtida no estudo, dentre os pacientes que sofreram queda, houve uma variação entre 21 a 100 anos, sendo que o índice de queda prevaleceu na faixa etária entre 51 a 60 anos (21%), seguida da faixa etária entre 61 a 70 anos (17%). Os setores que apresentaram quedas foram os de: Moléstias Infecto-contagiosas (9%), Quimioterapia (1%), Clínica Cirúrgica: C2 ímpar (5%) e os setores de Clínica Médica: C3 par (21%), C2 par (46%) e C3 ímpar (18%). Os setores onde as quedas mais ocorreram, no período avaliado, foram os de Clínica Médica: C2 par, onde são internados pacientes do sexo masculino e C3 par destinado à internação de pacientes do sexo feminino.

Buscando compreender os fatores de risco destes pacientes, verificou-se através da análise de registro de quedas e de prontuários que o uso de medicamentos (benzodiazepínicos, antipsicóticos e sedativos) foi o fator de risco que apresentou maior incidência (36%) em relação aos demais fatores de risco para quedas como: dificuldade de locomoção (23%), agitação psicomotora (9%), vertigem (7%), hipotensão (1%), nenhuma dificuldade visual, não havendo relato de fatores de risco em 24%.

Vários estudos têm citado o uso de medicamentos como um dos fatores de risco para quedas. Uma meta-análise com estudos investigando o efeito de medicamentos psiquiátricos, cardiológicos e analgésicos e a predisposição para o risco de quedas entre idosos, concluiu que benzodiazepínicos, neurolépticos, sedativos/hipnóticos, antidepressivos, diuréticos em geral, antiarrítmicos e digoxina associaram-se ao maior risco de quedas na população acima de 60 anos.¹⁷

O aumento no risco de quedas e a ocorrência de fraturas entre idosos usuários de benzodiazepínicos têm sido atribuídos a duas propriedades desses medicamentos: atividade sedativa e bloqueio. A primeira seria responsável por alterações psicomotoras, enquanto a segunda aumentaria a probabilidade de hipotensão postural. Os agentes hipnótico-sedativos, quando utilizados em doses clinicamente efetivas, podem causar sedação residual durante o dia entre os idosos, predispondo-os a um maior risco para tonteiras, ataxia

e/ou confusão, levando a risco aumentado para quedas.¹⁷

Entretanto, um estudo de coorte acerca de fatores de risco para quedas em ambiente hospitalar concluiu que a maior frequência de fator de risco foi a alteração do estado mental como: estados de confusão e orientação (82%), vindo somente em segundo lugar o uso de medicamentos como sedativos, tranqüilizantes e benzodiazepínicos (36%), seguido de limitações de mobilidade como distúrbios da marcha, equilíbrio e fraqueza muscular com (36%).¹⁸

Neste estudo, as conseqüências registradas sobre as quedas foram: escoriações (9%), ferimentos com cortes (3%), hematomas (3%) e, por último, fraturas (1%). Ressalta-se o não registro das conseqüências das quedas nas fichas e prontuários, dificultando a análise, cujo valor foi de 84%. Em um estudo realizado com indivíduos idosos, considerando 1.445 prontuários, no período de 2001 a 2003, os resultados obtidos em relação às conseqüências das quedas foram: 905 (62,6%) fraturas, 197 (13,6%) contusões, 103 (7,2%) casos de politraumatismo, 70 (4,9%) ferimentos corto-contusos, 26 (1,8%) entorses, 22 (1,5%) hematomas, 19 (1,3%) luxações, cinco (0,3%) escoriações, sendo relatadas como outros 98 (6,8%).¹⁹

Em relação ao encaminhamento, o maior índice envolveu procedimentos como: raios x (3%), seguidos por imobilização (2%) e sutura (1%), sendo que 94% não foram relatados.

Também foi avaliada a segurança do ambiente nos dois setores, havendo maior incidência de queda na Clínica Médica (C2 par, C3 par), observando-se como fatores extrínsecos relacionados ao ambiente: barras de segurança no banheiro, campainhas disponibilizadas em todos os leitos, mobiliário do quarto apropriado e seguro, quarto em ordem livre de objetos acumulados e ambiente limpo sem sujidades no piso e sem a presença de materiais como comadres e papagaios próximos ao leito do paciente. Quanto aos fatores extrínsecos inadequados: camas que não possuam grades apropriadas, ausência de companhias nos banheiros, pisos do quarto e do banheiro não antiderrapantes.

Em um estudo com 50 idosos, os pesquisadores concluíram que 54% dos casos de quedas aconteciam

em decorrência de problemas com o meio ambiente, como pisos escorregadios e a presença de objetos no piso.¹²

Em relação aos tipos de quedas nos setores do hospital do estudo, 28% foram do leito, 2% da maca e 45% da própria altura. Observou-se, portanto, que as quedas da própria altura prevaleceram, embora 25% das quedas não tenham sido especificadas.

PROPOSTA DE UM PROTOCOLO

Com base na literatura atual e nos resultados obtidos no estudo, foi proposto um protocolo para avaliação de riscos para quedas, conforme especificado abaixo:

idade acima de 60 anos, déficit sensitivo (motor, auditivo, audição), déficit motor, distúrbios neurológicos, urgência urinária ou intestinal, uso de sedativo ou pós sedação, história de quedas anteriores e uso de medicamentos sedativos e hipnóticos e benzodiazepínicos.

Com a utilização de protocolo de avaliação de risco é possível que a equipe de enfermagem adote medidas preventivas como: orientação prévia aos familiares, solicitação de acompanhante, observação do tipo de medicação e horário para administração, utilização de grades de proteção, orientação aos pacientes para solicitarem à equipe de enfermagem auxílio quando necessário, entre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após análise de 95 quedas notificadas no ano de 2006, observou-se a prevalência no setor de Clínica Médica (C2 par), em pessoas do sexo masculino e na faixa etária entre 51 a 60 anos. Queda da própria altura foi o tipo mais incidente, tendo como fator de risco associado o uso de benzodiazepínicos, antipsicóticos e sedativos. Analisando o tipo de pacientes desta clínica, verificou-se que é uma clínica que admite pacientes do sexo masculino, hepatopatas, que apresentam síndrome de abstinência alcoólica, e pacientes em tratamento neurológico utilizando benzo Diazepínicos durante o período de hospitalização.

Também ocorreram quedas em outras clínicas, havendo alerta para que um protocolo de avaliação de risco e medidas de prevenção sejam implantados no hospital. Foi sugerida uma avaliação de risco para quedas relativas à internação e/ou quando ocorram mudanças significativas no quadro patológico, e que o enfermeiro, através da sistematização da assistência, elabore um plano de intervenções adequado.

No hospital, é importante a colocação de piso antiderrapante e grades fixas nos leitos, com a finalidade de aumentar a segurança ambiental. É necessário também melhorar a notificação do evento, com vistas a permitir uma análise mais abrangente e completa. A capacitação de toda equipe de enfermagem é fundamental para que haja um maior envolvimento e comprometimento em torno dos indicadores de qualidade assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. Associação Paulista de Medicina. Conselho Regional de Medicina. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH: programa de qualidade hospitalar (CQH). São Paulo: APM; 2006. p.7-11.
2. Carvalho Filho ETC, Saporetto MAR, Arantes ACLQ, Vaz MYKC, Hojaiji NHSL, Alencar YMG et al. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. *Rev Saúde Pública*, 1998;32(1):1-14.
3. The Canadian Patient Safety Dictionary. Canada, October, 2003. [acesso em 2007 mar 21]. Disponível em: http://www.rpspc.medical.org/publications/patientesafetydictionary_e.pdf.
4. Reason JT. Human error. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1990.
5. Torres JL, Brito SSJ, Dias MGSL. Queda de pacientes: indicador de qualidade da assistência. In: Anais do 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2005; Goiás. Goiânia: ABEN; 2005.
6. Tack KA, Ulrich B, Kehr C. Patient falls: profile for prevention. *J Neurosci Nurs*. 1987;19(2):83-9.
7. Tideiksaar R. Falls among the elderly: a community prevention program. *Am J Public Health*. 1992;82(6):892-3.
8. Miguel A Jr. Quedas nos idosos. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2007. [acesso em 2007 mar 20]. Disponível em: <http://www.medianegeriatria.com.br/2006/11/30/saudegeriatria/quedasnosidosos>.
9. Urton MMA. Community home inspection approach to preventing falls among the elderly. *Public Health Reports*. 1991;106:192-5.
10. Berry G, Fisher RH, Lang S. Detrimental incidents, including falls in an elderly institutionalized population. *J Am Geriatr Soc*. 1981;29(7):322-4.
11. Overstall PW. Prevention of falls in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1980;28:481-4.
12. Santos CR. Quedas sofridas por idosos são objeto de estudo, 2007. [acesso em 2007 mar 20]. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/dezembro2006/ju348pag9b.html.
13. Halper A, Connors JP. Prevencion of patient falls through perceived control and other techniques. *Law, Med Heath Care*. 1986;14(1):20-4.
14. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
15. Pereira LL, Takahashi RT. Auditoria em enfermagem. In: Kurcgant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p.215-22.
16. Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Claiborne Dunagan W, Fischer I, Johnson S et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analisis. *J Gen Intern Med*. 2004;19(7):732-9.
17. Leipzig RM, Cumming RG, Timnetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analisy: I psychotropic drugs. *Journal of The American Geriatric Society*, 1999;47(1):30-9
18. Leipzig RM, Cumming RG, Timnetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analisy: II Cardiac and analgesic drugs. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(1):40-50.
19. Ray WA, Griffin MR, Schaffner W, Baugh DK, Melton J. Psychotropic drug use and the risk of hip fracture. *N Engl J Med*. 1987;316(7):363-69.

ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE¹

OCCUPATIONAL ACCIDENTS WITH BIOLOGICAL MATERIAL AMONG HEALTH PROFESSIONALS

ACCIDENTES DE TRABAJO CON MATERIAL BIOLÓGICO ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Maristela Aparecida Magri Magagnini,* Luciana Bernardo Miotto,** Antonia de Fátima Z. Serradilha***

Resumo

Os acidentes de trabalho na área de saúde geralmente são graves, tanto pela frequência com que ocorrem como pelas consequências físicas e mentais dos envolvidos. O trabalho hospitalar é intenso, com situações geradoras de desgaste e tensão; insalubre, quando agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infecto-contagiosas e viabilizar procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os profissionais de saúde. Entre as causas dos acidentes de trabalho, podem ser citadas: não utilização ou indisponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual, falta de treinamento, inexperiência, cansaço, tarefas repetitivas, excesso de autoconfiança e negligência. O objetivo geral do estudo foi caracterizar os acidentes ocupacionais com material biológico no período de 2000-2006, em dois hospitais-escola do interior paulista. Trata-se de estudo exploratório, descritivo e quantitativo e os dados foram coletados com base na ficha de notificação de acidentes biológicos. Ao todo, ocorreram 151 acidentes no Hospital A e 437 no Hospital B, diferença devido à estrutura de cada um. Os dados encontrados inferem que acidentes poderiam ser evitados, se observadas regras simples de segurança. Assim, são fundamentais a utilização de Equipamentos de Proteção Individual, o cuidado no manuseio de materiais perfuro-cortantes e os programas de educação continuada para a prevenção de acidentes.

Palavras-chave: Acidentes de Trabalho. Hospital. Saúde do Trabalhador.

Abstract

The occupational accidents in the health area are usually serious, both because of the frequency they occur and because of the physical and mental consequences of the involved professionals. Work at the hospital is intensive and tiresome, involving situations of stress and tension. Normally the health professional is in contact with patients with several infect-contagious diseases, and perform procedures which offer risk of accidents and diseases. Among the causes of occupational accidents, these might be cited: not utilization or not availability of Equipments for Individual Protection, not enough training and preparation, inexperience, tiredness, repetitive tasks and procedures, excess of self-confidence, and negligence. The general objective of this study was to characterize the occupational accidents with biological material in the period of 2000-2006, at two school hospitals in the interior of the state of Sao Paulo. This present study is an analysis of exploratory, descriptive, and quantitative case, and the data were collected based on the formulary of biological accidents notification. Totally, 151 accidents occurred at the Hospital A, and 437 at the Hospital B, where the difference between the numbers is due to the structural characteristics of each hospital. The obtained data infer that accidents could be avoided, if the simple security rules were observed and followed. Thus, it may be considered fundamental: the use of the Equipments for Individual Protection, the care when handling perforate cutting materials and performing continued educational programs for prevention of accidents.

Keywords: Occupational Accidents. Hospital. Occupational Health.

Resumen

Los accidentes de trabajo en el área de salud generalmente son graves, tanto por la frecuencia con que ocurren como por las consecuencias físicas y mentales de los involucrados. El trabajo hospitalario es intenso, con situaciones generadoras de desgaste y tensión. Generalmente el profesional de salud está en contacto con pacientes portadores de diversas enfermedades infectocontagiosas y realiza procedimientos que ofrecen riesgos de accidentes y enfermedades. Entre las causas de los accidentes de trabajo se pueden mencionar: no utilización o no disponibilidad de Equipos de Protección Individual, falta de entrenamiento, inexperiencia, cansancio, tareas repetitivas, exceso de autoconfianza y negligencia. El objetivo general del estudio ha sido caracterizar los accidentes ocupacionales con material biológico en el período de 2000-2006, en dos hospitales escuela del interior paulista. Se trata de estudio de caso de carácter exploratorio, descriptivo y cuantitativo y los datos se han colectado basados en la ficha de notificación de accidentes biológicos. En total, han ocurrido 151 accidentes en el Hospital A y 437 en el Hospital B, diferencia debido a la estructura de cada uno. Los datos encontrados inferen que podrían evitarse dichos accidentes, si se observaran reglas simples de seguridad. Así, son fundamentales la utilización de Equipos de Protección Individual, el cuidado en el manoseo de materiales perforocortantes y los programas de educación continuada para la prevención de accidentes

Palabras clave: Accidentes de Trabajo. Hospitales. Salud Laboral.

¹ O artigo contém os resultados da pesquisa institucional financiada pelas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), durante o período de 2006 a 2007.

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

** Doutora em Sociologia pela UNESP-Araraquara. Docente das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), no Curso de Graduação em Enfermagem. Contato: lubibis@uol.com.br

*** Mestranda em Ciências da Saúde pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS- UNIFESP). Docente das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), no Curso de Graduação em Enfermagem. Contato: serradilha@telefonica.com.br

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS

Historicamente, observa-se que os profissionais de saúde eram pouco considerados como categoria profissional de alto risco para acidentes de trabalho. Diversos estudos^{1,2,3} apontam que a preocupação com acidentes ocupacionais envolvendo riscos biológicos surgiu, a partir do advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), nos anos 80 e, posteriormente, com o avanço da Hepatite C. Observa-se que os maiores riscos de acidentes com material pérfuro-cortante não são propriamente as lesões, mas os agentes biológicos veiculados pelo sangue e pelas secreções corporais.

O ambiente de trabalho hospitalar é considerado insalubre, pois agrupa pacientes portadores de diversas enfermidades infecto-contagiosas e viabiliza muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os profissionais de saúde. Além disso, o hospital é um campo complexo de trabalho, pois além de prover cuidado básico de saúde a um grande número de pessoas, pode funcionar, em alguns casos, como centro de ensino e pesquisa. Desta forma, existem riscos potenciais aos quais os profissionais de saúde podem estar expostos, dependendo da atividade que desenvolvam e do setor em que atuam.³

Atividades capazes de proporcionar dano, doença ou morte para os seres vivos são caracterizadas como atividades de risco.⁴ Por isso, na prevenção de acidentes, é fundamental o reconhecimento, por parte do trabalhador, dos riscos a que está exposto em suas atividades. Ele deve conhecer as medidas de controle que podem diminuir a exposição aos agentes, tais como o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), assim como as medidas a serem adotadas em caso de acidentes.

O acidente de trabalho ocorre quando há uma colisão repentina e involuntária entre pessoa e objeto, ocasionando danos corporais e/ou materiais.³ Assim, pode-se afirmar que a avaliação do risco a que estão sujeitos os profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho é uma ferramenta metodológica importante para as políticas de saúde, já que auxilia a gestão do risco e os órgãos reguladores na tomada de decisões.⁴

A NR-9 (Norma Regulamentadora) estabeleceu o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA),

cujo objetivo é definir uma metodologia de ação que garanta a preservação da saúde e a integridade dos trabalhadores face aos riscos existentes no ambiente de trabalho.⁵ Entre os objetivos específicos do programa destacam-se: desenvolvimento de mentalidade preventiva em trabalhadores e empresários; redução ou eliminação de improvisações; promoção da conscientização em relação a riscos e agentes existentes no ambiente de trabalho; desenvolvimento de uma metodologia de abordagem e análise de situações atuais e futuras do ambiente de trabalho, com treinamento dos trabalhadores.

De modo geral, no contexto hospitalar, os riscos ambientais podem ser classificados em físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais. Os riscos físicos incluem: ruídos, vibrações, pressões anormais em relação à pressão atmosférica, temperaturas extremas, radiações ionizantes (raios x, raios gama, raios beta, partículas gama, prótons e nêutrons) e não ionizantes (ultravioleta, infravermelho, microondas e raios *laser*), infra-som e ultra-som.

Quanto aos riscos químicos são as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou serem absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão.

Os riscos biológicos são oriundos da manipulação, transformação e modificação de seres vivos microscópicos, dentre eles genes, bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus e outros.

Os riscos ergonômicos referem-se ao modo como o trabalho é realizado e ao ritmo imposto ao mesmo. Os riscos psicossociais estão relacionados ao cansaço, estresse e outros sintomas de origem psicológica ou social. Podem ser causados por sobrecarga de trabalho ou intenso envolvimento com pacientes ou com o trabalho em si.

A exposição ocupacional por material biológico é entendida como a possibilidade de contato com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho.¹ As formas de exposição incluem inoculação percutânea, por intermédio de agulhas ou objetos cortantes, e o contato direto com a pele e/ou mucosas.

Os trabalhadores de enfermagem são os que mais manipulam esses materiais, logo estão mais expostos aos riscos de acidentes com material biológico e contato com microorganismos patogênicos.^{1,6,7}

Acidentes com materiais pérfuro-cortantes são típicos do ambiente hospitalar,⁸ e são considerados graves devido ao potencial de contaminação biológica, cujo risco é definido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) para hospitais dos Estados Unidos. O aumento do controle relacionado a esse tipo de acidente ocorreu, conforme afirmado, em função do advento da AIDS e da Hepatite C. No entanto, grande parte dos profissionais expostos a esse risco não considera os possíveis efeitos negativos em caso de acidentes, e não cumprem normas básicas de segurança ou se recusam a notificá-los e a buscar atendimento médico após a exposição.⁸

Conforme dados estatísticos do CDC, a taxa de infecção por meio de acidentes pérfuro-cortantes com participação de agulhas está em torno de 6% a 30% para o vírus da Hepatite B, 1,8% a 3% para a Hepatite C e 0,3% para o HIV.⁹ O risco de transmissão ocupacional do HIV é cerca de 0,3% para a exposição percutânea e 0,09% para mucosas.¹⁰

Entre as causas dos acidentes de trabalho, podem ser citadas: não utilização ou indisponibilidade de EPI, falta de treinamento, inexperiência, cansaço, tarefas repetitivas, dupla jornada de trabalho, excesso de autoconfiança, falta de organização do serviço, desequilíbrio emocional durante situações de emergência e negligência.¹¹

Diante do exposto, este trabalho justifica-se pela importância do tema na área da saúde. É inegável que os acidentes de trabalho que acometem os profissionais da saúde representam um sério problema, tanto pela frequência com que ocorrem como pelas suas conseqüências físicas e mentais.

OBJETIVOS

O objetivo geral do artigo é caracterizar os acidentes ocupacionais envolvendo material biológico, ocorridos no período de 2000 a 2006 em dois hospitais-escola, localizados em um Município do Estado de São Paulo.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa exploratória, descritiva, retrospectiva e quantitativa. Foram analisados os acidentes ocupacionais envolvendo os profissionais de saúde de dois hospitais-escola do interior paulista, denominados nessa pesquisa de Hospital A e Hospital B, ocorridos no período de 2000 a 2006.

Primeiramente, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre acidentes envolvendo profissionais de saúde. Em seguida, foram levantados dados para a caracterização dos acidentes nos hospitais em estudo, presentes na ficha de notificação de acidentes biológicos, padronizada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Foram destacadas as seguintes variáveis: setor, período, faixa etária, sexo, cargo/função, tempo na função, tipo de exposição, material orgânico, circunstância, agente causador, uso de EPI. Os dados coletados foram analisados por meio de frequências estatísticas simples.

Os hospitais são de natureza filantrópica em cujas instalações se encontram docentes e discentes de duas faculdades, Medicina e Enfermagem, sendo que no Hospital A localizam-se as salas de aula e as secretarias acadêmicas. A receita é oriunda dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital A atende exclusivamente pelo SUS e o hospital B, além do SUS, presta atendimento particular e a convênios.

O Hospital A foi construído em 1954 para funcionar como um sanatório, sendo desativado nos anos 1980, quando passou a ser administrado pela fundação responsável pelos dois hospitais e pelas faculdades. O ambulatório iniciou suas atividades em 1983 e o setor de internação em 1986. Possui 144 leitos e uma média de 543 internações/mês. A Faculdade de Medicina foi fundada em 1969 e a Faculdade de Enfermagem em 2000.

O Hospital B, fundado em 1926, é considerado de grande porte e de alta complexidade, atendendo diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. Possui 244 leitos e uma média de 990 internações/mês.

À época do estudo, nos dois hospitais atuavam alunos de quatro escolas técnicas do Município, 111 alunos da Faculdade de Enfermagem (a partir do 2º ano) e 128 alunos da Faculdade de Medicina (5º e 6º anos). No

Hospital A trabalhavam 84 auxiliares de enfermagem, 42 técnicos, 21 enfermeiros e 1 médico registrado neste nosocômio, pois os demais são também docentes da Faculdade de Medicina. No Hospital B, compunham o quadro 147 servidores de enfermagem, 132 técnicos, 46 enfermeiros e 49 médicos. Nos dois hospitais atuavam também 88 médicos residentes em sistema de escalas por plantões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período compreendido pela pesquisa foram registrados 151 acidentes no Hospital A e 437 no Hospital B, diferença que, conforme verificado, está relacionada à estrutura de cada um.

No Hospital A o setor com maior número de ocorrências foi o de Clínica Médica (50%). No Hospital B o Pronto Socorro apareceu em primeiro lugar, com 29% dos acidentes, seguido do Centro Cirúrgico (23%) e do Centro Obstétrico (14%). De modo geral, são setores em que ocorrem situações emergenciais que necessitam de procedimentos técnicos, rápidos e precisos. Neles também atuam estudantes de Medicina e Enfermagem, além dos médicos residentes.

Dados da literatura analisada mostram que o setor onde eventualmente ocorre um maior número de acidentes ocupacionais é o Pronto Socorro, seguido da Clínica Médica.^{12,13} Ambos apresentam ritmo diferenciado na assistência aos pacientes, seja pela necessidade de rapidez na execução dos procedimentos ou pela execução de atividades repetitivas, como, por exemplo, possibilidade de perda do acesso venoso em pacientes internados.

Nos hospitais analisados, os acidentes foram registrados em sua maior frequência no período da manhã, tanto no Hospital A (40%), quanto no Hospital B (38%). Este período concentrava um maior número de servidores, estudantes, médicos residentes e de realização de procedimentos de rotina estabelecidos pelas instituições, embora no Hospital B o número de ocorrências no período da tarde (33%) tenha sido bastante expressivo.

Quanto à faixa etária, os dados levantados na pesquisa mostram que os acidentes se concentraram em pessoas com faixa etária entre 25 e 30 anos, tanto no

Hospital A (32%) quanto no Hospital B (43%). De modo geral, os profissionais de saúde ingressam no mercado de trabalho sem conhecer bem as rotinas e os cuidados adequados para se evitar a exposição aos riscos do ambiente hospitalar. Além disso, após a admissão, muitos servidores podem permanecer sem treinamento e orientações sobre riscos ocupacionais, bem como sobre precauções a serem tomadas.¹⁴

Em relação ao gênero, prevalece o sexo feminino nos dois hospitais: A (61%) e B (52%). No entanto, no Hospital B a diferença entre homens e mulheres acidentados é de apenas 5%. A distribuição de profissionais que se acidentaram segundo o sexo é diferente em vários estudos, embora se perceba um predomínio de pessoas do sexo feminino.¹⁵ Uma das características do trabalho de enfermagem, ainda hoje, é a predominância de mulheres.¹⁶

Quanto à categoria profissional mais envolvida em acidentes, o Hospital A apresentou 50% das ocorrências envolvendo a equipe de Enfermagem, composta por auxiliares, técnicos(as) e enfermeiros(as).

São inúmeros os riscos ocupacionais a que os profissionais de enfermagem estão expostos e que podem ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. Isso pode ser explicado pelo fato da equipe de enfermagem permanecer a maior parte do tempo na assistência direta aos pacientes e executar, freqüentemente, vários procedimentos invasivos, sendo os materiais perfuro-cortantes um dos principais instrumentos de trabalho utilizados na prática diária.^{1,3,13,17}

No Hospital A também foi verificado, em relação ao número de acidentes, a classificação em primeiro lugar dos auxiliares de enfermagem (32%), seguidos dos técnicos de enfermagem (15%). Os auxiliares de enfermagem, geralmente, não possuem conhecimentos teóricos específicos e orientações claras quanto aos riscos ocupacionais a que estão expostos e as medidas a serem tomadas após a ocorrência do acidente.¹⁴ Os riscos físicos, por exemplo, muitas vezes não são percebidos ou considerados pelos profissionais.

Por outro lado, no Hospital B, a equipe de enfermagem corresponde a apenas 26% dos acidentados, pois 56% das ocorrências estão relacionadas aos médicos residentes, estudantes de Medicina e

médicos em geral. Vale novamente ressaltar que no Hospital A, os médicos residentes ocupam o segundo lugar em número de acidentes (empatados com os técnicos de enfermagem) e os estudantes de Medicina o terceiro lugar (7%).

Os hospitais analisados são campo de estágio para estudantes de escolas técnicas de Enfermagem e de cursos superiores em Medicina e Enfermagem; incluem também médicos recém-formados em regime de residência. Embora o panorama dos acidentes com os profissionais de saúde seja preocupante, a saúde no trabalho ainda ocupa pouco espaço na formação básica dos estudantes da área de saúde.¹⁷

O trabalho em turnos dos profissionais da área médica exerce efeitos negativos sobre sua vida social e familiar, aumentando os danos à saúde dos mesmos.¹⁷ Quanto aos estudantes de Medicina, muitos iniciam nos campos de estágios sem conhecimentos amplos de Semiologia; outros acabam realizando diversos plantões noturnos que, geralmente, resultam em acidentes devido ao cansaço físico e mental, tratando-se de um aspecto que poderá permanecer após a conclusão do curso de Medicina. Há estudos que descrevem a categoria médica como a que mais se acidenta, seguida pela enfermagem.^{15,18}

Quanto ao tempo de exercício na função, no Hospital A 19% dos acidentados possuíam menos de um ano na função, empatados com aqueles que possuíam de 1 a 5 anos. Em segundo lugar, 16% dos acidentes não tiveram o tempo na função notificado e, em terceiro lugar, encontravam-se médicos residentes R1 e funcionários com mais de 13 anos na função (11%). No Hospital B, em primeiro lugar estão os acidentados que possuem de 1 a 5 anos na função (17%); em segundo vêm os médicos residentes R1 (16%) e, em terceiro, os estudantes de Medicina do 6º ano (14%).

Sobre o alto índice de casos cujo tempo na função não foi notificado, percebe-se que atinge também outras variáveis. Trata-se de um problema mais amplo, pois apesar de legalmente ser obrigatória a notificação do acidente, observa-se, na prática, a subnotificação do mesmo.¹

Entre os fatores relacionados com a não notificação de acidentes, a literatura aponta, nessa

ordem: acidente sem risco; contato de sangue, de fluido corpóreo ou de excreta em pele íntegra; muita burocracia; acidente não-grave; desinteresse e medo.³

Na literatura também se observa a relação entre descarte inadequado de resíduos perfuro-cortantes e acidentes de trabalho.^{19,20} Estudo sobre acidentes de trabalho com exposição a material biológico, realizado no Município do Rio de Janeiro, concluiu que uma parte considerável desses acidentes ocorreu no manuseio dos resíduos e na colocação de materiais perfuro-cortantes em recipientes impróprios, contabilizando 14,3% e 16,7%, respectivamente.²⁰

Quanto ao tipo de exposição, em relação ao total de acidentes nos dois hospitais analisados, predominou a forma percutânea (76% no Hospital A e 80% no Hospital B) e o material biológico mais encontrado foi o sangue (86% no Hospital A e 89% no Hospital B). Assim, comprova-se que os materiais perfuro-cortantes são os principais responsáveis pelos acidentes, já que as atividades médicas e de enfermagem envolvem muitos procedimentos invasivos.

Estudo realizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Universitário, no ano de 2001, com 68 trabalhadores (30 enfermeiros, 13 técnicos de enfermagem e 25 auxiliares de enfermagem), confirma a prevalência de acidentes com material perfuro-cortante (40%). As agulhas apareceram como o principal agente causador.³

A literatura também comprova que o sangue é o material biológico mais relacionado aos acidentes nos hospitais.²¹ A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, por meio do programa de DST/AIDS recomenda que os acidentes com exposição à material biológico sejam analisados quanto ao material biológico envolvido, ao tipo de acidente e à situação sorológica do paciente fonte em relação ao HIV.²² No entanto, a Hepatite B é a doença de maior incidência entre eles.²³

Segundo as circunstâncias em que ocorreram os acidentes, predominaram: punção venosa/arterial, procedimentos cirúrgicos e administração de medicação, nos dois hospitais analisados. A agulha com luz prevaleceu como o maior agente causador de acidentes.

Estudo no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro mostrou que de um universo de 265

acidentes registrados no período 1997/1998, 215 foram com materiais pérfuro-cortantes e exposição a fluidos.⁸ Porém, 47,55% dos acidentes poderiam ter sido evitados se observadas regras simples de segurança, pois ocorreram nas seguintes circunstâncias: reencape de agulhas, manipulação de lixo considerado não infectado, materiais pérfuro-cortantes deixados e/ou descartados em locais inadequados. Hoje se recomenda não reencape agulhas após uso.

Embora tenha prevalecido o uso de EPI entre os acidentados, 19% das pessoas no Hospital A e 12% no Hospital B não usavam EPI no momento do acidente. No primeiro, predominaram os auxiliares e técnicos de enfermagem; no segundo, além destes, incluíam-se os estudantes de Medicina. No estudo, as principais circunstâncias em que os acidentes sem uso de EPI ocorreram foram: administração de medicação, descarte inadequado de material pérfuro-cortante e procedimentos de punção venosa/arterial.

Os EPIs têm seu uso regulamentado pelo Ministério do Trabalho e Emprego na NR-6. A norma define EPI como todo dispositivo de uso particular, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, tais como: luvas, aventais, protetores oculares, faciais e auriculares, protetores respiratórios e proteção para membros inferiores. É de responsabilidade da empresa empregadora o fornecimento gratuito do EPI adequado ao risco, em perfeito estado de funcionamento, além do treinamento dos trabalhadores quanto à forma correta de utilização e conservação do mesmo.²⁴

Os empregados têm obrigação de zelar pelo EPI e, de acordo com a NR-6, deverão usá-lo apenas para o fim a que se destina; responsabilizar-se por sua guarda e preservação e notificar ao empregador qualquer alteração que torne inadequado seu uso.

É fundamental a conscientização dos profissionais de saúde quanto ao uso correto de EPI por meio de aulas, palestras, cursos e discussões sobre biossegurança. O EPI deve ser utilizado sempre que as medidas de proteção coletiva forem tecnicamente inviáveis ou não proporcionarem completa proteção contra os riscos de acidentes e/ou doenças profissionais; enquanto as medidas de proteção coletiva estiverem sendo implantadas e em situações de emergência.

É importante o uso de luvas para manuseio de sangue e secreções; de aventais, quando há risco de contaminação da roupa ou da pele do profissional; máscara e óculos de proteção, caso haja risco de respingo de sangue e secreções em mucosas da boca, nariz e olhos. Muitos acidentes podem ser evitados com o uso dessas barreiras.²¹

As luvas representam o equipamento mais utilizado pelos profissionais de enfermagem durante os procedimentos, assim como a máscara e o avental, porém com percentual baixo encontram-se os óculos de proteção.²⁵ Entre os motivos que levariam os trabalhadores de enfermagem a não aderirem ao uso dos óculos de proteção, a literatura aponta: falta de hábito, uso de óculos de grau, número insuficiente e mau estado de conservação.

Acidentes podem ser evitados ou minimizados com a utilização de EPI e cuidado no manuseio de materiais pérfuro-cortantes, além da promoção de programas de prevenção de acidentes. Estudo realizado em uma UTI demonstrou que, no momento do acidente, 40% dos trabalhadores faziam uso do mesmo e 60% não o utilizavam.³ Para as autoras os trabalhadores avaliam o procedimento e julgam a necessidade de uso do EPI, não valorizando a real importância do mesmo para a prevenção dos acidentes ocupacionais. Dos acidentes com os trabalhadores de enfermagem, 10% aconteceram durante o procedimento de aspiração do tubo orotraqueal, envolvendo espirro de secreção em pele e mucosa, procedimento comum em UTI.

Apesar dos avanços envolvendo os riscos ocupacionais após o advento da AIDS, os profissionais de saúde, especialmente os da enfermagem, mostram resistência quanto à utilização de EPI, subestimando o risco de se acidentarem.¹ Estudo realizado com profissionais de enfermagem de nível médio, especialmente auxiliares, mostra que há negligência no uso de EPI, com destaque para a realização de punção venosa sem luvas e o não uso de máscara para aspiração de pacientes traqueostomizados.¹⁴

Em 2005, o Ministério do Trabalho e Emprego, por meio da Portaria nº 485, estabeleceu a NR-32 voltada exclusivamente para a segurança e a saúde dos trabalhadores em serviços de saúde.²⁶ Havia necessidade

de um texto normatizador oficial no País para a área da saúde, já que era preciso regularizar as diversas e problemáticas questões que a envolvem. As normatizações existentes encontravam-se reunidas em diversas outras Normas Regulamentadoras e resoluções, não construídas especificamente para tal finalidade.

A NR-32 é a primeira norma mundial voltada para a saúde e a segurança do trabalhador em serviços de saúde, por meio de dispositivos de ação obrigatória que não dispensam o cumprimento de outras exigências legais.²⁷ A área da saúde ocupa um dos primeiros lugares no *ranking* de acidentes de trabalho, justificando, portanto a edição da NR-32. Assim, a norma foi criada para minimizar e prevenir riscos e proporcionar um ambiente de trabalho mais harmônico e saudável.

A palavra-chave da NR-32 é prevenção, considerando-se os riscos no ambiente de trabalho, pois estes se multiplicam quando as normas de segurança não são observadas. Por isso, a NR-32 apóia-se em três grandes eixos: 1) educação continuada, 2) programas de prevenção de riscos e 3) medidas de proteção contra riscos.²⁷

Reitera-se que a Constituição Federal de 1988 expressa no seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Ela deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na caracterização geral dos acidentes, destacaram-se os setores de Clínica Médica (Hospital A) e Urgência e Emergência (Hospital B); o período da manhã, onde geralmente se concentra o maior número de ações e, no estudo, o maior número de ocorrências. Houve prevalência de pessoas do sexo feminino e predomínio de acidentados na faixa etária de 25 a 30 anos. As categorias mais atingidas foram auxiliares e técnicos de enfermagem (Hospital A), médicos residentes e estudantes de Medicina (Hospital B).

Prevaleceu o tipo de exposição percutânea e o sangue como material biológico mais envolvido, sendo a

agulha com luz o maior agente causador. Em relação às circunstâncias dos acidentes, destacaram-se: punção venosa/arterial, procedimentos cirúrgicos e administração de medicação.

As exposições ocupacionais a materiais biológicos potencialmente contaminados continuam representando um sério risco aos profissionais de saúde no seu local de trabalho. Os acidentes de trabalho envolvendo sangue e outros fluidos corresponderam aos relatos mais freqüentes. As lesões com agulhas e material pérfuro-cortante são consideradas extremamente perigosas por serem altamente capazes de transmitir diversos tipos de patógenos, com destaque para o HIV e os vírus da Hepatite B e C.

Outro dado significativo diz respeito aos acidentados que não faziam uso de EPI no momento do acidente, destacando-se auxiliares e técnicos de enfermagem nos dois hospitais, acrescidos da participação de estudantes de Medicina no Hospital B, principalmente na administração de medicação, descarte inadequado de material pérfuro-cortante e punção venosa e arterial.

Se respeitadas as normas de biossegurança e se promovido um ambiente de trabalho onde haja conscientização para que o autocuidado seja regra, os benefícios poderão atingir a todos. Para tanto, é preciso: integração dos profissionais de saúde aos programas de prevenção de acidentes; notificação dos acidentes no momento da ocorrência; acompanhamento e tratamento do profissional acidentado com vistas a impedir e/ou minimizar a aquisição de infecções.

O fato de que no Hospital A, 19% dos acidentados não usavam EPI no momento do acidente e no Hospital B, 12%, representou um dado relevante, pois a prevenção é fundamental para que acidentes sejam evitados. Nesse sentido, a prevenção de acidentes constitui responsabilidade de todos os profissionais da área da saúde que desenvolvam atividades em hospitais.

REFERÊNCIAS

1. Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002; 10(4):571-77.
2. Nishide VM. Riscos ocupacionais e acidentes de trabalho: uma realidade em unidade de terapia intensiva [dissertação]. Campinas (SP): Pós-Graduação em Enfermagem/Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 2002.
3. Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente de trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004; 12(2):204-11.
4. Schneider VE, organizador. Manual de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde. 2ª ed. Caxias de Sul: Educ; 2004.
5. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras. NR-9: Programa de prevenção de riscos ambientais. [acesso em 12 Dez 2006]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/default.asp
6. Sarquis LMM. Acidentes de trabalho com instrumentos perfuro-cortantes: ocorrência entre os trabalhadores de enfermagem [dissertação]. Pós-Graduação em Enfermagem: Faculdade de Enfermagem/USP; 1999.
7. Canini SRMS et al. Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002; 10(2):172-78.
8. Osorio C, Machado JMH, Minayo-Gomez C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2):517-24.
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Department of Health and Human Services. [homepage da Internet]. Sharps injury prevention Program Workbook Information about the workbook. Atlanta; 2007. [acesso 2007 mar 25]. em: <http://www.cdc.gov/sharpsafety/workbook.html>.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2005; 54(RR-9): 1-17.
11. Barbosa A. Riscos ocupacionais em hospitais: um desafio aos profissionais da área de saúde ocupacional [dissertação]. Florianópolis (SC): Pós-Graduação em Enfermagem/Faculdade de Enfermagem, UFSC; 1989.
12. Sêcco IA. O acidente de trabalho com material biológico na equipe de enfermagem de hospital escola pública de Londrina, PR [dissertação]. Londrina (PR): Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UDEL; 2002.
13. Balsamo AC, Felli VEF. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006; 14(3):346-53.
14. Rezende MP. Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, USP; 2003.
15. Caixeta RB, Barbosa-Branco AB. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002-2003. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3):737-46.
16. Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1991.
17. Bulhões I. Riscos do trabalho de enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca; 1998.
18. Basso M. Acidentes ocupacionais em sangue e outros fluidos corpóreos em profissionais de saúde [dissertação]. São Paulo: Pós-Graduação em Enfermagem/UNIFESP; 1999.
19. Garcia LP, Zanetti-Ramos BG. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(3):744-52.
20. Rapparini C. Implementação de um programa de vigilância e instituição de quimioprofilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV no Município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Medicina: Faculdade de Medicina/UFRJ; 1999.
21. Ciorlia LAS, Zanetta DMT. Significado epidemiológico dos acidentes de trabalho com material biológico: hepatites B e C em profissionais da saúde. *Rev Bras Med Trabalho*. 2004; 2(3):1191-99.
22. São Paulo (Estado). Secretaria de Saúde. Programa DST/AIDS, Brasil. São Paulo; 1999.
23. Figueiredo RM. Opinião dos servidores de um hospital escola a respeito de acidentes com material perfuro-cortante na cidade de Campinas-SP. *Rev Bras Saúde Ocupacional*. 1992; 20(76):26-33.
24. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras. NR-6: Equipamento de Proteção Individual - EPI. [acesso em 12 Dez 2006]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/default.asp
25. US Public Health Service. Update U.S. Public Health service guidelines for the management of occupational exposure to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR Recomm Rep*. 2001;50(RR-11):1-52.
26. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras. NR-32: Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde. [acesso em 12 Dez 2006]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/default.asp
27. Santino D. Impactos previdenciários e trabalhistas na NR-32. *Rev Jur Última Instância* [periódico na internet]. Abr 2006 [acesso em 12 Abr 2006]. Disponível em: http://ultimainstancia.uol.com.br/artigos/ler_noticia.php?idNoticia=26951

O CÂNCER DE PELE E A IMPORTÂNCIA DA FOTOPROTEÇÃO¹

THE SKIN CANCER AND THE IMPORTANCE OF FOTOPROTECTION

EL CÁNCER DE PIEL Y LA IMPORTANCIA DE LA FOTOPROTECCIÓN

Guilherme Henrique Pires Barboza,* Juliana Giacon,* Simone Aparecida Trovó,* Virtude Maria Soler**

Resumo

Pesquisa exploratória, de caráter descritivo e quantitativo. Teve como objetivo identificar aspectos relativos a fotoproteção, prevenção, crenças, hábitos e comportamentos frente ao câncer de pele e caracterizar os sujeitos do estudo quanto ao perfil sócio-demográfico. Foram sujeitos 16 docentes e 107 discentes de um curso de graduação em enfermagem de uma faculdade do interior paulista. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário com perguntas abertas e fechadas, aplicado aos sujeitos após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados demonstraram poucas diferenças entre os sujeitos quanto aos conhecimentos e hábitos adquiridos por senso comum e conhecimentos científicos. A maioria referiu hábito de exposição ao sol, sem a adoção de comportamento protetor e/ou uso de acessórios como óculos, chapéus, roupas com mangas longas e de tecidos leves, além de uso inadequado do filtro solar. Portanto, vulneráveis a vivência de câncer de pele futuramente, pois por efeitos cumulativos à exposição solar e a outros fatores de risco a doença pode surgir em aproximadamente 20 anos. A fotoproteção é fundamental para a prevenção do câncer de pele, bem como as campanhas e programas de saúde desenvolvidos também pelas Instituições de Ensino Superior para melhorar o conhecimento científico e conscientizar a população quanto à prevenção, visando a mudança de hábitos e comportamentos individuais e coletivos em saúde. A enfermagem por meio de metas preventivas pode contribuir para diminuição da morbimortalidade por câncer de pele.

Palavras-chave: Neoplasia Cutânea. Prevenção de Doenças. Radiação Solar.

Abstract

Exploratory research, descriptive and quantitative. This study had as objective identify aspects related to fotoprotection, prevention, beliefs, habits and behaviors before skin cancer and characterize the individuals of the study about their socio-demographic profile. The individuals were 16 professors and 107 university students of a nursing graduation course in a university in the interior of the State of Sao Paulo. The data collection was accomplished using a questionnaire which presented open and closed questions; the questionnaire was applied to the individuals after approbation of the Ethic in Research Committee. The results demonstrated few differences between the individuals concerned with knowledge and habits acquired through common sense and scientific knowledge. Most of people referred to the sun exposition, without adopting any protector behavior and/or use of accessories such as sunglasses, hats, long sleeves clothes, and light fabric, besides the inappropriate use of sun block. Thus, because of the cumulative effects of the sun exposition and other risk factors, and demonstrating that people are vulnerable to the skin cancer in the future, the disease may appear within 20 years. Fotoprotection is fundamental in order to prevent people from skin cancer, and the campaign and health programs developed by Teaching Institutions as well, in order to improve the scientific knowledge, and make public be aware of prevention, having as objective habit, individual and collective behavior changing. Nursing may contribute towards the skin cancer morbid-mortality decrease through preventive goals.

Keywords: Skin Neoplasms. Disease Prevention. Solar Radiation.

Resumen

Investigación exploratoria, de carácter descriptivo y cuantitativo. Ha tenido como objetivo identificar aspectos relativos a la fotoprotección, prevención, creencias, hábitos y comportamientos frente al cáncer de piel y caracterizar los sujetos del estudio en cuanto al perfil sociodemográfico. Han sido sujetos 16 docentes y 107 discentes de un curso de graduación en enfermería de una facultad del interior paulista. La recolección de datos ha ocurrido por medio de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, aplicado a los sujetos tras la aprobación del Comité de Ética en Investigación. Los resultados han demostrado pocas diferencias entre los sujetos en cuanto a los conocimientos y hábitos adquiridos por sentido común y conocimientos científicos. La mayoría ha hecho referencia al hábito de exposición al sol, sin la adopción de comportamiento protector y/o uso de accesorios como gafas, sombreros, ropas con mangas largas y de telas livianas, además del uso inadecuado del filtro solar. Por lo tanto, vulnerables a la vivencia de cáncer de piel futuramente, pues por efectos cumulativos a la exposición solar y a otros factores de riesgo la enfermedad puede surgir en aproximadamente 20 años. La fotoprotección es fundamental para la prevención del cáncer de piel, bien como las campañas y programas de salud desarrollados también por las Instituciones de Enseñanza Superior para mejorar el conocimiento científico y concienciar la población en cuanto a la prevención, visando el cambio de hábitos y comportamientos individuales y colectivos en salud. La enfermería por medio de metas preventivas puede contribuir para la disminución de la morbimortalidad por cáncer de piel.

Palabras clave: Neoplasias Cutáneas. Prevención de Enfermedades. Radiación Solar.

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

* Enfermeiros graduados em Enfermagem pelas Faculdades Integradas Padre Albino, Catanduva - SP.

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

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O verão brasileiro está se tornando cada vez mais quente e com temperaturas registradas acima da média dos últimos 200 anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima um aumento na temperatura média da Terra entre dois e quatro graus até 2100.¹ Além das diversas conseqüências ambientais, os efeitos à saúde individuais e coletivos são comprovados cientificamente. O câncer de pele, mais incidente no Brasil e principal conseqüência das altas temperaturas, deverá provocar uma aceleração no surgimento da doença em pessoas vulneráveis, caso a fotoproteção não seja adotada.

A luz solar é uma radiação eletromagnética. O componente Ultravioleta (UV) da radiação solar é pequeno, mas biologicamente importante e consiste em um comprimento de ondas entre 100 e 400 nanômetros (nm), subdividido em três categorias: UVC (100-290nm), UVB (290-320nm) e UVA (320-400nm).² Um aumento na transmissão da radiação solar dos raios UVB, especificamente entre 280-320 nm, vem ocorrendo devido à degradação antropogênica do ozônio estratosférico.^{2,3}

O principal dano acarretado pela UV-B em sistemas biológicos é em nível de DNA celular. Diversos pesquisadores têm identificado muitos efeitos potencialmente sérios tanto à saúde humana, como depressão do sistema imunológico, catarata nos olhos e câncer de pele, quanto ao meio ambiente, como em cultivos agrícolas, árvores e organismos marinhos.^{2,3}

A radiação UV-B é a principal causa responsável pelo bronzeamento e pelas queimaduras de pele, além de influenciar o sistema imunológico. Por outro lado, está ligada à absorção de vitamina D pelo organismo, responsável pelos níveis de cálcio e fósforo orgânicos, fundamentais à saúde humana. No entanto, para absorção da vitamina D são necessários, no máximo, 15 minutos de exposição diária ao sol em horários adequados e exposição apenas das áreas do rosto e braços.^{4,5}

A população ao sul do Brasil, predominantemente caucasiana branca, já está sendo afetada pelo aumento da radiação UV-B. No Brasil, em 2001, as estimativas de incidência e mortalidade do Instituto Nacional de Câncer (INCA) previram o surgimento de 2.930 casos e 1.050 óbitos por câncer de pele tipo melanoma. Nos Estados

Unidos, este foi o câncer de aumento mais expressivo, tendo sua incidência quase triplicada nas últimas quatro décadas. Em 2006, o INCA registrou 145.660 novos casos de câncer de pele entre homens e mulheres brasileiras.²

Quanto aos raios solares, os raios UVA caracterizam a maior parte do espectro da radiação ultravioleta; são os mais longos e atingem áreas mais profundas da pele. Capazes de manter sua intensidade constante durante todo o ano, produzem alterações como: manchas, fotoenvelhecimento e câncer. Os raios UVB são menos longos, têm menor poder de penetração na pele e sua incidência é maior no verão, em altas altitudes e próximos à linha do Equador. São responsáveis pela vermelhidão e por queimaduras após a exposição solar e também podem causar câncer de pele. Os raios UVC são os mais perigosos, porém são absorvidos pela camada de ozônio antes que cheguem a Terra. Como atualmente cerca de 80% dos raios solares conseguem penetrar na Terra, mesmo em dias nublados, é necessária e recomendada a fotoproteção diária durante o ano todo.^{2,3,4,5}

A radiação UV proveniente do sol ou das câmaras de bronzeamento artificial, além de predispor ao câncer, causa envelhecimento, manchas e rugas por efeitos cumulativos e também é produzida por lâmpadas fluorescentes, de descarga de mercúrio e *lasers*.^{4,5}

Os biótipos de risco representam pessoas de olhos e pele clara, cabelos louros ou ruivos, portanto, mais vulneráveis à queimadura solar e com tendência a sardas e elevado número de pintas, principalmente quando associada à intensa exposição ao sol. Conseqüentemente, há maior risco de desenvolvimento do câncer de pele.^{2,3,5}

Pessoas com esse biótipo e sardas têm maior tendência a se queimar do que se bronzear quando expostas à luz solar, e maior predisposição a apresentar melanoma. O padrão de exposição também é importante. De forma intermitente, intensa e prolongada pode causar danos à pele e provocar de eritema e bolhas secundárias a queimaduras solares. Especialmente na infância, predispõe ao aparecimento do câncer de pele cerca de aproximadamente 20 anos após a exposição solar.⁶ Há evidências que uma ou duas insolações com bolhas durante a juventude aumentem o risco de desenvolvimento de melanoma fatal.^{4,5}

Sardas são máculas de coloração marrom-clara ou escura cujo surgimento ocorre entre os seis e 18 anos de idade, principalmente após queimadura solar, enquanto as pintas são anomalias do desenvolvimento da pele e, portanto, passíveis de sofrerem alterações. A sua associação com o melanoma é relevante e o número de pintas sugere maior risco para o desenvolvimento dessa patologia.^{4,5,7}

Portadores de Xeroderma Pigmentoso (XP) têm risco aumentado para desenvolver câncer de pele. Trata-se de uma síndrome rara caracterizada principalmente por alta susceptibilidade ao câncer de pele e extrema sensibilidade à luz solar, uma deficiência genética que impede o reparo de danos causados pela luz ultravioleta.^{5,8,9}

Quanto à localização geográfica, o Brasil tem grande parte de sua superfície demográfica localizada entre o Trópico de Capricórnio e o Equador, recebendo, portanto, mais intensamente os raios solares devido à proximidade ao sol. Nesta região os raios solares incidem em um ângulo mais perpendicular, tornando o Brasil, enquanto país tropical e com maior área intertropical, um dos mais ensolarados do planeta.¹⁰

A camada de ozônio da estratosfera localiza-se a 50 km acima da superfície terrestre e protege a Terra.¹¹ É um gás presente na atmosfera superior, criado a partir do oxigênio por ação da radiação solar UVC. O ozônio absorve uma parte da UVB, o que faz com que ele se reverta em oxigênio novamente, havendo um equilíbrio entre a produção e a destruição de ozônio. A absorção de toda a UVC e parte da UVB nesse processo impede que uma grande parte das radiações danosas como a UVC atinjam a superfície da Terra.¹⁰ Algumas substâncias químicas e certos gases, predominantemente derivados sintéticos do cloro e do flúor, usados nos aerossóis e nos gases de refrigeração, são capazes, quando liberados na atmosfera, de alterar o equilíbrio do ozônio, pois promovem a sua inativação.^{10,11}

Atualmente, frente às evidências científicas e às condições ambientais,^{10,11} algumas das questões centrais mundiais relativas ao câncer de pele são:

- a intensidade da radiação UV depende, em grande parte, da hora do dia, estação do ano e latitude;
- a camada de ozônio da atmosfera, que forma uma barreira de proteção à penetração da radiação de

UV solar mais danosa para os seres vivos, está sendo lentamente diminuída por ação de substâncias químicas fabricadas pelo homem;

- os níveis terrestres de UVB aumentaram, embora não significativamente;
- o aumento da incidência de lesões induzidas pela luz solar é devido, provavelmente, às recentes mudanças no estilo de vida.^{4,5,6}

Também numerosos medicamentos sistêmicos, fotossensibilizadores e fotoprotetores e/ou medicamentos tópicos e substâncias químicas industriais podem aumentar a susceptibilidade à radiação UV pelo uso de antibióticos orais, anti-hipertensivos, psoralenos, agentes imunossuppressores, antiinflamatórios não-esteróides e numerosos outros agentes.¹¹

Estas questões preocupam e levam a reflexões estimulando o desenvolvimento de pesquisas, principalmente de caráter preventivo, pois o câncer de pele também é destacado enquanto fenômeno mundial.

A pele, manto ou revestimento protetor do corpo humano, está constantemente sob o efeito das ações internas do corpo humano, assim como às externas decorrentes do meio ambiente. Exposição ao sol e a poluentes e, em geral, a traumas variados como: uso de *piercing* e tatuagens e aplicação de produtos químicos, exposição a radiações ionizantes e de raios x, vícios como o tabagismo, drogas e ingestão de bebidas alcoólicas, má higienização corporal, predisposição genética, dentre outros fatores, podem concorrer direta ou indiretamente para o aparecimento de cânceres.

O câncer de pele é caracterizado como o crescimento anormal e descontrolado das células que compõem a pele e que podem dar origem a um novo tecido (neoplasia). As células epiteliais se dispõem formando camadas e, dependendo da camada afetada, podem surgir diferentes tipos de câncer. Os mais comuns são os carcinomas basocelulares e os espinocelulares, sendo o mais perigoso e, às vezes fatal, o melanoma.^{4,5,6,12,13,14}

Esse tipo de câncer atinge principalmente pessoas de pele branca que se queimam com facilidade e nunca se bronzeiam ou se bronzeiam com dificuldade. Cerca de 90% das lesões localizam-se em áreas da pele expostas ao sol, demonstrando a relação entre a

exposição solar e o surgimento do tumor. Pessoas cujas profissões as expõem ao sol durante grande parte do dia têm aproximadamente 20 vezes mais probabilidade para desenvolver problemas ou doenças na pele, em relação às pessoas que evitam a exposição prolongada.^{5,13} A proteção solar é, portanto, a principal forma de prevenção da doença.^{4,5,6,12,13,14,15}

Crianças de pele e olhos claros merecem ainda mais cuidados e atenção, pois quando sofrem múltiplas queimaduras solares até os dez anos de idade, têm cinco vezes mais chances de desenvolver câncer de pele na idade adulta. Durante o primeiro ano de vida deve ser evitado o uso de protetores solares, ou usados sob rigorosa avaliação médica, pois nessa idade as glândulas sudoríparas não estão suficientemente amadurecidas e a gordura do protetor poderá obstruir os poros da pele.^{4,14}

Aumentos significativos de câncer, especialmente de pele, também são decorrentes de produtos químicos utilizados em guerras, observados principalmente em sobreviventes das últimas guerras mundiais, hoje pessoas idosas. Embora os tumores de pele não-melanoma (basocelular e espinocelular) estejam mais associados à exposição cumulativa ao sol e ocorram com maior frequência nas áreas com exposição máxima ao sol, como a face, o dorso das mãos e antebraços.^{5,14}

Na maioria dos casos, o câncer de pele pode ser prevenido. Pessoas, principalmente as de pele branca, residentes em regiões de clima com alta exposição solar, devem usar filtro solar com fator mínimo de proteção solar (FPS) 15 em todas as áreas expostas ao sol. O filtro solar com FPS 15 bloqueia a maior parte dos raios UV e o aumento do FPS aumenta pouco o bloqueio destes raios. No entanto, o tempo em que o filtro solar continuará a absorver os raios UV será maior quanto maior for o FPS, diminuindo a frequência da reaplicação.⁴

Sempre que possível, a cabeça deve ser protegida por bonés ou chapéus e óculos escuros com proteção UV, e o corpo com roupas confortáveis e leves, com mangas longas para cobrir as demais áreas. Necessário também, restringir as atividades diárias em ambientes externos aos períodos do começo e final do dia, evitando o sol mais forte entre as 10 e 16 horas, e utilizar barracas em áreas abertas cujo sol é intenso. Tais medidas quando incorporadas nos primeiros 18 anos de vida, podem diminuir

em até 85% o risco de desenvolvimento do câncer de pele na idade adulta.^{4,5,6,14,15}

Embora sejam comprovados cientificamente os efeitos da radiação UV e ser creditado a ela o título de "vilã" do câncer de pele, observa-se exposição freqüente aos fatores de risco, poucas medidas de proteção, exposição excessiva ao sol, inclusive em horários contraindicados, principalmente por indivíduos em idade infanto-juvenil, quer seja em praias, piscinas ou na realização de esportes radicais, por irreverência e desconhecimento. Nesta categoria também se enquadram os trabalhadores rurais e outros profissionais, além das crianças e adolescentes em ambientes escolares.

Apesar dos programas alertando para o problema, realizados pela mídia televisiva e internet, revistas, emissoras de rádio, *outdoors* e campanhas diversas, a fotoproteção, essencial para a prevenção do câncer de pele, ainda não é realizada de forma adequada, ou adotada como medida padrão, assim como o auto-exame da pele e as visitas regulares ao dermatologista. Fatores culturais, conhecimento insuficiente, crenças, religião, irreverência, excesso de confiança e descrédito são aspectos que podem favorecer o desenvolvimento do câncer de pele.

A enfermagem oncológica neste campo de ação é promissora e deverá assumir papel relevante, principalmente nas metas de prevenção e promoção da saúde individual e da pele em particular, além das metas de restauração. Dessa forma, poderá significativamente impactar a morbidade e a mortalidade associadas aos cânceres basocelular e espinocelular, e ao melanoma.¹⁵

Além de caracterizar-se em questão de saúde pública mundialmente discutida, a questão ambiental exige um esforço conjunto e efetivo das políticas de saúde e vigilância sanitária, visando proteger a saúde da população em uma sociedade de risco. No entanto, ainda há pouco engajamento e conscientização a ponto das pessoas modificarem hábitos, atitudes e comportamentos.

Frente a tais problemas questiona-se:

- como evitar que a população continue tão exposta aos fatores predisponentes ao câncer de pele?
- como proteger a saúde numa sociedade de riscos e desigualdades?

de que forma sensibilizar o maior número de pessoas quanto à problemática do câncer de pele, visando minimizar o número de pessoas afetadas por esse mal?

O atual aumento da incidência de câncer de pele tornou-se um grande problema de saúde pública mundial. A patogenicidade do câncer de pele é multifatorial, porém estes fatores podem ser modificados e salvar vidas por meio da aquisição de conhecimentos científicos e a conscientização das causas potenciais, a partir da mudança de comportamentos e hábitos.

Este estudo considerou o caráter ameaçador da doença para o indivíduo e a importância do tema tanto para os que constroem teorias científicas quanto para as pessoas comuns e/ou leigas no convívio diário com as alterações climáticas, a exposição aos raios UV e aos demais fatores predisponentes ao câncer de pele. Visou contribuir com o desenvolvimento da pesquisa científica, alertar a população para os efeitos nocivos do sol e favorecer a diminuição dos índices de cânceres de pele, além do propósito de sensibilizar para o problema, com foco basicamente na prevenção.

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi identificar o grau de conhecimento de docentes e discentes de um curso de graduação em Enfermagem de uma faculdade do interior paulista quanto à fotoproteção e aos aspectos preventivos do câncer de pele. Como objetivo específico pretendeu-se construir o perfil sócio-demográfico da população estudada.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa descritiva, exploratória e quantitativa, realizada com docentes e discentes de um curso de graduação em Enfermagem, de ambos os sexos e de todas as séries. Para a caracterização dos sujeitos foram utilizadas as variáveis: sexo, idade, estado civil, número de filhos, procedência, raça, religião, nível educacional, ocupação, renda mensal e tempo de exposição diária ao sol.

Todos os sujeitos responderam ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a pesquisa foi avaliada e aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O instrumento para coleta de dados incluiu

perguntas fechadas e abertas, referentes à temática e ao perfil sócio-demográfico dos sujeitos, considerando-se: conhecimento de senso comum e científico sobre fotoproteção, prevenção, crenças e cultura, opiniões, comportamentos e hábitos da população estudada.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2007 e o questionário foi aplicado aos sujeitos nas dependências da faculdade. Os dados quantitativos foram apresentados descritivamente, em tabelas de frequência simples e porcentagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população do estudo foi composta por 123 sujeitos, sendo 107 discentes e 16 docentes. Do total de sujeitos, 110 (89,5%) eram pessoas do sexo feminino e 13 (10,5%) do sexo masculino, demonstrando que a profissão de enfermagem continua a ser exercida basicamente por mulheres, embora haja um maior contingente de homens procurando pelo curso de graduação em Enfermagem. Deixaram de participar da pesquisa 46 discentes e 15 docentes, por haverem alegado falta de tempo para responder ao questionário e/ou falta de interesse.

Quanto à faixa etária, para os 16 docentes a idade variou de 32 a 62 anos. Dos discentes, 23 (18,7%) pertenciam ao primeiro ano e tinham idade entre 17 e 34 anos; 30 (24,4%) eram do segundo ano com idade entre 18 e 35 anos; 30 (24,4%) eram do terceiro, cuja idade variou entre 19 a 43 anos, enquanto 24 (19,5%) eram do quarto ano, com idade entre 20 a 41 anos. A faixa etária de pessoas jovens é o período de vida em que, sem orientação adequada de proteção e de forma irreverente, as pessoas se expõem por longos períodos ao sol, principalmente por ocasião das férias.^{6,11,13,14}

É difícil fazer com que os jovens se preocupem com um mal que só chegará aproximadamente em 20 anos após a exposição. Porém, torna-se essencial educar desde cedo as crianças em domicílio e nas escolas, para comportamento protetor em relação ao sol.¹²

Campanhas para esclarecimento e orientação à população quanto à prevenção e fotoproteção deverão ganhar maior enfoque junto ao público jovem, bem como com pais e educadores.^{12,13} As Escolas de Ensino Superior (IES) também deverão assumir esse papel, cujo propósito

é desenvolver uma maior conscientização entre as pessoas quanto à importância e interação com os fatores sociais e físicos a fim de diminuir os impactos prejudiciais à saúde individual e ambiental.^{12,13,14}

No estudo predominaram indivíduos solteiros. Dos 16 docentes, um sujeito (6,2%) era solteiro, três (18,8%) divorciados e 12 (75%) casados, enquanto para os discentes do primeiro ano: 20 (86,9%) eram solteiros e três (13,1%) casados; segundo ano, 27 (90%) solteiros e três (10%) casados; terceiro ano, 25 (83,3%) solteiros

e cinco (16,7%) casados; quarto ano, 19 (79,2%) solteiros e cinco (20,8%) casados.

Quanto ao número de filhos da população estudada, houve um total de 26 para os docentes, enquanto para os discentes do primeiro ano, seis filhos; segundo ano cinco, terceiro ano oito e seis para os alunos do quarto ano.

A procedência dos sujeitos do estudo foi disponibilizada nos dados da Tabela 1.

Tabela 1 - Procedência dos sujeitos da pesquisa - docentes e discentes do curso de graduação em Enfermagem de uma faculdade do interior paulista, 2007

Procedência									
Docentes	%	1º Ano	%	2º Ano	%	3º Ano	%	4º Ano	%
Catanduva 4	25,0	Catanduva 14	60,9	Catanduva 13	43,3	Catanduva 16	53,3	Catanduva 11	45,8
Ribeirão Preto 2	12,5	Santa Fé do Sul 1	4,3	Itajobi 4	13,3	Itajobi 3	10,0	Itajobi 5	20,8
Fernandópolis 1	6,2	Cafelândia 1	4,3	Viradouro 1	3,3	N. Horizonte 2	6,6	Pindorama 4	16,6
Porto Ferreira 1	6,2	São C. do Sul 1	4,3	Pirangi 1	3,3	Pindorama 1	3,3	Campinas 1	4,2
Itajobi 1	6,2	Não Relatou 6	26,2	Tabapuã 1	3,3	Borborema 1	3,3	Ibirá 1	4,2
Urupês 1	6,2			Elisiário 1	3,3	Ibirá 1	3,3	Ariranha 1	4,2
Potirendaba 1	6,2			Urupês 1	3,3	São Bernardo 1	3,3	Uchoa 1	4,2
Neves Paulista 1	6,2			Não Relatou 8	26,6	São Paulo 1	3,3		
S.J.Rio Preto 1	6,2					Colorado 1	3,3		
Jales 1	6,2					Não Relatou 3	10,0		
Mirassol 1	6,2								
São Paulo 1	6,2								

Sobre a raça a que pertenciam os sujeitos do estudo, todos os docentes eram brancos, enquanto para os discentes: no primeiro ano havia 22 indivíduos brancos (95,6%) e um (4,4%) pardo; segundo ano: 25 (83,3%) brancos, quatro (13,3%) pardos e um (3,3%) negro; terceiro ano: 27 (90%) brancos, dois (6,6%) negros e um (3,3%) pardo e para o quarto ano 21 brancos (87,5%), um (4,2%) pardo, um (4,2%) amarelo e um (4,2%) negro. Houve prevalência de indivíduos da raça branca.

Em relação à religião foram obtidos os seguintes dados: na categoria docente, 11 (68,7%) eram católicos e um (6,2%) evangélico, enquanto três (18,7%) relataram não ter uma religião definida. Na categoria discente, primeiro ano: 17 sujeitos (73,9%) católicos, um (4,3%) evangélico e cinco (21,7%) não informaram a religião; segundo ano: 23 (76,7%) católicos, dois (6,6%) espíritas e dois (6,6%) evangélicos, enquanto três (10%) não relataram a religião; quarto ano: 21

(87,5%) católicos, um (4,2%) evangélico, um (4,2%) adventista e um (4,2%) alegou não adotar nenhuma religião.

Para a variável ocupação foram considerados apenas os discentes, já que os docentes exerciam a profissão. Em relação aos discentes do primeiro ano: 12 alunos (52,1%) trabalhavam, enquanto 11 (47,9%) não. No segundo ano três (10%) trabalhavam e 27 (90%) não; no terceiro ano 11 (36,6%) trabalhavam e 19 (63,4%) não e no quarto ano nove (37,5%) trabalhavam enquanto 15 (62,5%) não. Atualmente, muitos universitários, principalmente da área da enfermagem, trabalham para poderem subsidiar os estudos.

Referente à renda mensal, considerando-se os sujeitos que exerciam atividades remuneradas, a renda declarada pelos 16 docentes foi superior a cinco salários mínimos. Entre os discentes, no primeiro ano: oito (34,7%) referiram renda mensal de um salário mínimo, quatro (17,3%) três salários mínimos, enquanto 11

(47,8%) não tinham renda mensal. No segundo ano, três (10%) afirmaram um salário mínimo, enquanto 27 (90%) não possuíam renda mensal; no terceiro ano seis (20%) referiram três salários mínimos, cinco (16,7%) um salário mínimo e 19 (63,3%) não tinham renda mensal; no quarto ano nove (37,5%) três salários mínimos, enquanto 15 (62,5%) não possuíam renda.

A classificação do tipo de pele, além de importante está correlacionada a fotoproteção. Os parâmetros propostos para a classificação do tipo de pele dos sujeitos¹⁶ foram: Tipo I - pele muito branca, cabelos e olhos claros, não se bronzeia e se queima com facilidade quando exposto ao sol; Tipo II - pele muito branca, bronzeia-se muito pouco ao se expor ao sol e se queima com facilidade; Tipo III - pele morena clara, bronzeado gradual e moderado ao se expor ao sol, queimaduras solares somente se permanecer sob o sol por tempo prolongado; Tipo IV - pele morena ou mais escura, bronzeia-se facilmente e as queimaduras solares são raras; Tipo V - Pele morena escura, queimaduras solares são raras ou nunca se queima; VI - Pele negra, insensível ao sol, nunca se queima e bronzeia profundamente.

Os resultados obtidos na classificação do tipo de pele foram: três docentes (18,7%) referiram pele tipo I, quatro (25%) tipo II, sete (43,7%) tipo III, enquanto dois (12,5%) tipo V. Quanto aos discentes: para o primeiro ano, três alunos (13%) eram do tipo I, três (13%) tipo II, 16 (69,5%) tipo III, um (4,3%) tipo IV. Segundo ano: 10 alunos (33,3%) eram do tipo II, 11 (36,6%) tipo III, 9 (30%) tipo IV. Terceiro ano, cinco (16,6%) tipo I, cinco (16,6%) tipo II, 12 (40%) tipo III, sete (23,3%) tipo IV, um (3,3%) tipo V. No quarto ano,

dois (8,3%) tipo I, sete (29,1%) tipo II, 11 (45,8%) tipo III, três (12,5%) tipo IV, enquanto um (4,1%) tipo V.

Quanto ao tempo de exposição diária ao sol, oito docentes (50%) relataram exposição aproximada de 1 hora, cinco (31,2%) 30 minutos, dois (12,5%) 4 horas, enquanto um (6,2%) 2 horas. Para a categoria discente, no primeiro ano: seis alunos (26%) 2 horas, seis (26%) 1 hora, quatro (17,3%) 30 minutos, dois (8,6%) 5 horas, um (4,3%) vinte minutos, enquanto um (4,3%) alegou não se expor ao sol e três (13%) não especificaram. No segundo ano: sete alunos (23,3%) 2 horas, seis (20%) 3 horas, quatro (13,3%) 1 hora, três (10%) trinta minutos, um (3,3%) 6 horas, um (3,3%) 4 horas, um (3,3%) quinze minutos e 7 (23,3%) não relataram. Para o terceiro ano foram obtidos os seguintes dados: seis sujeitos (20%) trinta minutos, seis (20%) 1 hora, cinco (16,6%) 2 horas, dois (6,6%) 3 horas, um (3,3%) 10 horas, um (3,3%) 5 horas, um (3,3%) quarenta minutos, um (3,3%) dez minutos e sete (23,3%) não informaram. No quarto ano, oito (33,3%) 2 horas, sete (29,1%) 4 horas, seis (25%) 3 horas, dois (8,3%) 6 horas, enquanto um (4,1%) 1 hora.

A média obtida para a categoria docente foi 0:45 minutos, enquanto para a categoria discente: primeiro ano, 0:44 minutos; segundo 1:11 minutos; terceiro 1:36 minutos e quarto 1:06 minutos. Evidenciou-se uma maior exposição ao sol pelos discentes e os horários de exposição variaram de 15 minutos a dez horas ao dia.

Quanto ao número do fator de proteção solar referido pelos sujeitos da pesquisa, os dados foram descritos e apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Número do fator de proteção solar utilizado por docentes e discentes do curso de graduação em Enfermagem de uma faculdade do interior paulista, 2007

Nº do Fator	Fotoproteção									
	15	%	25	%	30	%	45	%	60	%
Docentes	5	31,2	-	-	7	43,7	1	6,2	2	12,5
Discentes 1º. ano	1	4,3	2	8,6	11	47,8	5	21,7	-	
Discentes 2º. ano	2	6,6	4	13,3	15	50,0	5	16,6	-	
Discentes 3º. ano	3	10,0	3	10,0	12	40,0	6	20,0	2	6,6
Discentes 4º. ano	4	16,6	4	16,6	9	37,5	1	4,1	1	4,1

Quanto ao hábito de se bronzear, na categoria docente: três sujeitos (18,7%) referiram sim, enquanto 13 (81,3%) não. Discentes do primeiro ano: nove

sujeitos (39,1%) se bronzeavam, enquanto 14 (60,9%) não; segundo ano: 12 sujeitos (40%) sim, 18 (60%) não; terceiro ano: 10 sujeitos (33,3%) sim, enquanto

20 (66,6%) não, e para o quarto ano: 16 sujeitos (66,6%) sim, enquanto oito (33,3%) não. Estes dados estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 - Horários de sol evitados por docentes e discentes do curso de graduação em Enfermagem de uma faculdade do interior paulista, 2007

Horários	Horários de sol evitados durante o dia											
	11 às 14hs	%	12 às 16hs	%	10 às 12hs	%	12 às 18hs	%	Nenhum horário	%	Não justificou	%
Docentes	-	-	6	37,5	5	31,2	-	-	1	6,2	4	25,0
Discentes 1º. ano	2	8,6	11	47,8	-	-	1	4,3	-	-	9	39,1
Discentes 2º. ano	6	20,0	5	16,6	11	36,6	-	-	-	-	8	26,6
Discentes 3º. ano	-	-	9	30,0	4	13,3	-	-	4	13,3	13	43,3
Discentes 4º. ano	3	12,5	11	45,8	2	8,3	-	-	3	12,5	5	20,8

A exposição ao sol entre as 10 e 16 horas deve ser evitada, no entanto, este período não foi citado pelos sujeitos do estudo. A adoção de medidas protetoras envolve hábitos diários à exposição dos raios UVA e UVB. Visa prevenir/evitar os efeitos negativos e cumulativos do sol, exposição ao calor e luz em quaisquer ambientes, como em casa, na rua, no trabalho ou na praia. São medidas essenciais à manutenção da saúde e a uma pele mais saudável.^{15,17}

Os filtros solares protegem a pele dos efeitos nocivos da radiação solar, podendo ser físicos ou de barreira, funcionando com substâncias opacas que refletem e dispersam a luz, além de filtros químicos cuja ação ocorre através da absorção dos raios ultravioletas.^{4,6,13,14} Todo filtro solar tem um número que determina o seu FPS que pode variar de 2 a 60 (em produtos comercializados no Brasil). O FPS mede a proteção contra os raios UVB, responsáveis pela queimadura solar, mas não medem a proteção contra os raios UVA. O fator mínimo para uma proteção adequada é o FPS 15, aplicando o filtro generosamente sempre 20 a 30 minutos antes de se expor ao sol, com reaplicação a cada 2 horas.⁴

O bronzeamento artificial é uma prática adotada atualmente. Para este aspecto os resultados revelaram que entre os docentes: 14 (87,5%) já haviam se submetido ao procedimento, enquanto dois (12,5%) não. No grupo de discentes do primeiro ano: 23 alunos alegaram que não, no segundo ano: 29 (96,6%) não, enquanto um (3,3%) sim. No terceiro ano: 28 alunos (93,3%) não e dois (6,6%) sim, e no quarto ano, 23 alunos (95,8%) não haviam se submetido a essa prática, apenas um (4,1%).

A fotoproteção durante as viagens de carro também é necessária. Para os docentes foram obtidas as seguintes respostas: 10 pessoas (62,5%) alegaram que sim, enquanto seis (37,6%) não. Na categoria discente, referiram proteger-se 13 alunos (56,5%) do primeiro ano, 18 (60%) do segundo, 14 (46,6%) do terceiro e 19 (79,1%) do quarto. Entre os alunos que referiram não se proteger, 10 (43,4%) eram do primeiro ano, 12 (40%) do segundo ano, 16 (53,3%) do terceiro ano e cinco (20,8%) do quarto ano.

O auto-exame da pele é fundamental para observação e saúde da mesma. Quanto a este aspecto, dos docentes: oito pessoas (50%) relataram realizá-lo, enquanto oito (50%) não. Entre os discentes: no primeiro ano 22 alunos (95,6%) não o realizavam e apenas um (4,3%) sim. Segundo ano: 27 alunos (90%) não e três (10%) sim. No terceiro ano, 20 sujeitos (66,6%) não, enquanto 10 (33,7%) sim; quarto ano, 20 alunos (83,3%) declararam que não e quatro (6,6%) sim.

Dentre os docentes, 12 (75%) gostariam de aprender o auto-exame da pele, enquanto quatro (25%) não. Para o grupo de discentes do primeiro ano: 19 alunos (82,6%) referiram que gostariam de aprendê-lo, enquanto quatro (17,3%) não. Segundo ano: 25 alunos (83,3%) sim e cinco (16,6%) não. No terceiro ano: 16 alunos (53,3%) sim, 14 (46,6%) não, enquanto para os alunos do quarto ano: 17 (70,8%) sim e apenas sete (29,1%) não.

Considerando-se o número de sujeitos da pesquisa, 89 pessoas (72,3%) consideraram importante o auto-exame da pele, enquanto 34 (27,7 %) não.

Buscando identificar se a renda mensal, pessoal ou familiar possibilitava a aquisição do filtro solar, 15

docentes (93,7%) referiram não ter dificuldade para a aquisição, enquanto um sujeito (6,3%) sim. Os discentes cuja renda familiar possibilitava a compra do filtro solar foram 21 pessoas no primeiro ano (91,3%), 21 (70%) no segundo, 26 (86,6%) no terceiro e 22 (91,6%) no quarto. Entre aqueles cuja renda mensal da família não permitia a compra de filtro solar, dois (8,6%) eram do primeiro ano, nove (10%) do segundo, quatro (13,3%) do terceiro e dois (8,3%) do quarto ano. Do montante de sujeitos do estudo, apenas 18 pessoas (14,6%) referiram dificuldade para a aquisição do filtro solar.

Os fatores impeditivos para o uso do filtro solar, alegados pelos sujeitos do estudo foram: deixa a pele oleosa 20 (16%); irrita a pele 13 (10,8%); causa irritação ocular 3 (2,8%); escorre sobre a pele 4 (5,0%); preço elevado do produto 9 (7,4%); desconhecimento da fotoproteção 7 (5,8%); falta de hábito 55 (44%); outros fatores 11 (9,2%).

Houve prevalência de falta de hábito segundo os sujeitos da pesquisa, reforçando, portanto, que além do conhecimento é necessária a conscientização quanto ao uso do filtro solar e sua aplicação diariamente.

Quando interrogados sobre a ação e os efeitos do filtro solar sobre a pele, os resultados para a categoria docente demonstraram que 14 pessoas (87,5%) souberam descrevê-las, enquanto duas (12,5%) não. Entre os discentes do primeiro ano: 15 alunos (65,2%) souberam, enquanto oito (34,8%) não; no segundo ano: 23 alunos (76,6%) sim, enquanto sete (23,3%) não; no terceiro ano: 25 (83,3%) sim e cinco (16,6%) não, e no quarto, ano 21 (87,5%) sim e três (12,5%) não.

Aos sujeitos da pesquisa foi perguntado se achavam que a população em geral adotava comportamento protetor em relação à pele: 14 docentes (87,5%) opinaram que não, enquanto dois (12,5%) sim. Quanto aos discentes: 18 (78,3%) do primeiro ano, 28 (93,3%) do segundo, 29 (96,6%) do terceiro e 24 do quarto alegaram que a população não adota comportamento protetor. Enquanto cinco (21,7%) do primeiro ano, dois (6,7%) do segundo e um (3,3%) do terceiro opinaram que sim.

Quanto à importância do tema da pesquisa, a opinião dos sujeitos do estudo está representada na Tabela 4.

Tabela 4 - Valor atribuído à pesquisa pelos docentes e discentes do curso de graduação em Enfermagem de uma faculdade do interior paulista, 2007

Nível educacional	Opinião	muito importante		relevante		pouco relevante		Total	
		%	%	%	%				
1º ano	10	8,1%	10	8,1%	2	1,6%	1	0,8%	18,6%
2º ano	20	16,3%	10	8,1%	-	-	-	-	24,4%
3º ano	20	16,3%	10	8,1%	-	-	-	-	24,4%
4º ano	11	9,0%	12	9,8%	1	0,8%	-	-	19,6%
Docentes	7	5,7%	8	6,5%	1	0,8%	-	-	13,0%
Total	68	55,4%	50	40,6%	4	3,2%	1	0,8%	100%

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exposição aos raios UV tem efeito patogênico e concorre para o desenvolvimento do câncer de pele, cuja prevalência aumenta no mundo todo, principalmente por efeitos cumulativos. Programas de prevenção de cânceres de pele podem aumentar conhecimentos gerais e específicos das pessoas, assim como as atitudes acerca das desvantagens à exposição solar e os benefícios da fotoproteção. As recomendações incluem o uso de cremes e roupas protetoras, a

permanência em áreas de sombra, não exposição ao sol entre 10 e 16 horas da tarde e uso correto do protetor solar.

O perfil sócio-demográfico da população estudada mostrou prevalência de indivíduos da raça branca, sexo feminino, católicos, procedentes da região de Catanduva-SP e com faixa etária entre 17 e 62 anos; classificação tipo II e III quanto à pele, predominantemente jovens. Os resultados mostraram poucas diferenças nos hábitos, comportamentos e

crenças, considerando-se o conhecimento de senso comum e a formação escolar das duas populações estudadas.

A maioria dos sujeitos referiu hábito de exposição ao sol, embora sem a adoção freqüente de comportamento protetor e/ou uso de acessórios contra o sol, além de uso inadequado do filtro solar. Portanto, vulneráveis a apresentar câncer de pele futuramente, considerando-se os efeitos cumulativos para este tipo de doença.

No entanto, ficou evidenciada a importância e relevância do tema, a necessidade da prevenção e adequada fotoproteção, bem como a aquisição de maiores

conhecimentos e orientações por meio de campanhas e programas educacionais à população.

Alguns sujeitos relataram dificuldade para aquisição do filtro solar, a falta de hábito e conhecimentos específicos sobre a fotoproteção pela população brasileira, demonstrando também a forte influência dos conhecimentos de senso comum no comportamento individual e coletivo. Como os significados são internalizados pelas pessoas por meio das interações sociais e aprendidos e reproduzidos no convívio social, ressalta-se a importância e a necessidade dos conhecimentos científicos e de sua prática na vida atual.

REFERÊNCIAS

1. Temperatura do Planeta aumentará 4 graus até 2100 diz a ONU. [acesso em 2007 abr 23]. Disponível em: http://www.adur-rj.org.br/5com/pop-up/humanidade_responsabilizada_aq_global.htm
2. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Radiação. Prevenção e detecção. Fatores de risco. [acesso em 2007 jun 12]. Disponível em: www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=21.
3. Os perigos da radiação ultravioleta do sol. [acesso em 2007 maio 14]. Disponível em: http://www.achetudoeregiao.com.br/animais/radiacao_ultravioleta.htm
4. Boletim informativo do GBM. Dermatologia Net. [acesso em 2007 jun 15]. Disponível em: <http://www.dermatologianet/cancer/espinoelular.htm>
5. Saladi RN, Persaud AN. The cause of skin cancer: a comprehensive review. *Drugs of today*. 2005; 41(1):37-53.
6. Kristjánson S, Ullén H, Helgason AR. The importance of assessing the readiness to change sun-protection behaviours: a population-based study. *European J Cancer*. 2004; 40:2773-80.
7. Vallarelli AFA. Prevenção do câncer de pele: criação de um banco de dados obtidos através do exame dermatológico numa comunidade holandesa no Brasil. [dissertação]. Campinas: Universidade de Campinas UNICAMP; 2002.
8. Menck CFM, Armelini MG, Lima-Bessa KM. On the search for skin gene therapy strategies of xeroderma pigmentosum disease. *Current Gene Therapy*. 2007; 7(3):163-74.
9. Schuchter L. Melanoma e tumores cutâneos não-melanomas. In: Goldman L, Ausiello D. *Tratado de medicina interna*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p.1445-50.
10. Questões Ambientais. O que é a camada de ozônio? [acesso em 2007 ago 28]. Disponível em: <http://www.org.br/informacoes/questoes-ambientais/camada/ozonio/index.cfm>.
11. Capella MAM. Radiação solar. [acesso em 2007 ago 28]. Disponível em: <http://hps.infolink.com.br/uv solar/#17>.
12. Landman G. Calor em 2007 pode acelerar o surgimento do câncer de pele. [acesso em 2007 fev 27]. Disponível em: http://www.Activacomunicacao_servidorpublico
13. Dermatologia online. Carcinoma espinocelular. [acesso em: 2007 jun 15]. Disponível em: www.dermatologiaonline/cancer/espinoelular.htm.
14. Tripp MK, Herrmann NB, Parcel GS, Chamberlain RM, Gritz ER. Sun protection is fun! A skin cancer prevention program for preschools. *J School Health*. 2000; 70(10):395-401.
15. Mahon SM. Skin cancer prevention: education and public health issues. *Seminars in Oncology Nursing*. 2003; 19(1):52-61.
16. Fitzpatrick TB, Bologna JL. Adapted from Human melanin pigmentation In: Zuze L, Chedeckel MR, Fitzpatrick TB, editores. *Melanin: its role human photoprotection*. Overland Park KS: Valdenmar Publishing CO; 1995.
17. Menck CFM, Armelini MG. On the search for skin gene therapy strategies of xeroderma pigmentosum disease. *Current Gene Therapy*. 2007; 7(3):163-174.

TRIAGEM NEONATAL OU TESTE DO PEZINHO: CONHECIMENTO, ORIENTAÇÕES E IMPORTÂNCIA PARA A SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO¹

NEONATAL SCREENING OR PKU TEST: KNOWLEDGE, ORIENTATION AND IMPORTANCE TO HEALTH OF NEWBORNS

SELECCIÓN NEONATAL O TEST DEL PIECITO: CONOCIMIENTO, ORIENTACIONES E IMPORTANCIA PARA LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO

Jacqueline Garcia de Oliveira,* Daniela Sandrini,* Daniele Colombo da Costa, * Antonia de Fátima Z. Serradilha,** Maria Cláudia Parro***

Resumo

A Triagem Neonatal ou Teste do Pezinho consiste em um exame preventivo para várias doenças metabólicas, realizado no período neonatal, entre o terceiro e o sétimo dia de vida do recém-nascido, depois de iniciada a amamentação, idealmente no quinto dia de vida. O objetivo geral do estudo foi verificar se as gestantes de uma Unidade Básica de Saúde de um município do interior paulista receberam orientações sobre a Triagem Neonatal ou Teste do Pezinho e sua importância para a saúde do recém-nascido. Os objetivos específicos foram: identificar em qual período gestacional as orientações foram recebidas e por qual profissional de saúde; verificar qual a expectativa das gestantes em relação ao procedimento. Pesquisa exploratória, descritiva e quantitativa. Foram sujeitos 42 gestantes e a coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2006, por meio de entrevista estruturada e utilizando um instrumento de coleta de dados previamente elaborado. Entre os resultados encontrados, 52% das gestantes referiram não possuir conhecimento sobre o exame, 95% não conheciam o período ideal para realização do mesmo e 93% não receberam nenhuma orientação. Conclui-se através dos resultados obtidos, a necessidade dos médicos e enfermeiros, durante as consultas pré-natais, de orientar e informar as gestantes sobre a importância de realizar o Teste do Pezinho logo após o nascimento do bebê, visando à detecção precoce de doenças genéticas e metabólicas que podem levar ao retardo mental.

Palavras-chave: Triagem Neonatal. Gestantes. Recém-Nascido.

Abstract

The neonatal screening or PKU test consists of a preventive examination to several metabolic diseases, made in the neonatal period between third and seventh day of newborn's life, after beginning breast-feeding, ideally on the fifth day of life. The general objective of the study was to verify whether the pregnant women of a Health Basic Unity of a city in the interior of the state of Sao Paulo received orientation about the Neonatal Screening or PKU test, and its importance to newborn's health. The specific objectives were: checking the pregnant women's expectative in relation to the procedure. Exploratory, descriptive, and quantitative research. The individuals were 42 pregnant women, and the data collection was accomplished during the period of June and August, 2006, through structured interview, and using a previously elaborated data collection instrument. Among the obtained results, 52% of the pregnant women referred not having any knowledge about the test, 95% do not know the ideal period to accomplish the test, and 93% have not received any orientation about the test. Thus, it may be concluded through the results that it is necessary physicians and nurses provide during the prenatal examinations the orientation about the importance of the PKU test be accomplished right after the baby is born, so that genetic and metabolic diseases, which can lead to mental retardation, can be detected precociously.

Keywords: Neonatal Screening. Pregnant Women. Infant, Newborn.

Resumen

La selección neonatal o test del piecito consiste en un examen preventivo para varias enfermedades metabólicas, realizado en el período neonatal, entre el tercer y el séptimo día de vida del recién nacido después de iniciada la lactancia, idealmente en el quinto día de vida. El objetivo general del estudio ha sido averiguar si las embarazadas de una Unidad Básica de Salud de un municipio del interior paulista han recibido orientaciones sobre la Selección Neonatal o Test del Piecito y su importancia para la salud del recién nacido. Los objetivos específicos han sido: identificar en cual período de la gestación las orientaciones se han recibido y por cual profesional de salud; averiguar cual la expectativa de las embarazadas en relación al procedimiento. Investigación exploratoria, descriptiva y cuantitativa. Han sido sujetos 42 embarazadas y la recolección de datos se ha realizado en el período de junio a agosto de 2006, por medio de entrevista estructurada y utilizando un instrumento de recolección de datos previamente elaborado. Entre los resultados encontrados, el 52% de las embarazadas han hecho referencia a no poseer conocimiento sobre el examen, el 95% no conocen el período ideal para la realización del mismo y el 93% no han recibido ninguna orientación. Se ha concluido a través de los resultados obtenidos, la necesidad de los médicos y enfermeros, durante las consultas prenatales, de orientar e informar las embarazadas sobre la importancia de la realización del Test del Piecito tras el nacimiento del bebé, visando la detección precoz de enfermedades genéticas y metabólicas que pueden llevar al retardo mental.

Palabras clave: Tamizaje Neonatal. Mujeres Embarazadas. Recién Nacido.

¹ Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva – SP.

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

** Mestranda em Ciências da Saúde pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS-UNIFESP). Docente das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), no Curso de Graduação em Enfermagem. Contato: serradilha@itelefonica.com.br

*** Mestre em Enfermagem Fundamental. Docente das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), no Curso de Graduação em Enfermagem. Contato: mcparro@gmail.com

INTRODUÇÃO

Triagem indica a ação primária de testes aplicados em uma população cujos indivíduos apresentam alta probabilidade de desenvolver determinadas patologias.¹

A Triagem Neonatal (TN) é feita por meio do Teste do Pezinho, um exame obrigatório, gratuito e essencial à saúde do recém-nascido, pois tem a finalidade de rastrear patologias na população de zero a trinta dias de vida. Este tipo de teste permite o tratamento precoce específico e a diminuição das seqüelas associadas a cada doença.^{1,2,3,4}

Com uma punção na região lateral direita ou esquerda da superfície plantar do bebê é possível retirar algumas gotas de sangue para a realização de exame preventivo, cujo objetivo é evitar a instalação de doenças como a Fenilcetonúria e o Hipotireoidismo congênito, dentre outras, capazes de levar à deficiência mental. Assintomáticas até geralmente os seis meses de idade, se não tratadas, essas doenças podem causar sérios danos à saúde do recém-nascido, inclusive deficiência mental grave e irreversível.^{1,2}

O exame pode ser realizado a partir de 48 horas até trinta dias após o nascimento. Recomenda-se realizá-lo entre o 3º. e 7º. dia, idealmente no 5º. dia de vida do recém-nascido, pois os resultados são menos precisos ou confiáveis fora dessa data.⁴

Para a realização correta do exame alguns requisitos são fundamentais: momento da coleta, local de punção, posição do recém-nascido e preenchimento dos cinco círculos do papel filtro.⁵ Ainda é significativo o número de amostras mal coletadas que podem ocasionar erros como hemólise, insuficiência ou excesso de sangue, ressecamento, envelhecimento e comprometimento.⁶

Os procedimentos de coleta incluem a verificação imediata da qualidade da amostra coletada. O profissional de saúde deve observar o papel filtro contra a luz e verificar se o círculo possui aspecto translúcido na região molhada com o sangue. Este deverá estar espalhado de forma homogênea e ter atravessado o papel filtro. O círculo deve estar totalmente preenchido em ambos os lados. O problema da coleta inadequada gera um resultado insatisfatório e nova coleta deverá ser realizada.⁷

Em 2001, o Ministério da Saúde do Brasil criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) visando,

progressivamente, atender cerca de 3,5 milhões de recém-nascidos em todo o país, diagnosticando, dessa forma, deficiência na função da tireóide ou Hipotireoidismo e Fenilcetonúria. Um em cada 3 a 4 mil recém-nascidos podem apresentar estas anomalias genéticas.^{4,7}

A Fenilcetonúria é causada por falta de uma substância (enzima) que transforma a fenilalanina (aminoácido) em tirosina e, ao ocasionar acúmulo de fenilalanina, pode afetar o cérebro da criança e levar à deficiência mental. Crianças portadoras da doença nascem normais, mas à medida que recebem alimentos ricos em fenilalanina, passam a acumulá-la no corpo sem conseguir metabolizá-la. A freqüência desta doença é de um caso em cada 10 mil recém-nascidos.^{1,2}

A suspeita diagnóstica se faz quando o nível de fenilalanina no sangue for acima de 20 mg/dL e o nível de tirosina no plasma for normal ou reduzido. A causa mais comum de aumento de fenilalanina no sangue do recém-nascido é uma circunstância transitória chamada tirosinemia transitória. Nesta condição ocorre aumento tanto de tirosina como de fenilalanina por atividade inadequada da enzima que age sobre a tirosina e é dependente de vitamina C. Isto ocorre principalmente em recém-nascidos prematuros (embora também possa ocorrer em recém-nascidos normais) porque as vias metabólicas da fenilalanina só se desenvolvem a partir dos últimos meses da gravidez. A tirosinemia transitória geralmente regride, não implicando nos mesmos riscos da Fenilcetonúria.^{1,2}

A Triiodotironina (T3) e a Tiroxina (T4) são hormônios produzidos pela glândula tireóide, fundamentais para a regulação da produção e consumo de energia pelo organismo humano. Na fase intra-uterina estimulam o processo de crescimento e desenvolvimento, influenciando decisivamente a maturação do sistema nervoso central. A sua deficiência leva a um quadro clínico bem definido - o Hipotireoidismo - que pode ser adquirido em vida através de alterações auto-imunes, inflamatórias ou infecciosas, e também antes do nascimento, quer por alterações genéticas, ou alterações ambientais e do organismo materno.^{1,2}

O Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN, do Ministério da Saúde, afirma que crianças com menos de 48 horas de vida não

ingeriram proteína suficiente que garanta a detecção segura de doenças como a Fenilcetonúria.⁷

A prematuridade é um fator restritivo na triagem da Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Assim, a amostra de sangue deverá ser coletada normalmente conforme os procedimentos adotados, porém, deverá ser repetida após 90 dias do nascimento para triagem de outras doenças.⁷

A pesquisa sobre TN ou Teste do Pezinho foi iniciada em 1961 pelo professor Robert Guthrie, nos Estados Unidos. Ele desenvolveu a primeira metodologia para dosagem de fenilalanina em amostras de sangue seco coletado em papel-filtro, tornando decisivo o processo de disseminação da Triagem Neonatal para o diagnóstico de diversas doenças.⁸

No Brasil, a realização do Teste do Pezinho teve início em 1976, quando o professor Benjamin Schmidt criou o projeto pioneiro de triagem neonatal para Fenilcetonúria na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo (APAE-SP). Dez anos mais tarde, a mesma instituição dava início à triagem neonatal para o Hipotireoidismo congênito.^{9,10}

Atualmente, existem 32 serviços de referência em 24 estados brasileiros e no Distrito Federal, credenciados pelo Ministério da Saúde e aptos a realizar o teste e o tratamento das doenças que fazem parte deste programa. Embora o teste seja obrigatório por lei federal desde 1992, ainda não alcança a totalidade dos recém-nascidos, pois cerca de 1,5 milhões de bebês ainda não passam pela triagem neonatal.³

A versão ampliada do Teste do Pezinho é capaz de detectar até 45 doenças e identificar várias outras antes que seus sintomas se manifestem. Exames complementares também podem ser realizados com o sangue do papel filtro do Teste do Pezinho.^{2,9,10}

O Teste do Pezinho Expandido visa detectar precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas que poderão causar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. Trata-se, no entanto, de um recurso sofisticado e ainda bastante caro, não disponível na rede pública de saúde.^{2,10}

Este teste envolve a associação dos métodos convencionais por meio da revolucionária metodologia de Espectrometria de Massas em Tandem (MS/MS)

permitindo mostrar que a incidência global, ou seja, o somatório das incidências de todas as doenças detectadas neste teste torna-se mais expressivo: um recém-nascido afetado em cada 1.500 recém-nascidos rastreados, quando comparada às incidências individuais de cada doença testada.

O diagnóstico precoce poderá permitir o tratamento de determinadas doenças ou modificar a sua evolução, levando, assim, a uma melhor qualidade de vida ao recém-nascido.^{11,12,13}

O Teste do Pezinho Expandido reduz o número de resultados falso-positivos, permite a análise das Acilcarnitinas (somente possível pela Espectrometria de Massas em Tandem), viabiliza o diagnóstico da Deficiência de Acil-CoA Desidrogenase de Cadeia Média (MCAD) em neonatos e possibilita a detecção da Fenilcetonúria em amostras de crianças a partir de oito horas de vida.^{11,12,13,14}

A coleta do material para o teste do pezinho é realizada através da punção do calcâneo do bebê com lanceta estéril. As gotinhas de sangue obtidas são absorvidas por papel filtro, especialmente desenvolvido para este fim. Este teste está indicado para todos os recém-nascidos, uma vez que a maioria dos casos detectados não tem história familiar e crianças assintomáticas podem apresentar doenças metabólicas hereditárias.^{2,3,4}

Desse modo, este estudo visa contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico na enfermagem sobre a TN ou Teste do Pezinho, no contexto da qualidade da assistência na educação em saúde. É fundamental que os profissionais de saúde, especialmente no caso da enfermagem, ampliem e atualizem seus conhecimentos técnico-científicos sobre o tema, a fim de que o transmitam de forma clara e sistematizada às gestantes. Além disso, devem dominar as técnicas de coleta do material de forma a evitar desconforto ao recém-nascido e preocupação dos pais.

Os pais, por sua vez, devem ser conscientizados quanto à importância da realização do Teste do Pezinho logo após o nascimento de seus bebês, a fim de que, em caso de confirmação diagnóstica para alguma doença, o tratamento seja iniciado precocemente, evitando possíveis danos à saúde ou ao desenvolvimento da criança.

OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo foi verificar se as gestantes de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do interior paulista receberam orientações sobre a TN ou Teste do Pezinho e sua importância para a saúde do recém-nascido.

Os objetivos específicos foram: identificar em qual período gestacional as orientações foram recebidas e por qual profissional de saúde; verificar qual a expectativa das gestantes em relação ao procedimento.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, quantitativa, realizada em uma UBS de um município do interior paulista, com gestantes em diferentes períodos gestacionais e que consentiram em participar da pesquisa segundo a resolução do CONEP nº 196/96, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram sujeitos 42 gestantes e a coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2006.

Foi realizada uma entrevistada estruturada com cada gestante, por meio de um instrumento de coleta de dados previamente elaborado, composto por quatro partes: I-Perfil sociográfico; II-Conhecimento das gestantes sobre o teste; III-Orientações recebidas pelas gestantes, profissional orientador e fase do período gestacional; IV-A expectativa das gestantes em relação ao procedimento.

Os dados foram analisados de forma estatística, por meio de frequências simples e apresentados de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, buscou-se identificar o perfil sócio-gráfico das 42 gestantes que colaboraram com o estudo. Predominaram as gestantes na faixa etária de 19 a 28 anos (69%), seguida da faixa etária de 29 a 37 anos (21%). Apenas 10% das gestantes entrevistadas tinham 18 anos ou menos. Quanto ao número de filhos, 83% tinham um filho ou nenhum e 17% de 2 a 3 filhos. A idade gestacional revelou que 55% estavam no 3º trimestre de gravidez, 24% no 2º. e 21% no 1º. trimestre.

De acordo com o grupo étnico, 60% eram brancas, 33% pardas e 7% negras. Quanto à escolaridade, os dados mais significativos mostraram que 38% possuíam Ensino Médio completo, 24% apenas o Ensino Fundamental incompleto e 19% o Ensino Fundamental completo. Das gestantes entrevistadas, 55% consideraram-se "do lar" e 42% afirmaram possuir alguma atividade remunerada.

A renda familiar revelou que 69% encontravam-se na faixa de 2 a 4 salários mínimos; 14% referiram um salário mínimo ou menos e 14% afirmaram renda de 5 ou mais salários mínimos. Diante da renda, apresentam-se também os dados referentes ao número de residentes na mesma casa: 67% referiram de três a cinco pessoas, 24% 2 pessoas ou menos e apenas 9% de seis a oito pessoas.

Levantamento realizado em um hospital infantil do município de Natal (RN), mostrou que das 50 gestantes entrevistadas, 76% pertenciam à faixa etária de 15 a 26 anos de idade; 52% possuíam Ensino Médio completo e 46% Ensino Fundamental incompleto; 42% tinham rendimento familiar entre 2 e 3 salários mínimos; 60% referiram a categoria "do lar" como ocupação.¹⁵

Em relação à TN ou Teste do Pezinho, 52% das 42 gestantes entrevistadas neste estudo referiram não possuir conhecimento sobre o exame, contra 48% que afirmaram conhecê-lo. Do total de gestantes entrevistadas, 95% não conheciam o período ideal para realização do exame.

Segundo a Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal,¹⁶ o momento adequado para a coleta deve ser superior às 48 horas de alimentação protéica (amamentação), não ultrapassando 30 dias. O período ideal deve ser entre o 3º. e o 7º. dia de vida do recém-nascido.

A não realização do exame no período estipulado torna tardio o diagnóstico e possibilita o desenvolvimento de doenças congênitas ou infecciosas que, se não forem tratadas no início, podem causar sérios danos à saúde do bebê, inclusive retardo mental grave e irreversível.^{17,18}

Sobre o local para realização do exame, 67% afirmaram ser o Posto de Saúde; 17% referiram ser o Hospital, 9% relataram tanto o Posto de Saúde quanto o Hospital e apenas 7% afirmaram não saber. Ainda quanto ao exame, 43% das gestantes afirmaram que

para realização do mesmo há necessidade de encaminhamento médico.

Estudo realizado em um hospital infantil do município de Natal (RN) constatou que o exame era do conhecimento de 68% das gestantes, enquanto 32% desconheciam-no; 34% das gestantes afirmaram que o exame é feito para saber se a criança apresentará alguma doença futuramente e 21% afirmaram que é para a prevenção de doenças.¹⁵

Outro estudo também realizado no município de Natal (RN) referiu que as mães sabiam que deveriam fazer o exame, porém não conheciam o motivo para realização do mesmo.¹⁹

Pode-se observar que é expressivo o número de gestantes entrevistadas que desconhecem o exame, porém é mais expressivo ainda o fato de que 93% delas não receberam orientações quanto à importância da TN ou Teste do Pezinho. Apenas três (7%) das gestantes receberam orientações sobre o exame e destas, duas receberam-nas do médico durante o pré-natal e uma em um cursinho para gestantes. Duas gestantes receberam as orientações no início da gestação e uma não soube relatar quando.

Quando levantadas as expectativas das gestantes em relação à TN ou Teste do Pezinho, 93% delas manifestaram desejo de acompanhar seus bebês. Sobre a possibilidade do exame ser doloroso para o bebê, 55% acreditavam que sim, 40% achavam que o exame não é doloroso para o bebê e apenas 5% não souberam dizê-lo.

Estudos já realizados mostram que um dos fatos da mãe não levar o filho à Unidade de Saúde ou ao Hospital para realização do exame é o sentimento de pena, pois acreditam que o procedimento seja doloroso para o bebê.¹⁹

Como visto, o Teste do Pezinho tem como finalidade detectar doenças que podem ser tratadas, minimizando sua repercussão sobre a saúde da criança. O fato de ser considerado um método passível para o diagnóstico precoce dessas doenças garante o desenvolvimento biopsicossocial da criança de maneira saudável.

O enfermeiro tem participação importante no PNTN porque é o profissional que interage mais

ativamente com a clientela-alvo, a mãe e o recém-nascido, desde o pré-natal, nas UBS.

Portanto, suas ações compreendem: informar, esclarecer e orientar as gestantes sobre o exame, o método e o período da coleta, sua importância, finalidade e patologias passíveis de serem prevenidas. Também deve esclarecer as gestantes sobre seus direitos quanto à realização do exame.^{5,15}

A técnica correta de coleta das amostras de sangue para realização do Teste do Pezinho é um procedimento específico do enfermeiro. O profissional também deverá estar ciente do quê e por que fará a coleta.

A ficha deverá ser preenchida corretamente, pois é nela que se encontram as informações necessárias sobre a criança e, caso haja a reconvocação para repetição do exame devido a problemas técnicos ou resultados alterados, a localização da mãe será imediata e eficiente. É importante o preparo psicológico da mãe e, se possível, esta deve participar do momento da coleta, segurando o recém-nascido no colo.^{5,15}

A desinformação, tanto por parte dos profissionais como dos pais, pode influenciar a não realização do teste, bem como nos resultados. Algumas consequências da desinformação podem ser observadas e "mal entendimentos" serem relatados pelos pais, como o medo de machucar o bebê ou de acreditar que já tenha sido feito o teste no recém-nascido por conta do "carimbo do pé" (impressão plantar rotineiramente realizada na maternidade) e, por conseguinte, não se dirigirem ao posto de coleta após a alta da maternidade.¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações educativas devem permear os serviços de enfermagem nas instituições de saúde. A educação em saúde propicia conhecimentos, instrui e oferece informações que permitem às pessoas decidirem e procederem racionalmente em relação a sua saúde, bem como daqueles sob sua influência.

Os resultados obtidos demonstraram baixa compreensão das gestantes entrevistadas acerca do exame. A noção de que a Triagem Neonatal pode auxiliar na prevenção de seqüelas de doenças crônicas, como a

Fenilcetonúria e o Hipotireoidismo congênito, não estava bem estabelecida entre a maioria dos participantes deste estudo. Pôde-se observar que as mulheres, em sua maioria, quando questionadas em relação à necessidade do teste, não possuíam informações suficientes ou satisfatórias sobre o mesmo.

Frente aos dados apresentados, acredita-se que este estudo contribui para o reconhecimento das ações a serem implementadas, favorecendo a disseminação de medidas de autocuidado a gestantes, puérperas e ao

recém-nascido por meio de estratégias adequadas de comunicação.

Orientar as gestantes durante as consultas pré-natais sobre a finalidade do Teste do Pezinho é dever de todos os profissionais da saúde. É necessária a atualização periódica desses profissionais, especificamente do enfermeiro, pois informações atualizadas sobre o exame são essenciais, tendo em vista a importância do mesmo e o teor de desinformação das gestantes observado neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Garcia M, Ferreira EAP, Oliveira FPS. Análise da compreensão de pais acerca do teste do pezinho. *Rev Bras Cresc Desenvol Hum*. 2007; 17(1).
2. APAE – Araraquara-SP. O que é o teste do pezinho. [acesso em 2008 jan 03]. Disponível em: <http://www.natalvoluntarios.org.br/tempo/tempo11/cartilhatextotestedopezinho.pdf=teste=do=pezinho/&hl=pt-BR&ct=clnk8>
3. Silva MBGM, Lacerda MR. Teste do pezinho. Por que coletar na alta hospitalar? *Rev Eletr Enf*. 2003; 5(2):60-4. [acesso em 2008 jan 03]. Disponível em: <http://www.fenufg.br/revista>.
4. Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal. Triagem. [acesso em 2006 mar 02]. Disponível em: <http://www.sbtn.org.br/>
5. Luz GS, Carvalho MDB, Pelloso SM, Higarasshi IH. Teste do pezinho: nível de conhecimento de profissionais da saúde sobre a coleta de material. [monografia]. Maringá (PR): Universidade Estadual de Maringá, Paraná; 2002.
6. Fundação Ecumênica de proteção dos Excepcionais. Erros na coleta de sangue. [acesso em 2006 fev 10]. Disponível em: <http://www.fepe2005.net/site/>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
8. Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal. A sociedade: histórico. [acesso em 2006 mar 31]. Disponível em: http://www.sbtn.org.br/sociedade/historico_sociedade.cfm
9. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo. Prevenir a deficiência, facilitar o bem estar e a inclusão social da pessoa deficiente mental. [acesso em 2008 fev 20]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/mesa_3_participacao_da_sociedade_civil_maria_lidia_braidatto_apae.pdf
10. Instituto da Tiróide. A importância do teste do pezinho para a saúde do recém nascido. [acesso em 2008 fev 10]. Disponível em: http://www.indatir.org.br/teste_pezinho.htm
11. Wilcken B. Recent advances in newborn screening. *J Inherit Metab Dis*. 2007; 30(2):129-33.
12. Kayton A. Newborn screening: a literature review. *Neonatal Netw*. 2007; 26(2):85-95.
13. Cipriano LE, Rugar CA, Zaric GS. The cost-effectiveness of expanding newborn screening for up to 21 inherited metabolic disorders using tandem mass spectrometry: results from a decision-analytic model. *Value Health*. 2007; 10(2):83-97.
14. Han LS, Ye J, Qiu WJ, Gao XL, Wang Y, Gu XF. Selective screening for inborn errors of metabolism on clinical patients using tandem mass spectrometry in China: A four-year report. *J Inherit Metab Dis*. 2007; 30(4):507-14.
15. Torres GV, Torres SMSO, Viana MCO. Neonatologia. Triagem Neonatal em um Hospital Infantil Municipal de Natal/RN. *Rev Nursing Bras*. 2005; 83(8):185-89.
16. Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal. Triagem: passo a passo. [acesso em 2006 mar 02]. Disponível em: <http://www.sbtn.org.br/triagem/passoapasso.cfm>
17. Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal. Triagem: o que é? [acesso em 2006 mar 02]. Disponível em: <http://www.sbtn.org.br/triagem/oquee.cfm>
18. Rio de Janeiro (Estado). Secretaria de Saúde e Defesa Civil. Educando para prevenir. Saúde da criança. O teste do pezinho. [acesso em 2006 mar 30]. Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/Guia_sus_cidadao/pg_26.shtml
19. Delgado LV, Barros T. Confira o que voluntários estão fazendo em prol do Teste do Pezinho. [acesso em 2006 set 05]. Disponível em: <http://www.natalvoluntarios.org.br/tempo/tempo11/confira.asp>

Fonte: http://margerydaw.files.wordpress.com/2008/05/florence_nightingale_lady_of_the_lamp.jpg



Artigos de Revisão

COMPETÊNCIAS ÉTICAS EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DA LITERATURA

ETHICAL SKILLS IN NURSING: A LITERATURE REVIEW

CAPACIDADES ÉTICAS EN ENFERMERIA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Susana Pacheco*

Resumo

O estudo é uma revisão da literatura referente a estudos realizados, relacionados com a temática do desenvolvimento de competências éticas nos estudantes de enfermagem. Em traços gerais, podemos concluir que a literatura analisada aponta para um aumento da capacidade de raciocínio ético ao longo do curso. No entanto, segundo alguns estudos, nota-se uma maior frequência de comportamentos não éticos. Daí a pertinência e importância do tema.

Palavras-chave: Enfermagem. Ética. Estudantes. Educação. Competências.

Abstract

The study is a literature review on studies developed that address ethical skills development in nursing students. To resume, we can conclude that studies point to an increase in ethical reasoning as the student goes forward in the program. Although, in some studies there is an evidence of increase in no ethical behaviours, which makes this theme very pertinent and important.

Keywords: Nursing. Ethics. Students. Education. Skills.

Resumen

El estudio es una revisión de la literatura que hace referencia a estudios realizados, relacionados con la temática del desarrollo de competencias éticas en los estudiantes de enfermería. De modo general, podemos concluir que la literatura analizada señala a un aumento de la capacidad de razonamiento ético a través del curso. Sin embargo, según algunos estudios, se nota una mayor frecuencia de comportamientos no éticos. Por este motivo es importante y oportuno reflexionar sobre el tema.

Palabras clave: Enfermería. Ética. Estudiantes. Educación. Competencias.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a questão do desenvolvimento de competências morais e éticas nos estudantes de enfermagem não é nova. De fato, são vários os autores que se dedicaram ao estudo do desenvolvimento moral dos estudantes ao longo do curso de enfermagem.

Estudo realizado¹ com base na teoria desenvolvida por Kohlberg comprova a importância do desenvolvimento moral para a prestação de cuidados de enfermagem, considerando-o como um pré-requisito e sugerindo alterações no processo educativo. Considera, ainda, que o contexto educativo deve valorizar a autonomia de pensamento e a iniciativa por parte dos estudantes.

Nesse sentido, é importante e útil efetuar uma revisão da literatura existente no âmbito das competências morais e éticas do ensino de enfermagem, com o objetivo de conhecermos melhor estudos já realizados, além de verificar quais outros seriam necessários.

REVISÃO DE LITERATURA: CONCEITO E FINALIDADES

A revisão da literatura relacionada com um determinado tema tem, efetivamente, a principal finalidade de reunir conhecimentos no sentido de conhecer os estudos e a informação existentes, de modo a ajudar o investigador a centrar sua atenção em um problema particular e a formular perguntas de investigação.

* Enfermeira, Mestre em Teologia e Ética da Saúde, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada, S. Miguel, Açores, Portugal. Contato: spacheco@notes.uac.pt

Uma investigação correta não existe no vazio e, para que os dados da investigação sejam úteis, devem constituir um desenvolvimento ou um aprofundamento dos conhecimentos e teorias prévias e abrir espaço para atividades de investigação posteriores. Deste modo, a revisão da literatura permite compreender o que já é conhecido acerca de um determinado tema, fornecendo a base a partir da qual devem ser desenvolvidos novos conhecimentos.

No entanto, as investigações já efetuadas sobre uma temática não devem desencorajar nenhum investigador a aprofundar conhecimentos sobre um assunto que lhe interessa e que ele considera útil, uma vez que não há dois estudos iguais.

Deste modo, alguns autores² consideram que existem formas mais adequadas para fazer uma correta revisão da literatura, com o que concordamos, uma vez que se a mesma for efetuada de uma forma ordenada poderá ajudar bastante o pesquisador. Assim, o pesquisador deverá começar por identificar muito bem os conceitos e conhecimentos que devem ser procurados e levantar as referências potenciais através de uma busca nas bibliotecas e na Internet. Em seguida, deverá separar o que considera importante para o seu estudo e retirar o que acha ser irrelevante ou inapropriado. Depois, o pesquisador deve ler o que selecionou e fazer anotações, aproveitando para identificar novas referências através de citações dos vários autores. Finalmente, deve organizar as referências e redigir a revisão da literatura feita.

Porém, “[...] os pesquisadores qualitativos, às vezes deliberadamente, evitam uma busca profunda na literatura, antes da entrada em campo, para impedir que suas investigações sejam orientadas pelos pensamentos anteriores sobre o tópico”.²

METODOLOGIA

Tendo em conta todos os aspectos a que nos referimos, consideramos importante fazer uma revisão da literatura existente sobre o tema das competências éticas nos estudantes de enfermagem, por ser um assunto bastante atual e pertinente, sobre o qual se devem aprofundar conhecimentos e que se reveste de um interesse especial para nós, enquanto enfermeiros e professores.

Começamos por pesquisar várias bases de dados na Internet, procurando temas relacionados com palavras-chave que incluíam: *nursing, nursing ethics, nursing students, nursing education, ethics, ethical competences* e outras. As bases de dados pesquisadas foram: Medline, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Education Resources Information Center (ERIC)*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Nursing & Allied Health Collection*, *British Nursing Index*, *Fuente Academica* e *Mediclatina*.

Consideramos como critérios de inclusão:

- estudos realizados com estudantes de enfermagem ou enfermeiros;
- estudos que fizessem referência a questões éticas, problemas éticos ou dilemas éticos;
- estudos relativos ao desenvolvimento de competências morais e éticas nos estudantes de enfermagem;
- estudos realizados a partir do ano 2000, por considerarmos que as transformações a nível do ensino, das concepções de enfermagem, da ética como disciplina e dos próprios dilemas éticos não justificavam pesquisa anterior à data referida;
- estudos feitos por autores de referência e que achamos importante consultar, tais como Kohlberg, Rest, Gilligan, Munhall e outros; e
- a revisão da literatura existente em Portugal não teve por base limite o tempo, uma vez que, por ser a realidade onde trabalhamos, importa-nos conhecer de forma aprofundada estudos realizados na área do desenvolvimento de competências éticas nos estudantes de enfermagem. Por isso, na pesquisa feita em Portugal, tivemos o cuidado de procurar apenas estudos bem delimitados ao tema das competências morais e éticas.

Quanto à pesquisa eletrônica realizada, em que foram encontrados cerca de 650 artigos e seis teses de mestrado ou doutorado, selecionamos também apenas os trabalhos que consideramos mais relacionados com o nosso objeto de estudo.

Começaremos, pois, por referir os trabalhos estrangeiros para, posteriormente, citarmos de forma específica os trabalhos realizados em Portugal, pelo que

aparecerão segundo esta lógica e não ordenados cronologicamente.

ESTUDOS EM PAÍSES ESTRANGEIROS

Na França, em 2000, um estudo de doutorado³ teve como principal objetivo procurar compreender como se constrói a competência ética ao longo da vida profissional, desde a formação às experiências profissionais, colocando em relevo variáveis significativas que poderiam influenciar o seu desenvolvimento. Concluiu, entre muitos outros aspectos, que a formação desenvolvia competências, permitindo uma melhor identificação de dilemas éticos, o que ia aumentando progressivamente ao longo do curso de enfermagem.

Outro estudo⁴ realizado em 2000 com 100 estudantes de enfermagem na Coreia teve como objetivos: analisar os tipos e frequências dos dilemas éticos percebidos pelos estudantes de enfermagem, analisar o raciocínio feito pelos estudantes de enfermagem nas tomadas de decisão ética e avaliar as suas decisões. Foram 45 alunos no semestre de 1995 e 55 no semestre de 1996, aos quais foi ministrado um curso de 2 créditos (26 horas) em ética de enfermagem, cujos conteúdos foram os seguintes: bioética, orientações profissionais para a prática da enfermagem, teorias e princípios éticos, eutanásia, transplantes, ordens de não reanimar, consentimento informado, aborto, investigação experimental em humanos e tomada de decisão ética.

No estudo foi pedido aos estudantes para fazerem uma descrição informal de um dilema ético que tivessem encontrado na sua aprendizagem clínica e também foram dados casos para que eles os analisassem de acordo com o modelo de análise que lhes foi fornecido.

Os autores utilizaram métodos quantitativos e qualitativos: os métodos quantitativos foram usados para medir os tipos e frequências de dilemas éticos contidos nas descrições feitas pelos estudantes e calcular as frequências de acordo com o Código de Ética; os métodos qualitativos foram usados para avaliar as regras e princípios éticos aplicados e a tomada de decisão nos casos específicos. A avaliação foi efetuada de acordo com os seguintes critérios: o estudante estava sensibilizado para identificar os problemas éticos? O estudante aplicou racionalmente os princípios, as normas e o Código de Ética

ao tomar a decisão? Estava presente o sentido de obrigação moral na decisão tomada pelo estudante?

Os resultados obtidos foram os seguintes: os dilemas éticos identificados com maior frequência relacionavam-se com o abandono dos doentes incuráveis por parte das famílias e com o não dizer a verdade ao doente; os alunos aplicaram o Código de Ética dos Enfermeiros Coreanos; os princípios e regras mais aplicados foram a veracidade, o respeito pela vida e a não maleficência; a maioria dos estudantes considerou fundamental o bem-estar dos doentes e os estudantes tentaram usar as suas capacidades críticas e reflexivas.

Em 2001, foi realizado um estudo⁵ com 73 estudantes de enfermagem, com o objetivo de perceber qual era a experiência dos estudantes em problemas éticos envolvendo a prática de enfermagem e em usar um modelo de tomada de decisão. Os autores concluíram que a maioria dos problemas éticos com que os estudantes se deparavam se relacionava com a equipe de enfermagem (medicamentos e tratamentos inapropriados, qualidade dos cuidados, comportamentos perigosos, obrigar os doentes a se alimentarem e violação da confidencialidade). No que se referiu à utilização de um modelo de tomada de decisão ética, 85% dos estudantes considerou que este tinha utilidade.

Em 2002, foi realizado um estudo longitudinal⁶ no Reino Unido com estudantes de enfermagem, cujos objetivos foram: identificar e comparar os valores e o raciocínio ético dos estudantes de enfermagem no princípio e no final do curso, e fazer recomendações sobre o ensino da ética nos currículos de enfermagem. O método de coleta de dados foi um questionário com 29 questões de escolha múltipla e cinco vinhetas descrevendo dilemas éticos em cuidados de saúde para os estudantes escolherem a decisão entre várias alternativas e justificarem a sua posição. As respostas às vinhetas foram agrupadas em categorias pelos dois pesquisadores trabalhando independentemente e, posteriormente, comparadas para assegurar consistência. Os autores concluíram que a habilidade dos estudantes para pensarem numa perspectiva ética progredia à medida que se tornavam mais maduros como pessoas e como profissionais.

Também em 2002, na Turquia, um estudo⁷ pretendeu saber a opinião dos estudantes sobre os conteúdos de ética de enfermagem nos currículos dos cursos, os métodos de avaliação e as características dos professores. A maioria dos estudantes considerou que as discussões de estudos de casos, usando princípios éticos, aspectos legais e o Código de Ética Internacional para Enfermeiros eram muito úteis para o desenvolvimento de competências para a tomada de decisão ética. Os autores enfatizaram a necessidade de formação nos estudantes de enfermagem no sentido deles desenvolverem competências para a tomada de decisão ética.

Em 2003, Park e colaboradores⁸ repetiram um estudo feito em 2001⁵ com o objetivo de responder a duas questões: qual é a experiência dos estudantes de enfermagem em problemas éticos envolvendo a prática de enfermagem? Qual é a experiência dos estudantes de enfermagem no uso de um modelo de tomada de decisão ética? O novo estudo foi efetuado com 97 estudantes e a metodologia utilizada foi uma combinação do que os autores denominaram de "pesquisa ética" com a fenomenologia.

A "pesquisa ética" incluiu: ética descritiva, que significa examinar um problema ético; ética normativa, que orienta sobre a forma de resolver melhor e de maneira mais racional um problema ético; e meta-ética, que significa analisar os princípios, os significados, a lógica do raciocínio ético e os conceitos éticos, tais como "boa enfermeira" e "boa pessoa". Quanto à fenomenologia, cada estudante descreveu um problema ético e escolheu um dos cinco modelos de tomada de decisão ética propostos.^{5,8}

Dos 97 problemas éticos, emergiram cinco categorias:

1. problemas éticos envolvendo os profissionais de saúde: relacionados com discrepâncias entre o que os estudantes aprendiam e a prática; situações em que os enfermeiros não administravam terapêutica adequadamente; casos em que os enfermeiros não prestavam cuidados de qualidade; situações em que os doentes eram tratados como máquinas e sem a sua privacidade respeitada; atitudes dos enfermeiros com os alunos na presença dos doentes ou da família e problemas relacionados com atitudes dos médicos;

2. problemas éticos envolvendo a qualidade de vida e o morrer;

3. problemas relacionados com o comportamento dos doentes;

4. problemas envolvendo doenças contagiosas; e

5. outros problemas éticos.

A categoria mais representativa foi a dos profissionais de saúde (69%). Da experiência dos estudantes relacionada com problemas éticos salientaram-se: os conflitos entre os seus valores e a prática e incertezas quanto às atitudes a tomar; a resolução dos conflitos (alguns adotavam uma atitude passiva, outros resolviam os conflitos de uma forma assertiva e outros, ainda, resolviam os problemas evitando ofender os profissionais de saúde) e a reflexão sobre a forma como os resolveram.

No que respeita ao uso de um modelo de tomada de decisão, 94% dos estudantes consideraram que ajudou. Finalmente, os autores fizeram uma comparação dos resultados coreanos e americanos, sugerindo algumas implicações para a educação, a prática e a pesquisa em ética de enfermagem, concluindo sobre necessidade de mais estudos neste âmbito.

Na Finlândia, foi realizado em 2004, um estudo⁹ com os objetivos de descrever o raciocínio moral dos estudantes de enfermagem finlandeses entre o primeiro e o último ano do curso e compreender como o ensino da ética influenciava o seu desenvolvimento. O instrumento de coleta de dados utilizado foi o *Defining Issues Test* (DIT), desenvolvido por Rest, baseado na teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg.

Os resultados mostraram que os estudantes do último ano possuíam um raciocínio moral mais elevado do que os do primeiro ano e recorriam mais vezes ao pensamento baseado em princípios; os estudantes que demonstravam um nível de raciocínio moral mais elevado eram os que tinham-se deparado com dilemas éticos durante a aprendizagem clínica. Os autores concluíram que as diferenças entre os dois grupos eram estatisticamente significativas.

Em 2004, foi realizado um estudo¹⁰ com o objetivo de descrever o raciocínio ético dos estudantes finalistas num curso de licenciatura em enfermagem. Para isso, os pesquisadores pediram aos estudantes que fizessem registros diários durante a aprendizagem clínica

que, posteriormente, analisaram numa perspectiva qualitativa. Entre outros aspectos, concluíram que os registos permitiam o crescimento dos estudantes, uma vez que articulavam os seus valores e crenças, fazendo-os compreender a importância de os incorporar na prática. Os autores referem, ainda, que os estudantes finalistas conseguiam fazer a descrição completa de uma situação e como esta se relacionava com a prática ética.

Existem também autores que se preocuparam com o desenvolvimento moral dos estudantes de enfermagem, no sentido de compreenderem alguns comportamentos pouco éticos por parte daqueles. Baxter e Boblin¹¹ no Canadá fizeram uma reflexão teórica sobre as razões que podem conduzir a um comportamento não ético por parte dos estudantes de enfermagem, com base nas teorias de Kohlberg, Rest e Gilligan.

Nos Estados Unidos da América, Langone,¹² após comprovar a existência de inúmeros estudos que encontraram correlação entre práticas não éticas dos estudantes e o seu comportamento posterior como enfermeiros, considerou importante “instilar o sentido da ética em todos os estudantes de enfermagem”, pelo que desenvolveu um programa intitulado HIRRE (honestidade, integridade, respeito, responsabilidade e ética). Este programa consiste num código de honra, assinado pelos estudantes e, caso não o cumpram, são sujeitos a diferentes punições.

ESTUDOS EXISTENTES EM PORTUGAL

Em Portugal, estudo¹³ de 1991 comparou os métodos utilizados por Kohlberg e Rest para avaliação do desenvolvimento moral e experimentou uma tradução portuguesa do teste de Rest (Minnesota) numa amostra transversal constituída por 109 crianças, 69 jovens, 123 estudantes universitários e 49 adultos. Concluiu que aquela tradução pode ser usada na investigação moral portuguesa, uma vez que os dados portugueses foram consistentes com a teoria de Rest. Porém, os autores recomendavam alguma cautela na utilização da tradução portuguesa, essencialmente por considerarem que a amostra por eles utilizada não foi significativa nem representativa. Além disso, na opinião deles¹³ “[...] a avaliação do desenvolvimento moral de um indivíduo fornece uma reconstrução racional da ontogénese do

seu raciocínio moral, *nunca* uma medida do valor moral desse indivíduo.” Efetivamente, concordamos com os autores uma vez que, como tão claramente afirmaram, todas as pessoas merecem o mesmo valor e consideração.

Em 1995, um estudo¹⁴ procurou saber como é que os estudantes de enfermagem projetaram (no início e no fim do curso) a sua prática futura como enfermeiros e se o curso de enfermagem promovia ou não o seu desenvolvimento moral. Após analisar todos os dados obtidos, o estudo chegou a várias conclusões, entre elas a de que “o curso tem um impacto reduzido, ou talvez nulo, no desenvolvimento sócio-moral dos estudantes”. Neste sentido, aconselhava uma intervenção curricular e fazia algumas reflexões que consideramos fundamentais, relacionadas, inclusive, com o fato de parecer que, apesar das escolas de enfermagem em Portugal terem feito algum esforço de inovação curricular em 1991 (em que o ensino de enfermagem passou a integrar o ensino superior), “a abordagem das questões éticas em enfermagem não se refletiu no desenvolvimento dos estudantes”.¹⁴

Apesar de considerarmos que os dados obtidos neste estudo¹⁴ não devem nem podem ser generalizados, ele apresenta algumas sugestões que, em nossa opinião, continuam a ser bastante atuais e pertinentes, entre as quais evidenciamos as seguintes: promover discussões com os estudantes sobre códigos de ética em enfermagem (na época o estudo salientava a sua inexistência em Portugal, aspecto que já foi ultrapassado, desde a criação da Ordem dos Enfermeiros e da publicação dos seus Estatutos e do Código Deontológico em 1998), direitos dos utentes e legislação existente; promover reuniões de grupos que ofereçam aos estudantes oportunidades de apresentarem dilemas vivenciados por eles e utilizar nestas discussões os recursos teóricos adequados.

Em 1999, foi realizado um estudo¹⁵ com a finalidade de saber quais eram, e que características possuíam, as concepções de enfermagem dos enfermeiros prestadores de cuidados há, pelo menos, cinco anos. Tentou ainda perceber o desenvolvimento do raciocínio sócio-moral dos respectivos enfermeiros e estudou as relações entre desenvolvimento sócio-moral na perspectiva de Kohlberg e concepções dos enfermeiros sobre a sua profissão. A amostra era

constituída por todos os enfermeiros ligados à prestação de cuidados com mais de cinco anos de serviço, dos hospitais distritais de Évora, Beja e Portalegre. Entre as sugestões propostas pelo estudo, destacamos que as escolas de enfermagem promovessem o desenvolvimento sócio-moral dos seus estudantes e investissem na estruturação do curso superior de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a leitura e reflexão de todos os estudos que encontramos na pesquisa realizada pudemos verificar que, de uma forma geral, o raciocínio ético dos estudantes de enfermagem aumenta ao longo do curso e que a discussão de dilemas éticos, reais ou fictícios, bem como a utilização de modelos de tomada de decisão ajudam muito.

Um aspecto que também gostaríamos de evidenciar, com base nas leituras realizadas, é que os estudantes se deparavam, geralmente, com problemas éticos dos mais diversos, desde os relacionados com os profissionais de saúde àqueles que diziam respeito aos doentes ou às famílias.

Como pudemos também concluir da reflexão feita sobre os variados estudos e trabalhos, verificamos a presença de alguns comportamentos menos éticos, o que tem vindo a aumentar nas últimas décadas.

Por tudo isso, consideramos que o desenvolvimento de competências éticas nos estudantes de enfermagem é um aspecto fundamental. Assim, é importante a realização de mais estudos nesta área e em diferentes contextos.

REFERÊNCIAS

1. Munhall PL. Moral development: a prerequisite. *J Nursing Education*. 1982; 21:1-15.
2. Sini-Bertholet C. Du jugement à la construction de la compétence éthique en soins infirmiers. Rôle de la formation initiale et de l'expérience professionnelle. [acesso em 2008 fev 10]. Disponível em: <http://membres.lycos.fr/christianesini/Doctorat/Glossaire.pdf>.
3. Pollit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
4. Han Sung-Suk, Ahn Sung-Hee. An Analysis and evaluation of student nurses participation in ethical decision making. *Nursing Ethics*. 2000;7(2):113-23.
5. Cameron ME, Schaffer M, Park Hyeoun-Ae. Nursing students' experience of ethical problems and use of ethical decision-making models. *Nursing Ethics*. 2001; 8(5):432-47.
6. Nolan PW, Market D. Ethical reasoning observed: a longitudinal study of nursing students. *Nursing Ethics*. 2002; 9(3):243-58.
7. Dinç L, Görgülü RS. Teaching ethics in nursing. *Nursing Ethics*. 2002; 9(3):259-68.
8. Park Hyeoun-Ae, Park HA, Cameron ME, Han SS, Ahn SH, Oh HS, Kim KU. Korean nursing student's ethical problems and ethical decision making. *Nursing Ethics*. 2003; 10(6):638-53.
9. Auvinen J, Suominen T, Leino-Kilpi H, Helkama K. The development of moral judgement during nursing education in Finland. *Nurse Education Today*. 2004; 24(7):538-46.
10. Callister LC, Ravert P, Stoneman E, Matsumura G. Ethical reasoning in capstone students. *Intern J Human Caring*. 2004; 8(2):54-60.
11. Baxter PE, Boblin SL. The moral development of baccalaureate nursing students: understanding unethical behavior in classroom and clinical settings. *J Nursing Education*. 2007;46:20-7.
12. Langone M. Promoting integrity among nursing students. *J Nursing Education*. 2007; 46(1):45-7.
13. Lourenço O, César M. Teste de definir valores morais de James Rest: pode ser usado na investigação moral portuguesa? *Análise Psicológica*. 1991; 2(9):185-92.
14. Ribeiro LF. Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Lisboa: Educa-Formação, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1995.
15. Lopes MJ. Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações. Lisboa: Gráfica 2000; 1999.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO DE UROLOGIA¹

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE TO PATIENTS OF UROLOGY AMBULATORY

SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A USUARIOS DEL AMBULATORIO DE UROLOGÍA

Anamaria Alves Napoleão,* Flávia Carolina Pereira Barcellos,** Patricia Akemi Kawai**

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar e discutir acerca das necessidades de cuidado de pacientes urológicos atendidos ambulatorialmente de modo a contribuir para a implementação/aperfeiçoamento da sistematização da assistência de enfermagem. Foi realizada uma revisão da literatura utilizando as bases de dados Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature on Line* (MEDLINE), além de consulta a livros-texto. Foram identificados 46 artigos e dentre esses, seis encontravam-se na íntegra e quatro foram analisados, pois atendiam aos objetivos do estudo. Conclui-se que existe um pequeno número de trabalhos disponíveis nessa temática e mais especificamente voltados para o atendimento ambulatorial. Sugere-se que novos estudos abordando essa temática sejam realizados, assim como a construção de instrumentos que auxiliem na obtenção de um conhecimento maior sobre as necessidades dos pacientes atendidos nos ambulatórios de urologia, com o intuito de contribuir para a estruturação do atendimento ambulatorial, sistematizar a assistência de enfermagem e proporcionar um cuidado individualizado e de qualidade a esta clientela.

Palavras-chave: Enfermagem. Urologia. Sistema Urogenital. Assistência ao Paciente. Cuidados de Saúde.

Abstract

This study aimed to identify and discuss about the necessities of care of urologic patients attended in ambulatory to contribute to the implementation / improvement of the nursing assistance systematization. A bibliographical review was performed on the databases Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) and Medical Literature on Line (MEDLINE), besides consultation at the texts books of nursing. The results showed that 46 articles were identified, among these, 6 articles were finding in the full text form. Four articles were analyzed considering the accordance to the objective of the study. Conclusions point to the small number of articles available in this theme and more specifically about to the ambulatory service. We suggest that new studies in this theme should be performed as well as the construction of instruments that can collaborate to the improvement of the knowledge about necessities of the patients attended on urologic ambulatory and to contribute to the structuring of the ambulatorial services, to the nursing assistance systematization and to the promotion of an individualized care and of quality to those patients.

Keywords: Nursing. Urology. Urogenital System. Patient Care. Health Care.

Resumen

El objetivo del estudio ha sido identificar y hablar sobre las necesidades de cuidado de los pacientes con anomalías urogenitales atendidos en la atención ambulatoria a fin de contribuir a la ejecución y mejora de la sistematización de la atención del servicio de enfermería. Se ha realizado una revisión de la literatura utilizando las bases de datos Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Medical Literature on Line (MEDLINE), además de la consulta el libros-texto. Se han identificado 46 artículos, entre estos, 6 artículos se encontraban enteros, de los cuales solamente 4 se han analizado pues se acercaban al tema. Hemos llegado a la conclusión de que hay un pequeño número disponible de documentos que identifican estas cuestiones y, más concretamente, hacia la atención ambulatoria. Sugerimos que se realicen nuevos estudios que hagan frente a esta temática así como la construcción de instrumentos que ayuden a obtener un mayor conocimiento sobre las necesidades de los pacientes con anomalías urogenitales atendidos en la atención ambulatoria con el fin de contribuir a la estructuración de atención ambulatoria, sistematizar la asistencia de enfermería e proporcionar una atención individualizada y de calidad a esta clientela.

Palabras clave: Enfermería. Urología. Sistema Urogenital. Atención al Paciente. Atención de Salud.

¹ Artigo elaborado na disciplina Estágio Curricular Supervisionado, área de interesse oferecida no Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem (DEnf) - Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) - SP.

* Professora adjunta do DEnf - UFSCar. Contato: anamaria@ufscar.br

** Discente do 4º ano do Curso de Graduação em Enfermagem - DEnf - UFSCar

INTRODUÇÃO

A função adequada do sistema urinário é essencial para a vida. A disfunção dos rins e do trato urinário inferior é comum e pode acontecer em qualquer idade com graus variados de intensidade.¹

Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU),² a urologia é a especialidade que trata as doenças do trato urinário e genital, as quais são muito comuns e podem acometer homens, mulheres e crianças. As principais doenças tratadas pelos profissionais envolvidos são: doenças da próstata (câncer de próstata, hiperplasia prostática benigna e infecções prostáticas); doenças do rim (tumores malignos, tumores benignos, trauma renal e cálculo renal); doenças da bexiga (tumores malignos, bexiga neurogênica e incontinência urinária); doenças do testículo (tumores malignos, infecções, varicocele, hidrocele, criptorquia); doenças do pênis (tumores malignos, uretrite, fimose).

Assim como em outras especialidades, os(as) enfermeiros(as) que atuam junto aos pacientes com alterações no sistema urinário devem estar atentos ao conhecimento necessário para avaliá-los adequadamente, formular diagnósticos de enfermagem, planejar, implementar os cuidados adequados e avaliar os resultados junto aos pacientes.

O Processo de Enfermagem (PE) é previsto na legislação brasileira como o instrumento metodológico de escolha para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Desta forma, constitui exigência legal e deve ser desenvolvido pelos enfermeiros quando do atendimento aos pacientes nos diferentes contextos.³

Ao desenvolver seu trabalho pautando-se nos princípios do PE, o profissional de enfermagem deve integrar os elementos do raciocínio crítico para fazer julgamentos e empreender ações baseadas neste raciocínio.^{4,5}

Em saúde, é imperioso conhecer os tipos de pacientes, suas necessidades, tipo de dependência e risco do estado de saúde.⁶ Em relação à enfermagem, a utilização do PE requer igualmente estudos que caracterizem os grupos de pacientes específicos e suas necessidades em saúde com vistas à organização dos serviços para possibilitar à enfermagem viabilizar a formulação e registro da coleta de dados, dos

diagnósticos de enfermagem individualizados, do planejamento (diagnósticos prioritários, resultados esperados e intervenções), do cuidado implementado e da avaliação do alcance dos resultados pelo paciente.

Desta forma, entende-se que estruturar os serviços de forma a viabilizar o desenvolvimento do PE, ou seja, de uma assistência de enfermagem sistematizada, que valorize o relacionamento interpessoal, a individualização do cuidado e a utilização de bases científicas, significa possibilitar obter junto aos pacientes melhores resultados.

Assim como no âmbito da saúde pública em que, para se conhecer os problemas prioritários há a necessidade de se coletar dados que possibilitem caracterizar qual ou quais problemas são prioritários e, assim, estabelecer programação de saúde que, depois de implantada deve ser acompanhada e avaliada,⁷ a enfermagem, nos diferentes serviços, necessita também conhecer os dados que caracterizam a população a que se destina atender com vistas ao levantamento das necessidades específicas de saúde e a uma melhor estruturação para o atendimento destas necessidades.

OBJETIVOS

Identificar possíveis necessidades de cuidado a pacientes urológicos atendidos ambulatorialmente.

Discorrer acerca das necessidades identificadas de modo a contribuir para a implementação/aperfeiçoamento da SAE aplicável em um ambulatório de urologia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão da literatura científica sobre as necessidades de cuidado de enfermagem para pacientes urológicos atendidos ambulatorialmente.

O levantamento dessas necessidades foi feito por meio da análise de artigos encontrados em bases de dados científicas da enfermagem e por meio de consulta a livros-texto da enfermagem, provenientes de acervo particular e da biblioteca comunitária da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Foi estabelecido que os livros consultados seriam os

publicados nos últimos cinco anos, observando as considerações feitas por Coutinho e Min,⁸ sobre os livros como fontes de informações.

O período de coleta e análise dos dados foi de maio a junho de 2008. Foram consultadas as bases de dados Literatura da América Latina e Caribe (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) (www.bireme.br) e *Medical Literature on Line* (MEDLINE), no sítio da PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>).

O estabelecimento das palavras-chave se deu a partir do uso dos descritores específicos das bases de dados consultadas. Os termos utilizados na LILACS e SciELO foram: *enfermagem* e *urologia*. Na MEDLINE, os descritores foram combinados com o objetivo de refinar a pesquisa e obter artigos específicos. Os termos utilizados foram *nursing*, *urologic patients*, *ambulatory* e *nursing, urologic, ambulatory*.

A seleção das referências foi realizada pelas autoras, após leitura dos resumos ou a partir do título quando o resumo não estava disponível. Foram selecionados artigos que se apresentavam nas línguas portuguesa, espanhola ou inglesa, sendo que houve um predomínio nos artigos da língua inglesa.

A consulta aos livros foi realizada por meio da consulta ao índice buscando conteúdos acerca dos distúrbios urológicos mais comuns, seus respectivos cuidados e atendimento ambulatorial.

A discussão sobre a elaboração de instrumentos mais específicos para a SAE (instrumento de coleta de dados, de diagnósticos de enfermagem e de avaliação) foi fundamentada principalmente pela leitura dos livros-texto, além de um trabalho de conclusão de curso orientado por uma das autoras do presente estudo.⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do levantamento bibliográfico encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos encontrados e selecionados segundo as bases de dados consultadas, 2008

Base de dados	Artigos levantados n	Artigos selecionados para análise n
LILACS	16	0
SciELO	2	2
MEDLINE/PubMed	28	4
Total	46	6

Através do levantamento bibliográfico foram identificados 16 artigos na base de dados LILACS, sendo que nove deles não traziam informações ou resumo e sete não abordavam o tema pesquisado, portanto não foi analisado nenhum artigo nessa base de dados. Na base de dados SciELO foram encontrados dois artigos na íntegra. Na MEDLINE foram analisados quatro artigos dentre os 28 artigos encontrados.

Dos seis artigos encontrados na íntegra, dois foram descartados, pois não traziam considerações acerca do tema pesquisado. Foram analisados, então, quatro artigos.

Um dos artigos tratava da incontinência urinária em mulheres e as restrições que esse distúrbio traz ao estilo de vida das mesmas. A incontinência urinária afeta a vida profissional, social, familiar, econômica, sexual e principalmente psicossocial das mulheres de todas as idades; afeta também a auto-estima, pois a mulher não sente vontade de sair de casa, ir a festas ou clubes, fazer viagens ou participar de atividades físicas.¹⁰

Os autores do estudo propõem que o cuidado de enfermagem deve focar-se na prevenção, no diagnóstico e na orientação do manejo adequado.¹⁰

A este respeito identificou-se ainda nos livros pesquisados que é importante avaliar as causas funcionais da incontinência e se existem situações que impeçam o paciente de ir ao banheiro, como o comprometimento da mobilidade e o uso de sedativos. A enfermagem deve planejar uma assistência com o objetivo de manter a continência o máximo possível, prevenir a solução de continuidade cutânea, reduzir a ansiedade e iniciar o programa de reeducação vesical.¹¹

Dois artigos tratavam da cirurgia ambulatorial. Um deles referia-se à preparação do paciente para a alta. O autor discorreu acerca de necessidades de saúde freqüentemente encontradas nos pacientes urológicos, os problemas com a imagem corporal por desconhecimento dos cuidados a serem realizados, disúria, hematúria e eventuais problemas com a micção, assim como ansiedade e desconforto.¹²

O segundo artigo não trazia considerações específicas sobre as necessidades de cuidados em urologia, entretanto, descrevia as principais intervenções cirúrgicas realizadas no ambulatório, tais como, biópsia testicular, postectomia, exérese de frênulo, implante de prótese peniana e fístula arteriovenosa.¹³

Em um dos livros pesquisados os autores discorreram acerca de pacientes submetidos à cirurgia e destacaram que a educação do paciente e dos familiares é essencial para auxiliar na compreensão da finalidade do procedimento, no conhecimento do que esperar antes e depois dele e dos cuidados a serem realizados em domicílio.¹

O ensino sobre o manejo da dor, os cuidados com os pontos cirúrgicos e com a manutenção de dispositivos como o cateter vesical de demora para pacientes da urologia deve ser garantido ao paciente e/ou seus familiares.¹

O último artigo analisado abordava as infecções do trato urinário (ITU). O autor afirmava que existem grupos com maiores riscos de desenvolver infecção do trato urinário, tais como os lactentes, mulheres grávidas, idosos, doentes com lesões na medula espinhal, diabéticos, portadores de HIV entre outros.¹⁴

Ainda este autor apontava as ITU como as infecções bacterianas mais comuns e as mulheres como mais propensas a adquirirem ITU do que os homens. Chamava a atenção ainda para o elevado custo que representam as ITU para os serviços de saúde.

Em relação às ITU, outros autores discorrem que a equipe de enfermagem deve estar atenta às possíveis complicações decorrentes das mesmas, tais como o risco aumentado de ocorrência de pielonefrite, parto prematuro, mortalidade fetal, além de sua associação com a insuficiência renal e doenças renais terminais entre os pacientes pediátricos.¹

Em relação aos pacientes idosos estes autores destacam que é necessário ainda atender-se para o fato de que nem sempre os sintomas típicos como polaciúria, urgência e disúria estão presentes. Ademais, as reinfecções freqüentes são comuns nesses pacientes.¹

De uma maneira geral, a enfermeira possui um papel importante no ensino dos pacientes sobre os regimes de medicamentos e sobre as medidas de prevenção das ITU.¹

Nos livros pesquisados, além da incontinência urinária e das ITU superior e inferior por diferentes causas, foram identificados como importantes problemas em urologia a retenção urinária, a bexiga neurogênica, o câncer de próstata, além das situações cirúrgicas que requerem cuidados pré e pós-operatórios, como prostatectomia, derivações urinárias, entre outros.^{1,11}

Apesar de, na maioria das vezes, não ter sido apontado na literatura consultada que a abordagem era especificamente voltada aos pacientes atendidos ambulatorialmente, considerou-se, especialmente diante da tendência atual de diminuição do tempo de permanência hospitalar, que os pacientes que apresentam um ou mais dos problemas acima citados podem demandar cuidados nos ambulatórios de urologia.

Para que a enfermagem possa oferecer um cuidado de qualidade aos pacientes diante das necessidades decorrentes dos problemas aqui abordados, é preciso que seus profissionais procedam ao planejamento do cuidado com base no levantamento completo do histórico de cada paciente, incluindo problemas prévios de saúde ou doenças e avaliação dos fatores de risco.¹

Nesse contexto, uma atuação eficiente por parte da enfermagem pressupõe o desenvolvimento de sua metodologia de trabalho, fundamentada no método científico e denominada PE.¹⁵ As cinco etapas seqüenciais e inter-relacionadas do processo de enfermagem, quais sejam, coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, integram as funções intelectuais de solução de problemas, com vistas a definir as ações de enfermagem.¹⁶

A legislação da enfermagem brasileira, quando estabelece a obrigatoriedade da SAE,³ pressupõe o desenvolvimento da prática de enfermagem de acordo

com os preceitos do PE, ou seja, é esperado que o(a) enfermeiro(a) colete dados e, a partir destes, identifique os diagnósticos de enfermagem, estabeleça os resultados esperados e as intervenções adequadas e passe à implementação do plano de cuidados e à avaliação do alcance dos resultados junto aos pacientes.

Diante do exposto, propõe-se que a abordagem junto ao paciente atendido no ambulatório de urologia deva ser fundamentada em uma teoria de enfermagem que, após estudos realizados, seja considerada, pela equipe, adequada ao perfil da clientela atendida e que seja pertinente às metas e objetivos da enfermagem local.

Em relação à coleta de dados, propõe-se que seja elaborado um instrumento para este fim com base na teoria de enfermagem escolhida pela equipe e que este instrumento, em seus aspectos mais específicos, contemple dados não somente biológicos, mas também sociais, espirituais e emocionais acerca do paciente e de seus familiares.

Pressupõe-se que, por vezes, importantes dados para o planejamento do cuidado relativos à idade, renda do paciente, estrutura familiar, condições de moradia, local da residência, ocupação, entre outros, já constem de seu prontuário, sendo desnecessário coletá-los em duplicata.

Outros dados mais gerais que devem ser buscados referem-se aos dados históricos, tais como, a existência de doenças crônicas, uso de medicamentos, experiência com cirurgias anteriores, entre outros.

No que é concernente aos dados atuais, sugere-se a identificação de sinais e sintomas que o paciente está apresentando, exames realizados e resultados, exames solicitados e se já há um diagnóstico médico realizado. É importante identificar o conhecimento que o paciente tem acerca do problema, se já está realizando algum tratamento e de que forma, se há algum procedimento já indicado e qual, se há dúvidas e sentimentos que o paciente gostaria de expressar e ainda qual a percepção da equipe acerca das necessidades relativas ao cuidado deste paciente e de seus familiares.

Sugere-se que o enfermeiro, a partir destes dados coletados, passe à formulação dos diagnósticos

de enfermagem em um impresso próprio. Até que a equipe de enfermagem do ambulatório de urologia possua dados suficientes para traçar um perfil de diagnósticos de enfermagem mais comuns nos pacientes atendidos, este formulário inicialmente poderia apresentar diagnósticos identificados na literatura, com um espaço livre que possibilitaria a inserção de novos diagnósticos. É importante que o formulário de registro de diagnósticos possibilite a inserção de fatores relacionados e características definidoras e não somente dos títulos.

Especialmente quando se utilizam impressos padronizados, deve-se ter sempre o cuidado de não tornar a formulação dos diagnósticos de enfermagem uma rotina realizada sem reflexão e sem base no pensamento crítico e raciocínio clínico. Ao contrário, esta atividade, deve constituir sempre mais uma oportunidade de individualização do cuidado por parte da equipe de enfermagem.

De um modo geral, os autores citam alguns diagnósticos de enfermagem que podem ser identificados junto aos pacientes com alterações urológicas, quais sejam, eliminação urinária prejudicada, perfusão tissular ineficaz renal, risco de infecção, dor aguda, distúrbio da imagem corporal, conhecimento deficiente, ansiedade, controle ineficaz do regime terapêutico, padrões de sexualidade ineficazes e disfunção sexual.^{1,11,17}

Podemos identificar ainda, na classificação dos diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, os diagnósticos incontinência urinária de esforço, de urgência, funcional, reflexa, total e risco de incontinência urinária de urgência, risco de baixa auto-estima situacional e outros que, a depender da avaliação do(a) enfermeiro(a), possam ser adequados aos diferentes pacientes atendidos.¹⁸

A partir dos diagnósticos de enfermagem formulados pelo(a) enfermeiro(a) a equipe de enfermagem possuirá um registro das necessidades dos pacientes de maneira individualizada. A equipe de enfermagem deve então, com base nos dados coletados e interpretados sob a forma de diagnósticos de enfermagem, passar ao planejamento do cuidado identificando quais são as prioridades a serem atendidas,

quais os resultados que espera para o paciente e quais as intervenções mais pertinentes a serem realizadas.

A avaliação dos pacientes poderia ser realizada de forma descritiva e/ou ainda a partir da indicação acerca da persistência ou não de cada um dos diagnósticos de enfermagem anteriormente escolhidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propõe-se, com o presente estudo, identificar as necessidades de cuidado de pacientes da urologia atendidos ambulatorialmente e discorrer acerca das necessidades identificadas de modo a contribuir para a implementação/aperfeiçoamento da SAE aplicável em ambulatórios de urologia.

A revisão da literatura científica foi uma ferramenta utilizada com o intuito de identificar, de uma maneira geral, quais eram as necessidades de saúde mais comuns entre estes pacientes. Identificou-se como potencialidade neste processo, a facilidade de acesso às bases de dados eletrônicas e como dificuldade o pequeno número de trabalhos disponíveis nessa temática e mais especificamente voltados para o atendimento ambulatorial.

Os artigos disponíveis e analisados, apesar de não se referirem especificamente ao atendimento ambulatorial, trouxeram contribuições ao conhecimento relativo a alguns cuidados pós-operatórios, inclusive os domiciliares. Contribuíram ainda ao conhecimento de distúrbios tais como a incontinência urinária e as ITU, seus sinais e sintomas, com abordagem dos mesmos como causadores de mudanças nos contextos profissional, social, familiar, econômico e psicossocial dos pacientes.

Os livros-texto foram úteis no sentido de reiterar quais os problemas urológicos mais comuns, além de

trazerem informações sobre o processo fisiopatológico das doenças e os cuidados de enfermagem específicos para cada uma delas. Trouxeram ainda considerações acerca da necessidade de uma abordagem do paciente que leve em conta sua integralidade, apresentando como base para o cuidado uma abordagem fundamentada no PE, o que contribuiu significativamente para a discussão acerca do que poderia constar nos instrumentos de coleta de dados e dos possíveis diagnósticos de enfermagem.

Como limitações do presente estudo, aponta-se o fato de ter sido realizada uma revisão bibliográfica, o que oferece a possibilidade apenas de uma estimativa em termos de necessidades de cuidado da clientela atendida em um ambulatório de urologia.

Como contribuições, o presente estudo discorre acerca das possíveis necessidades de cuidado dos pacientes que apresentam problemas geniturinários e das necessidades em termos de atuação da equipe de enfermagem, resgatando os preceitos do processo de enfermagem.

Sugere-se, de uma maneira geral, a realização de estudos nesta temática a fim de se obter um conhecimento maior sobre as necessidades dos pacientes atendidos nos ambulatórios de urologia. Mais especificamente, sugere-se estudos locais que objetivem levantar o perfil dos pacientes atendidos no ambulatório de urologia, com dados referentes aos aspectos sociais, biológicos e também dados mais subjetivos, referentes aos aspectos emocionais dos pacientes.

Entende-se que esses estudos constituem passos necessários no sentido de subsidiar a SAE, que pressupõe a individualização, a integralidade, além de um registro mais efetivo para a continuidade do cuidado, e que, desta forma, pode auxiliar na promoção de um cuidado de qualidade a esta clientela.

REFERÊNCIAS

1. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
2. Sociedade Brasileira de Urologia. [acesso em 2007 nov 09]. Disponível em: <http://www.sbu.org.br/site/1/noticiasAmbosPublicoGeral.php?ID=153&rest=1>
3. Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo (COREn-SP). Resolução COFEN n. 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. [on-line]. [acesso em 2008 fev 20]. Disponível em: <http://corensp.org.br/072005>
4. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
5. Alfaro-LeFevre R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
6. Massabó A, Canales M, Paredes L, De La Fuente P, Cobo V, Díaz R, Solís S. Clasificación de pacientes de atención ambulatoria en un centro hospitalario traumatológico. *Ciencia & Trabajo*. 2003;5(10):46-59
7. Laurenti R, Mello MHP, Lebrão ML, Gottlieb SLD. Estatística de saúde. 2ª ed. São Paulo: EPU; 2005.
8. Coutinho M, Min LS. Como ter acesso à literatura médica. In: Drummond JP, Silva E, Coutinho M. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2002. p.25-36.

9. Silva DA, Caldato VG. Plano geral de cuidados de enfermagem para a alta hospitalar do paciente submetido à cirurgia de próstata com base na ligação NANDA, NOC E NIC: a utilização de um formulário impresso. [trabalho de conclusão de curso]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2006.
10. Lopes MHBM, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. Rev Esc Enferm. USP [periódico na Internet]. 2006 mar [acesso em 2008 fev 14];40(1):34-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100005&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0080-62342006000100005.
11. Timby BK, Smith NE. Enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. São Paulo: Manole; 2005.
12. Gilmartin J. Day surgery: patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. J Clin Nurs. 2004; 13(2):243-50.
13. Pinto TV, Araújo IEM, Gallani MCB J. Enfermagem em cirurgia ambulatorial de um hospital escola: clientela, procedimentos e necessidades biológicas e psicossociais. Rev Latinoam. Enferm [periódico na Internet]. 2005 abr [acesso em 2008 fev 14]; 13(2):208-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200012&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-11692005000200012
14. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. Am J Med. 2002; 113(1):5-13, Supplement 1. [acesso em 2008 jan 15]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6TDC-466R80S-2/1/ce4edded35c382410aca2c28e6f4ec90>
15. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
16. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico de enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
17. Carpenito-Moyet LJ. Planos de cuidados de enfermagem e documentação. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
18. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2005.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: CONSEQÜÊNCIAS NA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ E NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL¹

POSTPARTUM DEPRESSION: CONSEQUENCES ON MOTHER-CHILD INTERACTION IN INFANT DEVELOPMENT

POSPARTO DEPRESIÓN: CONSECUENCIAS SOBRE LA MADRE Y LACTANTE INTERACCIÓN Y EL DESARROLLO DEL NIÑO

Daiane Alessandra de Oliveira Sgobbi,* Sinval Avelino dos Santos**

Resumo

O presente estudo teve por objetivo aprofundar conhecimentos sobre a depressão pós-parto e suas conseqüências na interação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil. Como metodologia utilizou-se cuidadosa revisão de literatura, sendo selecionados 15 artigos científicos extraídos na base de dados SciELO e LILACS, do período de 1999 a 2006, sendo analisados através de leitura na íntegra e os dados obtidos apresentados de forma descritiva. A depressão pós-parto é um transtorno mental que atinge 10 a 15% das mulheres no pós-parto. Provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Os estudos revisados mostram que a depressão pós-parto afeta a qualidade da interação mãe-bebê, especialmente em prejuízos na responsividade e afetividade materna, podendo favorecer ocorrências de negligência e abuso infantil. O estado depressivo da mãe à medida que afeta a qualidade da interação com o bebê, traz repercussões no desenvolvimento emocional e cognitivo da criança que mostra dificuldades de aprendizado, de manter interação social e regular seus estados afetivos. Tais conseqüências variam de acordo com a idade da criança, cronicidade do episódio depressivo materno e o estilo interativo da mãe deprimida. É preciso ressaltar as orientações, cuidados e as diversas situações que a mãe irá enfrentar após o parto junto ao bebê. Promover o apoio social é dever da família e dos profissionais envolvidos no cuidado humano. É fundamental que o enfermeiro tenha o conhecimento sobre a doença para auxiliar no diagnóstico e intervenções para mãe e filho.

Palavras-chave: Depressão. Depressão Pós-Parto. Desenvolvimento Infantil.

Abstract

The present study had for objective to deepen knowledge on the postpartum depression and their consequences in the interaction mother-baby and in the infantile development. As methodology was used careful literature revision, being selected 15 extracted scientific goods of SCIELO and LILACS, of the period of 1999 to 2006, being analyzed through reading in the it integrates and the data obtained presented in a descriptive way. The postpartum depression is a mental upset that it reaches 10 to 15% of the women in the postpartum. He/she provokes alterations emotional, cognitive, behavioral and physics. The revised studies show that the postpartum depression affects the interaction mother-baby's quality, especially in damages in the responsividade and maternal affectivity, could favor negligence occurrences and infantile abuse. The mother's depressive state as it affects the quality of the interaction with the baby, he/she brings repercussions in the child's emotional and cognitive development, this, shows learning difficulties, of maintaining social and regular interaction their affectionate states. Such consequences vary in agreement with the child's age, chronicity of the maternal depressive episode and the depressed mother's interactive style. It is necessary the orientations, cares and the several situations that the mother will face after the childbirth to stand out close to the baby, to promote the social support is to owe of the family and of the professionals involved in the human care. It is fundamental that the nurse has the knowledge on the disease to aid in the diagnosis and interventions for mother and son.

Keywords: Depression. Depression Postpartum. Child Development.

Resumen

El estudio presente ha tenido como objetivo profundizar el conocimiento sobre la depresión posparto y sus consecuencias en la interacción madre-bebé y en el desarrollo infantil. Como metodología se ha utilizado cuidadosa revisión de literatura, siendo seleccionados 15 artículos científicos extraídos en la base de datos de SCIELO y LILACS, del período de 1999 a 2006, que se analiza a través de lectura integral y los datos obtenidos presentados de una manera descriptiva. La depresión posparto es un trastorno mental que alcanza 10 a 15% de las mujeres en el posparto. Provoca las alteraciones emocionales, cognitivas, conductuales y físicas. Los estudios revisados muestran que la depresión de posparto afecta la calidad de la interacción madre-bebé, sobre todo en los daños y perjuicios en la responsabilidad y la afectividad materna, pudiendo favorecer ocurrencias de negligencia y el abuso infantil. El estado depresivo de la madre a medida que afecta la calidad de la interacción con el bebé, trae las repercusiones en el desarrollo emocional y cognitivo del niño que muestra dificultades de aprendizaje, de mantener la interacción social y regular sus estados afectuosos. Tales consecuencias varían según la edad del niño, la cronicidad del episodio depresivo materno y el estilo interactivo de la madre deprimida. Es necesario destacar las orientaciones, cuidados y las varias situaciones que la madre enfrentará después del parto junto al bebé, promover el apoyo social es deber de la familia y de los profesionales involucrados en el cuidado humano. Es fundamental que el enfermero tenga el conocimiento sobre la enfermedad para ayudar en el diagnóstico e intervenciones para la madre e hijo.

Palabras clave: Depresión. Depresión Posparto. Desarrollo Infantil.

¹ Artigo originado do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Universidade Paulista (UNIP), de Ribeirão Preto – SP.

* Enfermeira graduada pela Universidade Paulista de Ribeirão Preto – SP. Contato: daisgobbi@bol.com.br

** Enfermeiro, Mestre e Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Professor da Universidade Paulista (UNIP), de Ribeirão Preto - SP. Contato: sinval.avelino@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Depressão Pós-Parto (DPP) é um quadro clínico severo e agudo que requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico, pois devido à gravidade dos sintomas, há que se considerar a necessidade do uso de medicamentos.^{1,2}

A DPP acomete entre 10 a 15% das mulheres e pode se iniciar na primeira semana após o parto e perdurar por até dois anos. Há fatores de risco que vêm sendo estudados demonstrando uma alta correlação com a DPP, dentre eles: mulheres depressivas antes ou durante a gestação, com histórico de transtornos afetivos; mulheres que sofrem de TPM; que passaram por problemas de infertilidade; que sofreram dificuldades na gestação; submetidas à cesariana; primigestas; vítimas de carência social; mães solteiras; mulheres que perderam pessoas importantes, que perderam um filho anteriormente ou cujo bebê apresentava anomalias; que viveram em desarmonia conjugal ou que casaram em decorrência da gravidez.^{1,3}

As principais características da DPP são: aparecimento de sintomas como irritabilidade, mudanças bruscas de humor, indisposição, doenças psicossomáticas, tristeza profunda, desinteresse pelas atividades de vida diária (AVD), sensação de incapacidade para cuidar do bebê e desinteresse por ele, chegando ao extremo de alimentar idéias suicidas e homicidas em relação ao bebê.^{2,4}

O diagnóstico precoce é fundamental, assim como o acompanhamento da gestante durante todo o período gravídico-puerperal, considerada a melhor forma de evitar, atenuar ou reduzir a duração da DPP.^{1,4}

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a depressão é caracterizada por alteração no humor e falta de interesse em atividades prazerosas; é uma condição de origem neurológica acompanhada de vários sintomas específicos.⁵

Estima-se que cerca de 15 a 20% da população mundial em algum momento da vida sofreu de depressão. As causas do problema não são claras e dependem de uma combinação de fatores ambientais, sociais e psicológicos.^{5,6}

O estudo desenvolvido objetiva contemplar um dos tipos de depressão: a depressão pós-parto (DPP) e suas conseqüências na interação mãe-bebê e no

desenvolvimento infantil. O interesse em aprofundar estudos sobre a DPP se justifica pelo crescimento do número de puérperas com sinais e sintomas alusivos a essa patologia. O transtorno causa prejuízos na interação mãe-bebê e no desenvolvimento do recém-nascido. As conseqüências são graves porque interferem no desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança.⁷

Assim, o conhecimento sobre a doença e suas conseqüências é um forte instrumento para diagnóstico, prognóstico e tratamento do transtorno.

OBJETIVOS

O estudo teve como objetivos: aprofundar conhecimentos sobre a DPP e descrever suas conseqüências na interação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil.

METODOLOGIA

A metodologia adotada é a revisão de literatura de pesquisa. Os dados para obter as informações necessárias e evidentes sobre a temática depressão pós-parto e suas conseqüências na interação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil, foram obtidos por meio de acesso eletrônico. Os artigos científicos foram extraídos do *Scientific Electronic Library on Line* (SciELO) e da Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde (LILACS). Foram escolhidos artigos em língua portuguesa, referentes ao período de 1999 a 2006. Utilizou-se no formulário de buscas as seguintes palavras-chave: depressão, depressão pós-parto, depressão materna, depressão pós-parto e interação mãe-bebê, depressão pós-parto e desenvolvimento infantil. No total foram encontrados 717 artigos científicos. Após a leitura de cada título e de alguns resumos foram selecionados 13 artigos científicos. Os artigos selecionados foram analisados na íntegra, com a elaboração de fichamentos para uma melhor compreensão dos mesmos. Os dados obtidos foram apresentados de forma descritiva.⁸

REVISÃO DE LITERATURA

Depressão pós-parto (DPP)

A DPP é um transtorno que se caracteriza por afetar o estado de humor, sendo de ordem mental e de comportamento, atingindo de 10 a 15% das mulheres,

das quais 23% são adolescentes.^{9,10,11} Provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas.^{9,10} É uma doença alvo de grande interesse entre os pesquisadores, pois as reações da mulher no pós-parto terão grande influência no relacionamento familiar e principalmente em questões características da interação do binômio mãe-bebê. Estudos sobre a interação mãe-bebê mostram prejuízos no desenvolvimento da criança, pois a interação da mãe deprimida com o bebê é menos responsiva, caracterizando um menor nível de atividade, sincronia e mais afeto negativo.^{7,12,13,14}

A DPP, embora se apresente como um distúrbio de humor de grau moderado a severo, de caráter multifatorial, é clinicamente identificável como um episódio depressivo, com início logo após o parto. É uma patologia derivada da combinação de fatores biopsicossociais dificilmente controláveis e que atuam de forma implacável no seu surgimento.

A seguir segue o diferencial sinóptico dos distúrbios psiquiátricos puerperais, conforme a literatura analisada.^{9,11}

- Tristeza puerperal, distúrbio psíquico leve e transitório, com prevalência de 50 a 80% dos casos, apresentando sintomas como: choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê. Ocorre normalmente entre o segundo e o quinto dia após o parto, tendo prognóstico de remissão espontânea de uma semana a dez dias.

- Depressão puerperal, transtorno psíquico de moderado a severo com início insidioso, com prevalência de 10 a 15% dos casos, apresentando sintomas como: tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, idéias suicidas, perda de interesse sexual e prognóstico lento em semanas ou meses, quando atinge um limiar. Está ligado a diagnóstico precoce e intervenções adequadas.

- Psicose puerperal, distúrbio de humor psicótico apresentando perturbações mentais graves, com prevalência de 0,1 a 0,2% dos casos, e sintomas intensos como: confusão mental, agitação psicomotora, angústia, insônia, rumações graves ou pensamentos delirantes a respeito do bebê, evoluindo para formas maníacas, melancólicas ou até catatônicas. Pode necessitar de

tratamento intensivo, por vezes hospitalização. O infanticídio está associado, com maior frequência, a episódios psicóticos no pós-parto, com alucinações ou delírios de possessão envolvendo o bebê. O prognóstico depende de diagnóstico precoce e intervenções, podendo evoluir para uma depressão.

Para um diagnóstico seguro é importante o reconhecimento da instalação dos sintomas e o desenvolvimento dos mesmos.⁷

Etiologia e fatores de risco

Estudos mostram que não há como saber se a mulher desenvolverá a DPP, mas sua etiologia esta relacionada a fatores estressores que predisõem o desenvolvimento da depressão.⁹ Há evidências de que algumas mulheres possuem uma sensibilidade particular a alterações hormonais, começando na menarca, o que aumenta sua vulnerabilidade aos estressores psicológicos, ambientais e fisiológicos. Em mulheres suscetíveis, esses estressores desencadeiam a manifestação do transtorno do humor em momentos de altas flutuações hormonais, tais como no parto.¹⁵

Os fatores de risco estão interligados a várias ocorrências biopsicossociais e obstétricas, como: gravidez não planejada, baixo peso ou prematuridade do bebê, intercorrências neonatais e malformações congênitas, desapontamento com o gênero sexual do bebê, fatores socioculturais, situação sócio-econômica, instabilidade emocional, pouca idade da mãe, abortos anteriores, mãe ser solteira, grande número de filhos, desemprego após a licença maternidade, decepções pessoais ou profissionais, morte de pessoas próximas, separação do casal durante a gravidez, baixa auto-estima, brigas com marido, família e amigos, histórico pessoal ou familiar de doença psiquiátrica, anteriores ou durante a gravidez.^{7,11,15}

Os fatores endócrinos envolvidos na etiologia da DPP estão associados aos fatores psicossociais como: alteração dos níveis de hormônios como a progesterona, o estradiol, o cortisol, o hormônio liberador da corticotrofina (CRH), a prolactina, o hormônio estimulador da tireóide (TSH), o tri-iodotironina (T3) e o tiroxina (T4).⁷ A DPP está associada a altos níveis de cortisol pela manhã, padrão descoberto como preditor de depressão maior.⁷ Na gestação, os níveis de estrógeno e

progesterona são altos, fator que pode estar envolvido nas alterações do humor, pois a queda brusca desses hormônios no pós-parto estaria relacionada à etiologia da depressão puerperal.^{15,16}

Portanto, a etiologia da DPP é multifatorial, de origem psicológica, social, obstétrica e biológica. Tais aspectos devem ser abordados no diagnóstico e na terapêutica da doença.^{9,11,13,15,16,17,18}

Curso da patologia e prognóstico

O curso e prognóstico da DPP é lento, e apesar de apresentar um quadro clínico severo, pode cursar um bom prognóstico. São necessários para isso, a identificação precoce dos sintomas e o planejamento de terapêuticas adequadas. A síndrome puerperal, se não for tratada, pode se tornar crônica, estendendo-se até o terceiro ano após o parto, causando prejuízos psicológicos, morbidade e mortalidade.⁹

Tratamento

O tratamento da DPP é realizado através da psicoterapia, farmacologia e, em casos graves, eletroconvulsoterapia, métodos semelhantes aos empregados em outros transtornos depressivos e em outros períodos de vida.^{9,10}

A psicoterapia enfatizando a educação e o equilíbrio emocional da puérpera com seus familiares é fundamental, para entendimento e planejamento de intervenções adequadas para a nova realidade.^{7,9} A terapia deve abranger aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente.¹⁰

O tratamento com antidepressivos é utilizado nos casos em que a depressão está comprometendo a função e o bem-estar da mãe, devendo ser avaliado por determinadas contra-indicações devido ao aleitamento materno, por excreção e concentração no leite.^{7,10}

Estudos demonstram que os antidepressivos são detectados no leite materno. Porém, há estudos que também mostram níveis significativos de antidepressivo em crianças expostas a fluoxetina e citalopram, e menor probabilidade de crianças expostas a nortriptilina, sertralina ou paroxetina desenvolverem níveis plasmáticos detectáveis ou elevados. Contudo, há apenas relatos de casos mostrando efeitos colaterais em crianças cujos

níveis séricos foram medidos, entre eles, irritabilidade, dificuldades com o sono e alimentação.¹⁵ Tais efeitos variam de acordo com o tipo de droga, farmacocinética e sensibilidade do bebê. A conduta, portanto, deve ser individualizada, pois a amamentação é um momento essencial para que se estabeleça o vínculo mãe-filho. A prescrição profilática de antidepressivos irá depender da intensidade e frequência dos episódios depressivos.^{9,10,18}

A eletroconvulsoterapia é indicada em situações extremas, em que a terapia medicamentosa não responde: depressões graves com risco de suicídio, com características psicóticas e em grávidas. Os principais efeitos são cognitivos.^{9,10}

Prevenção

É importante utilizar estratégias psicossociais como tentativa de evitar o desenvolvimento da depressão pós-parto por meio da identificação, alívio ou eliminação dos fatores do risco psicossocial, desde o pré-natal e início do puerpério.^{9,16} O apoio emocional e físico na gravidez, parto e puerpério, por parte da família, amigos, companheiro e profissionais de saúde, é fundamental para prevenção.⁹ Deve-se permitir que a gestante expresse livremente seus temores e ansiedades. O enfermeiro e uma equipe de saúde treinada podem dar assistência e orientação, auxiliando a gestante nas diversas situações a serem enfrentadas, de forma que ela se adapte à nova situação, adquirindo maior confiança.⁷ É necessário a criação de programas preventivos na rede pública voltados a saúde da gestante, e da mulher no geral, identificando assim, como já exposto, os fatores de risco. Cabe a equipe de saúde o preparo e a percepção acerca dos sinais iniciais da doença, intervindo de maneira segura e competente.⁹

Consequências da DPP na interação mãe-bebê

O impacto da depressão materna na interação mãe-bebê e no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança tem sido amplamente investigado, pois há evidências de que o estado depressivo da mãe possa repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê, na formação de um vínculo afetivo seguro entre mãe e filho e no

desenvolvimento da criança, o qual se propagará em suas futuras relações interpessoais.^{12,13,17,19}

Salienta-se a importância de se considerar que os efeitos da depressão materna para a interação mãe-bebê estão associados ao tempo de permanência dos sintomas e à cronicidade do quadro depressivo.^{17,18}

Estudos revelaram a existência de dois estilos distintos que uma mãe deprimida pode desenvolver em interação com seu filho. O primeiro é caracterizado pela apatia, falta de engajamento e poucas estimulações; mães mais quietas e afastadas mantiveram a criança brincando com mais frequência e mostraram afeto mais restrito, enquanto suas crianças demonstraram menos expressão afetiva, positiva ou não.

O segundo caracteriza-se por comportamentos intrusivos e de superestimulação. Estes revelaram que mães deprimidas intrusivas apresentaram mais respostas positivas, mais utilização de brinquedos e uma tendência maior a guiarem fisicamente seus bebês. No entanto, mostraram menos manipulação de objetos. Os dois estilos forneceriam estimulações inadequadas, a criança tanto pode desenvolver um estilo de interação deprimido, com baixo padrão de atividade e apatia, como pode apresentar um comportamento hiperativo, com irritação e grandes níveis de atividade, ambos na tentativa de se defender da estimulação inadequada de sua mãe.^{17,19}

No geral, mães deprimidas tendem a ser menos responsivas com seus bebês; a forma como lidam com eles parece ser indecisa, insensível e confusa; podem lhes faltar as habilidades de resolução de problemas ou a persistência necessária para estabelecer interações sensíveis com sua criança, predispondo esta mãe a déficits no seu papel materno. Mães deprimidas também tendem a ficar mais reclusas e ensimesmadas. Nesse caso, pode ocorrer falta de atenção e de sensibilidade em relação às necessidades físicas e psicológicas da criança.^{12,14,17}

Mães deprimidas tendem a ser mais hostis, menos afetuosas ou menos consistentes afetivamente; são menos comunicativas, menos habilidosas no trato com o bebê e mais críticas; também possuem afeto abatido ou apático e são mais negativas na interação com seus bebês, estimulando-os pouco; apresentam estilos de atribuição de causalidade mais negativos, comportamento predominantemente deprimido ou

ansioso, brincam menos com seus filhos e filhas e expressam mais atitudes punitivas e controladoras no cuidado com suas crianças. Além disso, tendem a relatar mais dificuldades no cuidado com suas crianças, menor capacidade de interagir de forma adaptativa e direta aos sinais da criança, menos entusiasmo, menos contato físico; expressam também mais insatisfação associada a seus filhos.^{11,12,14,17}

Portanto, a DPP é capaz de promover a assincronização dos sentimentos que norteiam a relação maternal, pois a mãe tem dificuldades para responder aos estímulos afetivos do bebê. Como a criança interpreta tal atitude como uma estimulação insuficiente, poderá então reagir com o mesmo distanciamento. Esta atitude do bebê causará ansiedade e frustração na mãe que poderá se sentir rejeitada e incapaz de assumir os cuidados com filho.⁹

Conseqüências da DPP no desenvolvimento infantil

O reconhecimento da depressão materna pelo bebê pode ocasionar prejuízos. Este fator de risco tem gerado inúmeras pesquisas sobre o impacto da depressão materna no desenvolvimento infantil, pois o transtorno favorece a ocorrência de situações de negligência e abuso infantil, situações que serão vivenciadas mais intensamente no primeiro ano de vida do bebê.^{9,12,13,17,19}

Estudos revelam que mães deprimidas tendem a influenciar o desenvolvimento de psicopatologias em seus filhos, ou seja, a depressão materna pode afetar a vida das crianças, influenciando na natureza, frequência e recorrência de desordens infantis e gerando conseqüências adversas através da infância até a idade adulta.¹²

A depressão materna pode afetar o bebê de diferentes maneiras e este tende a ser particularmente vulnerável porque depende muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe. Além disso, é no puerpério que se inicia o relacionamento mãe-bebê e, por isso, esse período parece ter um significado psicológico fundamental para ambos. Segundo estudos, a falta de responsividade materna nos primeiros meses de vida parece provocar uma mudança desenvolvimental no bebê, pois tem sido empiricamente relacionada com um baixo envolvimento com pessoas e objetos ao final do primeiro ano de vida do bebê. Tal mudança pode ter

implicações importantes para a criança, mesmo quando há remissão da patologia materna.¹⁴

Os filhos de mães deprimidas apresentam dificuldades para se envolver e manter uma interação social, apresentando déficits na regulação dos seus estados afetivos. Os bebês olham menos para suas mães e expressam menos afeto positivo e mais afeto negativo. Diante das mães menos responsivas, expressivas, envolvidas e falantes, os bebês tendem a se afastar fisicamente e apresentam mais comportamentos negativos para chamar atenção. Quando as mães não estão simulando afeto depressivo e afastamento, os bebês evidenciam mais comportamentos positivos e brincam mais próximos às mães.^{11,12,14,19}

Aos 12 meses, muitos bebês apresentam baixos desempenhos em testes de desenvolvimento e altos níveis de apego inseguro com a mãe. As crianças são descritas como mais ansiosas e menos felizes, são menos responsivas nas relações interpessoais e sua atenção é menor, quando comparadas com outras crianças. Apresentam também menos sorrisos, menor interação corporal, além de maiores dificuldades alimentar e de sono.^{11,12,14} As crianças de 18 meses demonstram pior desempenho na identificação de tarefas e com mais frequência apresentam apego inseguro com suas mães, sendo 11 vezes maior o risco de apego evitante.¹¹

Na investigação dos efeitos da DPP na evolução das crianças, há pequenos efeitos da DPP no desenvolvimento cognitivo de crianças, envolvendo a linguagem e o Quociente de Inteligência (QI), particularmente entre meninos.¹¹ As crianças de mães deprimidas apresentam também maior risco para terem desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais, auto-imagem negativa, distúrbios do apego, maior incidência de diagnóstico psiquiátrico, bem como maior risco para apresentarem alterações da atividade cerebral.

Estes resultados sobre o desenvolvimento infantil ocorrem na medida em que o estado depressivo da mãe faz com que ela apresente mais dificuldades de se conectar com seu bebê, seja menos sensível aos sinais de seu filho, com deterioração da capacidade de maternagem, expresse atitudes negativas e desatentas, seja irritável, triste, ansiosa, com dificuldades em práticas disciplinares e no manejo com a criança, além de se

perceber incompetente como mãe e ter uma avaliação negativa de sua criança. Nesse sentido, a depressão influencia a mãe na capacidade de amamentar e cuidar da saúde do bebê, além de ser fator de risco para a desnutrição infantil. A diminuição da sensibilidade materna está relacionada com o comportamento materno na interação com o bebê, caracterizando-se por comportamentos de intrusividade ou de retraimento.^{9,11,12,14}

As implicações do quadro depressivo materno estão relacionadas à duração do transtorno e quanto maior o tempo de duração deste, mais significativas serão as conseqüências para o desenvolvimento psicossocial da criança. São diversas as fases do desenvolvimento humano que a DPP pode afetar.⁹

- pré-escolar e escolar: sentimentos de solidão, culpa, enurese, hiperatividade, entre outros;
- puberdade e adolescência: comportamentos de rebeldia, isolamento, ansiedade e episódios depressivos; e
- adulto jovem: comportamentos de rebeldia, culpa, ambivalência excessiva, entre outros.

A literatura sugere que em situação de depressão materna, os pais, alguém da família ou pessoa próxima tendem a ficar mais envolvidos com sua criança, numa tentativa de compensar as dificuldades da mãe com depressão. Dessa forma, os possíveis efeitos da depressão materna para os filhos podem ser amenizados pelo pai ou outro familiar ao prover interação sensível e ser responsivo às necessidades da criança.^{6,14,17,19}

O reconhecimento da DPP é importante não apenas para a compreensão e o tratamento da mãe, mas também para minimizar os efeitos negativos na interação mãe-bebê, no aprendizado e desenvolvimento social e emocional da criança. Assim, diversos autores têm enfatizado que a depressão da mãe afeta o bebê ao interferir negativamente na interação mãe-bebê, sendo o apoio social uma das melhores formas para evitar as interferências e/ou efeitos negativos da doença no desenvolvimento infantil.^{11,12,14,17,19}

Assistência de Enfermagem

É fundamental que o enfermeiro tenha o conhecimento sobre a doença, já que o serviço de saúde

para o acolhimento e direcionamento adequado à puérpera, tanto preventivo quanto terapêutico poderão ser contemplados. O enfermeiro é o profissional, conforme revela o cotidiano dos serviços de saúde, que mantém o contato inicial com o cliente. Por isso, seja na rede básica, hospitalar ou ambulatorial, o enfermeiro deve estar preparado para lidar e identificar sinais e sintomas alusivos da depressão pós-parto e assim direcionar para o diagnóstico e tratamento adequados.⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A DPP é um transtorno mental de alta prevalência e que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, com início no primeiro ano após o parto, manifestando-se por desequilíbrio de humor psicótico e não psicótico. Sua etiologia envolve fatores orgânicos ou hormonais, psicossociais e a associação destes elementos possibilita o desenvolvimento do processo patológico. Tais fatores devem ser abordados no diagnóstico e na terapêutica.^{6,7,9}

Os artigos, de modo geral, revelam que a DPP pode se manifestar com intensidade variável, acarretando uma série de conseqüências. Em geral repercute na interação mãe-filho e no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança, praticamente de forma negativa.^{11,12,14,17,19}

O estudo permitiu concluir que a qualidade da interação mãe-bebê é prejudicada em situação de depressão materna, pois ocorre menor nível de atividade, comunicação, atenção e apego seguro. As mães são menos consistentes afetivamente e mais apáticas; possuem mais afeto negativo e menor sensibilidade às necessidades da criança.

Dessa forma, a DPP, ao interferir na interação mãe-bebê, afetará também a criança, que se mostrará menos responsiva, com distúrbios de apego, menor interação corporal, bem como brincará e sorrirá menos. Esta criança também apresentará dificuldades de aprendizado, desordens na alimentação e no sono, além do choro freqüente. Contudo, a extensão das conseqüências da depressão materna na interação mãe-bebê e para o bebê depende de vários fatores como idade da criança, cronicidade e intensidade do episódio

depressivo materno, e do próprio estilo interativo da mãe deprimida, apático ou intrusivo.^{6,7,9,10,11,12,14,17,19}

O reconhecimento da DPP é importante tanto para a compreensão e o tratamento da mãe, mas também por seus efeitos negativos sobre o relacionamento entre a mãe e o bebê, e sobre o aprendizado e desenvolvimento social e emocional da criança. A prevenção da DPP é a melhor forma de evitar tais efeitos, e o apoio social por parte da família, amigos e profissionais da saúde é um dos fatores vitais para a prevenção.^{6,14,19} É fundamental que o enfermeiro tenha o conhecimento sobre a doença para auxiliar no diagnóstico e intervenções para mãe e filho.^{6,7,14,17,19}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura permitiu identificar que a DPP é uma síndrome psiquiátrica importante, que acarreta graves conseqüências para a interação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil. Ao interferir na interação mãe-bebê, sendo esta menos afetiva, comunicativa e assíncrona, afeta também, de forma negativa, o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança.

É fundamental que os profissionais da saúde tenham o conhecimento sobre a DPP e desenvolvam ações preventivas para a saúde das gestantes e puérperas. Estes profissionais desempenham um papel importante no reconhecimento da doença, diagnosticando e encaminhando as famílias para atendimento psicológico, podendo com este trabalho auxiliar o desenvolvimento infantil saudável. Famílias cujas mães apresentem sinais de depressão devem ser acompanhadas através de prevenção visando à promoção da saúde mental tanto das mães, como das crianças e das suas famílias.

A detecção precoce dos fatores de risco envolvidos na DPP, realizada no acompanhamento das gestantes, abre a possibilidade de auxílio à mulher e a sua família. Desta forma, é importante que o (a) enfermeiro (a) tenha o conhecimento sobre a DPP, pois com melhor preparo e percepção acerca dos sinais iniciais da doença, a assistência de enfermagem poderá ser mais completa, segura e eficaz. É preciso ressaltar as orientações, os cuidados e as diversas situações que a mãe irá enfrentar após o parto junto ao seu bebê. A

assistência de enfermagem deve ser aceita como um processo preventivo que precisa ter início junto ao pré-natal para que o objetivo esperado seja alcançado com êxito.

Espera-se que este trabalho possa contribuir com informações sobre a DPP e suas conseqüências para a

interação mãe-bebê e no desenvolvimento infantil; que possa encorajar novos estudos e, principalmente, auxiliar no diagnóstico e no desenvolvimento de estratégias precoces de intervenção, para mãe e filho.

REFERÊNCIAS

1. Iaconelli V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. [acesso em 2008 fev 20]. Disponível em: <http://www.portaldeginecologia.com.br/modues.php?name=news&Life=artiche&sid=269>
2. Silva DG, Souza MR, Moreira VP. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. [acesso em 2008 fev 5]. Disponível em: <http://www.unifor.br/notitia/tele/163.pdf>
3. Lai JY, Huang TL. Catatonic features noted in patients with postpartum mental illness. *Psychiatry Clin Neurosc.* 2004; 58:157-62.
4. Eberhard-Gran M, Eskied A, Tambs K, Samuelson SO, Opjordsmoen SO. Depression in post partum and non-pospartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychat Scand.* 2002; 106(6):426-33.
5. Ministério da saúde (BR). [página na Internet]. São Paulo: Universidade Virtual da Universidade Federal de São Paulo; 2004. [acesso em 2007 fev 10]. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-bio/trab2003/g4/classificacao.htm>
6. Porto JAD. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiq.* [periódico na Internet]. 1999 [acesso em 10 jan 2008]; 21(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000500003&lng=pt&nrm=iso
7. Silva DG, Souza M, Moreira V, Genestra M. Depressão pós-parto: prevenção e conseqüências. *Rev. eletrônica mal estar e subjetividade* [periódico na Internet]. 2003 [acesso em 2007 fev 10]; 03(2):439-50. Disponível em: <http://www.unifor.br/notitia/file/163.pdf>
8. Lobiondo W, Haber J. Pesquisa em enfermagem métodos, avaliação, crítica e utilização. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
9. Silva ET, Botti NCL. Depressão puerperal: uma revisão da literatura. *Rev. eletrônica de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2007 abr 15]; 07(2):231-38. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/revisao_01.htm
10. Souza FGM. Tratamento da depressão. *Rev Bras Psiq* [periódico na Internet]. 1999 [acesso em 2008 fev 10]; 21(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000500005&lng=pt&nrm=iso
11. Schmidt EB, Piccoloto NM, Muller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Rev Eletron Psico-USF.* [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2007 fev 20]; 10(1):61-8. Disponível em: <http://www.saofrancisco.edu.br/edusf/revistas/psicousf/2005-1/psico-8.pdf>
12. Brum EHM, Schermann L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *Rev. Psic* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2007 set 01]; 37(2):151-8. Disponível em: www.revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/
13. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2007 abr 10]; 40(1):65-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27117.pdf>
14. Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Rev Psic Est* [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2007 abr 10]; 10(1):47-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a06.pdf>
15. Zinga D, Phillips SD, Born L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev Bras Psiq* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 2008 abr 10]; 27(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462005000600005&lng=pt&nrm=iso&tng=pt
16. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales K, Braguittoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiq Clin* [periódico na Internet]. 2006 [acesso em 2008 jan 10]; 33(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832006000200009&lng=pt
17. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Rev Est Psic* [periódico na Internet]. 2003 [acesso em 2007 fev 10]; 08(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2003000300007&lng=pt&nrm=iso
18. Magalhães PVS, Pinheiro RT, Faria AD, Osório CM, Silva RA. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. *Rev Psiq Clin* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 2008 fev 15]; 33(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832006000500004&lng=pt&nrm=iso
19. Schwengber DDS, Piccinini CA. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Rev Psic Teoria Pesq* [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2008 fev 03]; 20(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722004000300004&lng=en&nrm=iso&tng=pt

TERAPIA TÓPICA DE FERIDAS: UTILIZAÇÃO DE PAPAÍNA¹

TOPICAL THERAPY OF WOUNDS: THE USE OF PAPAIN

TERAPIA TÓPICA DE HERIDAS: LA UTILIZACIÓN DE LA PAPAÍNA

James da Luz Rol,* Kleber Aparecido de Oliveira,* Luiz Carlos Vieira,* Maria Cristina de Moura-Ferreira**

Resumo

A papaína é utilizada no tratamento de feridas geralmente associada a outros produtos como a uréia, pois ao proporcionar um meio mais úmido no leito da ferida, tal associação permite debridamento químico, acelerando o processo de cicatrização do tecido. Estudo exploratório, descritivo, baseado em revisão de literatura compreendendo o período de 1986 a 2005. Teve como objetivo geral identificar as publicações nacionais quanto ao uso da papaína no tratamento de feridas, por meio de um levantamento bibliográfico realizado nos bancos de dados LILACS, BEDENF e DEDALUS e Serviço de Comutação Bibliográfica. Os descritores utilizados foram: ferida x papaína, papaína x uso terapêutico, ferimentos e lesões x papaína x cicatrização, úlcera de decúbito x úlcera diabética do pé x úlcera por estase. Foram localizados 179 artigos e seis dissertações; destes, foram selecionados 10 periódicos e uma dissertação segundo critérios de inclusão pré-estabelecidos. Apesar da papaína ser um produto de baixo custo, de fácil aplicação e com bons resultados cicatriciais em feridas descritos pela literatura, sua aplicação ainda é pouco utilizada nos serviços de saúde do Brasil. Recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos e aprofundamento científico sobre as propriedades da papaína, especialmente pelos enfermeiros, pois além de responsáveis pela realização dos curativos, também devem avaliar os resultados e/ou sugerir a sua aplicação.

Palavras-chave: Papaína. Cicatrização de Feridas. Administração Tópica.

Abstract

Papain is used in wounds treatment usually associated to other products such as urea, because upon providing a more humid environment to the wound bed, such association allows chemical debridement, accelerating the cicatrization process of the tissue. Exploratory and descriptive study, based on bibliography review involving period from 1986 to 2005. This study had as general objective identify the national publications about the use of papain in wound treatment, through a bibliographical finding accomplished at the data bench Lilacs, Bedenf and Dedalus and Bibliographical Commutation Service. The descriptors used were: wound x papain, papain x therapeutic use, wounds and injuries x papain x cicatrization, bedsore x diabetic foot ulcer x stasis ulcer. 179 articles were found and six dissertations; among them 10 periodic articles and 1 dissertation have been selected according to pre-established inclusion criteria. Although papain is a low cost product, and easily applicable, presenting good results in wound cicatrization, described by the bibliography, its application is still little used in Health Services in Brazil. It is recommended the development of new studies and a deep scientific research about the papain properties, especially by nurses, because besides they are the responsible for executing the curative procedures, they also must evaluate the results and/or suggest their application.

Keywords: Papain. Wound Healing. Administration Topical.

Resumen

La papaína es utilizada en el tratamiento de heridas generalmente asociada a otros productos como la urea, pues al proporcionar un medio más húmedo en el lecho de la herida, tal asociación permite debridamiento químico, acelerando el proceso de cicatrización del tejido. Estudio exploratorio, descriptivo, basado en revisión de literatura comprendiendo el período de 1986 a 2005. Ha tenido como objetivo general identificar las publicaciones nacionales en cuanto al uso de la papaína en el tratamiento de heridas, por medio de un levantamiento bibliográfico realizado en los bancos de datos Lilacs, Bedenf y Dedalus y Servicio de Comutación Bibliográfica. Los descriptores utilizados han sido: herida x papaína, papaína x uso terapéutico, heridas y lesiones x papaína x cicatrización, úlcera de decúbito x úlcera diabética del pie x úlcera por estasis. Se han localizado 179 artículos y seis disertaciones; de estos se han seleccionado 10 periódicos y una disertación según criterios de inclusión preestablecidos. A pesar de la papaína ser un producto de bajo coste, de fácil aplicación y con buenos resultados de cicatrización en heridas, descritos por la literatura, su aplicación todavía es poco utilizada en los servicios de salud de Brasil. Recomiéndase el desarrollo de nuevos estudios y profundización científica sobre las propiedades de la papaína, especialmente por los enfermeros, pues además de responsables por la realización de los apósitos también deben evaluar los resultados y/o sugerir su aplicación.

Palabras clave: Papaína. Cicatrización de Heridas. Administración Tópica.

¹ Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado durante a Graduação em Enfermagem pela Universidade Paulista (UNIP), Campus JK, de São José de Rio Preto – SP.

* Enfermeiros graduados pela Universidade Paulista (UNIP), Campus JK, de São José de Rio Preto – SP.

** Mestre e Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) - USP. Docente da Universidade Paulista (UNIP), Campus JK, de São José de Rio Preto – SP. Contato: mcmferreira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A assistência adequada aos pacientes portadores de feridas tem sido foco de interesse desde os antigos egípcios e gregos. Historicamente, a humanidade sempre esteve em busca da cura de enfermidades. Desde a pré-história eram utilizados plantas ou seus extratos em feridas abertas e muitas eram ingeridas para atuação em via sistêmica.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem incentivado estudos voltados a alternativas terapêuticas no tratamento de feridas. Segundo a literatura analisada, estas pesquisas têm demonstrado as propriedades e as indicações das enzimas na cicatrização de lesões.²

O processo de cicatrização tecidual é um fenômeno complexo que envolve várias etapas, inicialmente caracterizado por processos de inflamação, seguidos de estágio de fibroplasia, com a formação de tecido de granulação e, por fim, pela remodelagem tecidual e formação de cicatriz tecidual, que é caracterizada pela substituição do tecido lesionado por tecido conjuntivo denso vascularizado e reepitelização da área lesada.³

Entre as alternativas terapêuticas, a papaína caracteriza-se por uma mistura complexa de enzimas proteolíticas e peroxidases, presente no látex do vegetal *Carica papaya* (mamão papaia), com ampla aplicação terapêutica. Também é utilizada na indústria têxtil, em laboratórios bioquímicos e bacteriológicos, em alimentos e na indústria de borracha. Em debridamento químico caracteriza-se por provocar, em doses diminutas, a proteólise, isto é, a dissociação de uma quantidade importante de proteínas em moléculas mais simples e, finalmente, em aminoácidos. Com o uso, ocorre ainda a liquefação e a retirada da secreção purulenta, ativando o processo de regeneração e encurtando o período da cicatrização. Possui ações bactericidas, bacteriostáticas e anti-inflamatórias. Age apenas nos tecidos necróticos e desvitalizados, não intervindo na integridade do tecido sadio.^{2,4,5}

A papaína, uma enzima proteolítica de origem vegetal, que tem a sua molécula constituída por 17 aminoácidos diferentes, com massa molecular relativa de 20900U e apresentação comercial sob a forma liofilizada, tem como principais fatores adversos a sua inativação ao contato com agentes oxidantes como o ferro e a longos

períodos de exposição ao ar; e como efeitos benéficos de sua utilização as suas ações debridante, antiinflamatória, bactericida e bacteriostática, aceleradora e modeladora do tecido de granulação e dos processos de cicatrização tecidual, reduzindo a formação de quelóides. Também, além de poucos efeitos colaterais, a papaína tem a sua utilização associada aos baixos custos operacionais.^{2,6,7,8}

Em feridas de cicatrização por segunda intenção, facilita a contração e a junção dos bordos e a aproximação da estrutura original. A papaína pode ser utilizada sob a forma de pó ou gel. A papaína em pó deve ser diluída em água destilada, com diluição máxima de 20% e mínima de 1%.⁵

A utilização da papaína no Brasil se iniciou em meados de 1983 e, desde então, o produto tem sido indicado isoladamente. Já no âmbito internacional, a enzima tem sido associada a outros produtos como a uréia e a clorofila, tornando mais úmido o leito da ferida. Esta associação proporciona debridamento químico e acelera o processo de cicatrização.^{2,9}

Atualmente, diante do contínuo avanço tecnológico, existem no mercado vários produtos para o tratamento de feridas, porém a custos mais elevados. Diferentemente destes produtos, a papaína pode ser obtida com custo mais baixo. Trata-se de um fato a ser considerado ao se optar por um tipo de tratamento devido à situação sócio-econômica de grande parte da população brasileira.

Embora o uso da papaína tenha sido documentado na literatura nacional e internacional, são poucos os estudos que o descrevem de forma sistematizada na área de Enfermagem. Além disso, ainda faltam melhores evidências científicas quanto aos efeitos tópicos resultantes do tratamento de feridas. Estas mudanças dependem do trabalho e da responsabilidade de pesquisadores e profissionais de saúde.¹⁰

O enfermeiro, ao desempenhar o seu papel gerenciador e assistencial, tem como metas a prevenção e promoção da saúde, além da realização de cuidados no tratamento de doenças durante o ciclo de vida do ser humano. Porém, para que a assistência seja humanizada, sistematizada e com base científica, deve ser baseada em evidências comprovadas cientificamente.

No meio acadêmico e profissional, especialmente nos campos de ensino clínico de enfermagem, observa-se a existência de dúvidas quanto à utilização e a ação da papaína na cicatrização de feridas devido à falta de conhecimentos específicos sobre o tema por parte dos profissionais de saúde. A falta de maiores conhecimentos sobre a papaína no tratamento tópico de feridas, faz com que ainda persista o domínio médico na indicação e avaliação terapêutica do produto. Neste estudo, o propósito é identificar nas produções científicas brasileiras subsídios que possam contribuir para o conhecimento dos enfermeiros e estimular o uso da papaína no tratamento de feridas, possibilitando uma reflexão acerca do tema e, conseqüentemente, avanços na qualidade assistencial de enfermagem.

A revisão da literatura nacional para o período estratificado, sobre o uso da papaína no tratamento de feridas, permitiu também uma visão quanto ao estado atual da pesquisa científica sobre o tema no País, com base em trabalhos divulgados em periódicos indexados na área de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo baseou-se na metodologia utilizada por Stefanelli e outros autores.¹¹ É do tipo exploratório, descritivo e baseado em uma revisão bibliográfica, uma vez que analisou as publicações relacionadas ao assunto em questão: o uso da papaína no tratamento de feridas.

Para atingir o objetivo proposto, foi feita uma revisão de literatura no intuito de fornecer uma síntese dos resultados nacionais de pesquisas produzidas por diversos profissionais da saúde que utilizaram a papaína no tratamento de feridas, levantamento compreendido no período de 1986 a 2005.

O levantamento bibliográfico foi realizado mediante consulta eletrônica aos bancos de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS); Banco de Dados de Enfermagem (BEDENF) e Banco de Dados Bibliográficos da USP (DEDALUS). Foi utilizado o formulário avançado, cruzando entre si os descritores: ferida x papaína, papaína x uso terapêutico, ferimentos e lesões x papaína, ferimentos e lesões x cicatrização, úlcera de decúbito x úlcera diabética do pé, úlcera de decúbito x úlcera diabética x úlcera por estase.

Foram selecionados artigos e dissertações que atenderam aos seguintes critérios de seleção: artigos indexados nos bancos de dados descritos previamente; publicados em periódicos nacionais; produzidos por diversos profissionais da área da saúde; dissertações com base na utilização da papaína no tratamento de feridas; publicados na íntegra; e em idioma Português; localizados na biblioteca da Universidade Paulista de São José do Rio Preto/SP, biblioteca da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP, biblioteca central do campus da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto/SP ou através do Serviço de Comutação Bibliográfica (COMUT).

Para análise dos periódicos e dissertações utilizou-se um instrumento denominado formulário para coleta de dados, composto pelos seguintes itens: dados referentes ao artigo ou periódicos, ao pesquisador, ao estudo/pesquisa, resultados e conclusões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No levantamento bibliográfico inicial foram encontrados 179 artigos e seis dissertações. Após terem sido analisados de acordo com os critérios estabelecidos, foram selecionados 10 periódicos e uma dissertação que se encontravam dentro dos requisitos exigidos, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição quanto ao tipo de publicação sobre a utilização de papaína em curativos, pesquisada no período de 1986 a 2005

Tipo de publicação	Nº.	F %.
Periódicos	10	90,91 %
Dissertação (Mestrado)	01	9,09 %
Total	11	100 %

Fonte: Publicações localizadas na biblioteca da Universidade Paulista de São José do Rio Preto - SP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP, biblioteca central do Campus da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto - SP e através do COMUT.

Os artigos selecionados foram submetidos à extensa leitura e análise. Em seguida, foram classificados quanto ao nome do autor, título, ano de publicação, número de pesquisadores, local de atuação, objetivo do

estudo, amostra, solução de papaína utilizada, tipo de ferida, tipo de publicação e design, conforme demonstrado nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Dados levantados a partir do formulário de coleta de dados referentes às publicações de 1986 a 2005

Nome do Autor	Ano de publicação	Título do trabalho	Número de pesquisadores	Local de atuação	Tipo de publicação	Design
Masini	1986	Uma forma de tratamento de lesões cutâneas com papaína e sacarose	1	Médico do trabalho Laborterápico Bristol e Mead Johnson	Periódico	Experimental
Monetta	1987	Uso de papaína nos curativos feitos pela enfermagem	1	Enfermeira do hospital Osvaldo Cruz - SP	Periódico	Descritivo
Monetta	1990	A importância da atuação científica do enfermeiro na execução nos curativos feitos com papaína	1	Enfermeira do hospital Osvaldo Cruz - SP	Periódico	Descritivo
Monetta	1992	A utilização de novos recursos em curativos em um consultório de enfermagem	1	Enfermeira do hospital Osvaldo Cruz - SP	Periódico	Descritivo
Sanches	1993	Aspectos morfológicos e morfométricos da reparação tecidual de feridas cutâneas de ratos com e sem o tratamento com solução de papaína a 2%	6	Médico e professor do curso de pós-graduação da Escola Paulista de Medicina - SP	Periódico	Experimental
Rogenski	1995	Uso de papaína em infecção de vísceras	4	Enfermeira do hospital universitário - SP	Periódico	Estudo de caso
Otuka	1996	Uso da papaína na úlcera plantar	3	Aluna do curso de graduação em enfermagem da UFSCar - SP	Periódico	Estudo de caso
Monetta	1998	Análise evolutiva do processo de cicatrização em úlcera diabética, de pressão e venosa com o uso de papaína	1	Enfermeira do hospital Osvaldo Cruz - SP	Dissertação o	Descritivo e retrospectivo
Rogenski	1998	O uso da papaína a 2% nas lesões provocadas pela síndrome de Fournier: a propósito de 14 casos	3	Enfermeira estomaterapeuta e diretora da divisão de enfermagem do hospital universitário - SP	Periódico	Descritivo
Prochnow	2000	Aplicação tópica da papaína em úlceras cutâneas de pessoas com diabete	3	Enfermeira mestre da UFSM - RS e vice-diretora de enfermagem do hospital Santa Maria - HUSM - RS	Periódico	Descritivo
Ferreira	2002	Curativo de lesões abdominais por deiscência de sutura	4	Aluno do curso de graduação de enfermagem FAMERP - SP	Periódico	Descritivo

Fonte: Publicações localizadas na biblioteca da Universidade Paulista de São José do Rio Preto - SP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP, biblioteca central do Campus da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto - SP e através do COMUT.

Quadro 2 - Dados levantados a partir do formulário de coleta de dados referentes às publicações de 1986 a 2005

Nome do autor	Ano de publicação	Objetivo do estudo	Amostra	Solução de papaína utilizada	Tipo de ferida
Masini	1986	Avaliar a associação da papaína e sacarose no tratamento de lesões cutâneas de ratos provocadas cirurgicamente	10	Pó	Lesões cutâneas
Monetta	1987	Verificar a evolução da cicatrização de soluções de continuidade com o uso da papaína	15	Pó	Feridas de pele e escaras
Monetta	1990	Revisar resumidamente as fases do processo de cicatrização relacionado com o meio de ação da papaína	52	Pó	Lesões de pele: tipo lesões de continuidade
Monetta	1992	Avaliar o uso da papaína associado aos curativos sintéticos em lesão de pele de forma que o próprio paciente pudesse realizar o curativo	18	Pó	Lesões de continuidade infectadas e não infectadas
Sanches	1993	Avaliar os aspectos morfológicos e morfométricos da reparação tecidual com o uso da solução de papaína	40	Pó a 2%	Feridas cutâneas ocasionadas
Rogenski	1995	Relatar a experiência da utilização da papaína em 4 casos de pacientes com infecção grave em vísceras	4	Pó	Infecção grave em vísceras
Otuka	1996	Contribuir para diminuição da incapacidade em hanseníase das contínuas recidivas de úlceras plantares	4	Pó	Úlceras plantares
Monetta	1998	Caracterizar uma amostra de pacientes portadores de úlcera diabética, de pressão, venosa tratados com solução de papaína por 28 dias, avaliando os resultados obtidos	118	Pó a 2% e 10%	Úlceras diabéticas, de pressão e venosa
Rogenski	1998	Descrever o efeito da papaína a 2% nas lesões provocadas pela síndrome de Fournier	14	Pó a 2%	Síndrome de Fournier
Prochnow	2000	Avaliar o benefício terapêutico dos curativos das lesões de indivíduos diabéticos utilizando papaína a 2%	9	Pó a 2%	Lesões cutâneas em membros inferiores decorrentes de trauma de paciente com diabete
Ferreira	2002	Avaliar e evoluir as lesões, bem como descrever a ação da papaína gel a 3%, associada a ácidos graxos essenciais e carvão ativado com prata, no período de um ano	14	Gel a 3%	Deiscência de sutura abdominal

Fonte: Publicações localizadas na biblioteca da Universidade Paulista de São José do Rio Preto - SP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP, biblioteca central do Campus da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto - SP e através do COMUT.

Papaína: definição, características, modo de ação e apresentação do produto

Originada do látex das folhas e frutos do mamão verde adulto *Carica papaya Linn*, a papaína é uma enzima proteolítica muito empregada na indústria alimentícia, cosmética e farmacêutica.¹² O sítio ativo dessa enzima é portador de um radical sulfidril (SH), pertencente ao aminoácido cisteína, fundamental para a atividade enzimática, tornando difícil sua associação com outro recurso terapêutico, visto que ela sofre oxidação pela substituição do enxofre.¹³

A papaína, após seu preparo, é um pó de cor leitosa, com odor forte e característico, semelhante ao enxofre. É solúvel em água e glicerol, mas praticamente insolúvel em álcool, éter e clorofórmio. É inativada ao reagir com agentes oxidantes como ferro, oxigênio, derivados de iodo, água oxigenada e nitrato de prata, luz e calor. Por ser uma enzima de fácil deterioração, deve ser mantida em local fresco, seco, ventilado e protegido.¹⁴

No Brasil, Monetta¹⁵ foi o primeiro autor a reportar cientificamente os resultados da utilização da papaína no tratamento de feridas. Nos primeiros casos, utilizou-se a fruta *in natura* e, posteriormente, a solução de papaína. No entanto, o uso da papaína já é consagrado na literatura internacional desde a década de 50.¹²

Esta enzima tem sido utilizada em diversos tipos de feridas com pacientes de diferentes características e faixas etárias, sendo que todos os trabalhos analisados demonstram sua ação positiva na estimulação do processo de cicatrização e ausência de efeitos colaterais.^{6,7,12,14,15,16,17} Contudo, pacientes que têm reação ao látex podem apresentar similar reação à papaína.¹⁸

A papaína auxilia a remoção de exsudatos inflamatórios e restos necróticos ou purulentos, reduzindo o período de reparação do tecido, além de não prejudicar o tecido ao redor da lesão. Também facilita a contração e a aproximação dos bordos da ferida, tornando-a mais próxima da estrutura original com um melhor resultado estético. Desta forma a papaína age digerindo restos teciduais e constituintes insolúveis do exsudato inflamatório (fibrina, desoxirribonucleoproteínas derivadas dos núcleos das células mortas ou degeneradas) que resultam em peptídeos os quais são quimiotáticos para

os fibroblastos, estimulando precocemente a fibroplastia.^{6,7,12,14,15,16,17}

Outra característica desta substância é seu poder antiinflamatório, bacteriostático e bactericida.^{7,17} Em inflamação aguda causada por infecção intraperitoneal em camundongos, no grupo tratado com papaína ocorreu maior migração de polimorfonucleares do que nos animais não tratados.¹⁹

A papaína quebra proteínas que contenham resíduos de cisteína. Esta propriedade torna-a não seletiva, uma vez que muitas proteínas, incluindo as de fatores de crescimento, contêm resíduos de cisteína. O colágeno não contém resíduos de cisteína, portanto não sofre ação da papaína.⁹

Por ser uma enzima proteolítica a papaína poderia agir destruindo o tecido sadio, no entanto, isto não ocorre devido à presença de uma antiprotease plasmática, a alfa 1-antitripsina, que impede sua ação proteolítica em tecidos considerados normais. Este fato não ocorre no tecido desvitalizado, pois ele não possui esta antiprotease.²

Porém, se a concentração da enzima superar esta antiprotease ocorrerá destruição do tecido sadio que poderá ser visualizado através do sangramento e relato de dor pelo cliente. Na terapêutica de feridas, a papaína é utilizada sob várias formas farmacêuticas como pó, gel e creme. A concentração da solução varia de 2 a 10%.²⁰

A utilização da papaína, porém, depende antes de tudo da determinação da concentração de uso desta enzima que deverá ser empregada em cada caso, visto que a determinação destas concentrações depende das características da lesão. Assim, em feridas secas ou com tecido de granulação, as concentrações de papaína podem variar entre 2 e 4%; quando da presença de exsudato purulento e/ou infecções, as concentrações de papaína podem variar entre 4 a 6%; e quando houver a presença de tecido necrótico abundante recomenda-se a utilização de papaína na concentração de 10%,^{2,6,7} após efetuar a escarectomia. A substituição do curativo é indicada, em média, a cada 12 horas.²¹

Nos estudos analisados, o uso da papaína foi exclusivamente sob a forma de solução, diluída em água destilada ou solução fisiológica a 0,9%. Os autores são

unânicos em recomendarem que uma vez preparada a solução, a sua utilização deverá ocorrer o mais rápido possível.^{7,9,18,20,22}

A avaliação da estabilidade da solução de papaína a 2%, diluída em água destilada, foi realizada a 5°C (sob refrigeração) e a 22°C (temperatura ambiente). A enzima armazenada a 5°C apresentou-se mais estável do que a armazenada a 22°C. A papaína apresentou 50% de atividade proteolítica à temperatura ambiente no período de 8 a 10 horas de armazenamento. Em 12 horas, a atividade enzimática foi de aproximadamente 40% da inicial; com o armazenamento em geladeira (5°C), após 52 horas, a atividade enzimática permaneceu em torno de 60% da inicial. Essa mesma atividade residual de 40% foi observada à temperatura ambiente (22°C), após período inferior a 6 horas de armazenamento.²⁰

Outra forma de utilização da papaína no tratamento de feridas é através do gel. O gel de papaína foi padronizado por Velasco¹² que o utilizou a 0,4% p/v com diferentes gelificantes, armazenados a 5°C, a 22°C e a 37°C, mantidos nessas condições por 57 dias. Os agentes gelificantes carbopol 940^R e acrisint 400^R apresentaram características físico-químicas semelhantes entre os géis de papaína. Houve uma redução, inferior a 50%, da atividade enzimática da papaína nas respectivas preparações com os gelificantes, no período em questão e nas três condições de temperatura de armazenamento. No entanto, a atividade enzimática do gel à temperatura de 5°C apresentou uma menor perda. E como ela não foi estatisticamente significativa, foi sugerido que o gel de papaína fosse armazenado nesta temperatura.

Esta apresentação é vantajosa quando se trata de terapêutica de feridas, uma vez que mantém o ambiente da ferida úmido. Distribui-se facilmente, não excedendo os limites da lesão e apresenta a vantagem de ser facilmente removida, por meio da lavagem com solução fisiológica.

A solução de papaína não apresenta risco, porém a inalação de partículas do pó pode ocasionar doenças respiratórias como asma, pneumonia e enfisema. O profissional deve manipulá-la sob ventilação adequada e com Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como máscara com filtros contra pó e óculos. Embora seja um

aspecto importante, não foi discutido nos trabalhos analisados.¹²

Outras desvantagens na utilização da solução de papaína: alto custo da matéria-prima em pó e creme e a necessidade de um profissional treinado para manipulação da papaína *in natura* nas suas diversas possibilidades de concentração.

Nota-se que no Brasil a papaína é utilizada em sua forma pura. Já nos Estados Unidos, a papaína é associada à uréia e à clorofila. A uréia ataca uma variedade de proteínas, no entanto, sua função nesta combinação é facilitar a ação proteolítica da papaína, alterando a estrutura tridimensional das proteínas e rompendo as pontes de hidrogênio, bem como expondo por ação solvente os sítios ativos da papaína. A uréia também desenvolve ação na redução de pontes disulfídicas, expondo os resíduos de cisteína que são mais susceptíveis a ação da papaína. Esta associação é duas vezes mais efetiva na digestão de proteínas do que a papaína sozinha.⁹

Uma vantagem da combinação da papaína-uréia pode ser um debridamento não específico dentro de uma grande faixa de pH (3,0-12,0). No entanto, talvez devido à característica não seletiva desta preparação, uma proeminente resposta inflamatória está associada com seu uso em feridas crônicas. Esta resposta inflamatória, juntamente com a quebra de componentes viáveis dentro do leito da ferida, é a provável razão da dor associada ao uso destes agentes. A clorofila agiria impedindo a aglutinação de eritrócitos e o tamponamento de vasos sanguíneos e linfáticos, prevenindo, assim, a formação de trombos e a deposição de fibrina.⁹

A utilização da Papaína no tratamento de feridas

Um dos estudos analisados descreveu o uso de papaína e mamão em 15 pacientes, cuja média de idade variou de 20 a 76 anos.¹⁵ A papaína foi protegida da luz e diluída em recipiente não metálico da seguinte forma: uma colher de café rasa da enzima para cada 50ml de água bidestilada; as gazes foram embebidas nesta solução e colocadas sobre as feridas. Quando a fruta foi usada, a mesma foi lavada e aberta com faca de plástico; as sementes e a casca foram retiradas e a polpa raspada. As feridas foram limpas com solução salina ou água e a

polpa foi colocada sobre a lesão. O estudo envolveu 24 feridas das quais 20 tinham necrose. Dos 15 sujeitos, cinco tiveram suas feridas cicatrizadas, cinco receberam alta por estarem com suas feridas quase cicatrizadas, dois foram encaminhados para a plástica, dois morreram e um abandonou o tratamento. Nenhum sujeito apresentou reações alérgicas, embora tenha havido um relato de queimadura.

Outro estudo avaliou a eficácia da solução de papaína.⁶ A enzima foi diluída em água bidestilada (50ml para uma colher de chá rasa da enzima). A troca de curativo foi efetuada de uma a três vezes ao dia. Com esse experimento, verificou-se que 75% da amostra apresentavam necrose, cinco dias após o início do tratamento; 30% apresentavam lesões livres de tecido necrosado e as feridas encontravam-se debridadas até o 17º dia de uso da papaína. O estudo em questão indica o uso da enzima até a completa cicatrização das lesões.

Solução de papaína diluída em 50ml de água bidestilada com uma colher de chá rasa da enzima foi aplicada em 18 pacientes com úlcera por pressão, úlcera varicosa, deiscência, por antraz, lesões por quimioterapia e úlcera plantar.⁷ Na primeira semana de tratamento a troca de curativo foi diária, proporcionando debridamento químico. A partir da segunda semana, nas lesões infectadas foi utilizado curativo de carvão ativado e prata; as lesões livres de infecção foram cobertas com placa de hidrocolóide. A associação da papaína a outros produtos foi eficaz, proporcionando cicatrização das feridas e possibilitando, também, a participação ativa dos pacientes ao tratamento.

Estudo que objetivou testar a efetividade da solução de papaína em quatro pacientes com infecção de vísceras e feridas abdominais abertas, com troca de curativo três vezes ao dia, relatou a diminuição na quantidade de exsudato purulento, em três diferentes concentrações.¹⁶ Em toracotomia, com deiscência total de parede, foi utilizada solução a 4%, e na lesão provocada por síndrome de Fournier utilizou concentração a 2% nas primeiras 24hs e, após este período, foi estabelecido o uso de 1%. Depois de 72 horas o exsudato diminuiu e o tecido de granulação foi visível. A cicatrização de todas as feridas ocorreu em 30 dias em média. Os pesquisadores observaram uma ótima resposta dos

pacientes ao tratamento, mas não registraram a evolução das feridas.

Estudos realizados por Monetta⁷ em feridas sem exsudato mostram que a troca de curativo foi feita a cada 24 horas, sendo que outros autores¹⁶ indicaram a troca de curativo três vezes ao dia em feridas com exsudato. Desta forma, percebeu-se que as trocas de cobertura das lesões dependem da quantidade de exsudato produzido. Assim, é preciso que o enfermeiro avalie as lesões, indicando o número de curativos necessários.

Em um ensaio terapêutico²² envolvendo três clientes hansenianos portadores de úlcera plantar, foi utilizada solução de papaína (uma colher de café rasa da enzima para cada 50ml de água bidestilada) com troca de curativo a cada 24h. O processo foi realizado pela equipe de enfermagem na unidade de saúde e pela família nos finais de semana. Dois pacientes apresentaram uma redução no tamanho da ferida, presença de tecido de granulação e diminuição do odor e exsudato após dois meses de tratamento. O terceiro cliente, que tinha somente uma ferida, apresentou cicatrização no 18º dia. Informações acerca dos pacientes e suas feridas foram mínimas. No entanto, os autores concluíram que o tratamento com papaína foi simples e de fácil aplicação domiciliar, resultando em rápida cicatrização quando comparado com outros métodos utilizados na unidade de saúde. O estudo não descreve a técnica utilizada para a diluição da solução de papaína.

Efeitos do uso de solução de papaína a 2%, três vezes ao dia, em 14 pacientes com lesões provocadas por Síndrome de Fournier, foram descritos em um dos estudos analisados.²³ Para diluição da solução, os pesquisadores utilizaram soro fisiológico, armazenando-a em almotolias protegidas da luz, em temperatura ambiente, por 12h. Durante suas avaliações, notaram que houve melhora acentuada da infecção em torno do terceiro dia de tratamento e cicatrização total das feridas em 30 dias (em média), além de não necessitar de debridamentos sucessivos.

Pode-se notar que a solução de papaína utilizada neste estudo²³ permaneceu por 12h armazenada em temperatura ambiente. Sabe-se que a papaína é altamente instável. Demonstrou-se que a instabilidade

da enzima em solução a 2%, na temperatura ambiente de 22°C, reduziu sua atividade enzimática a 64% em apenas 6h. Desta forma, pode-se notar que a solução de papaína teria seu efeito potencializado se utilizada imediatamente após a preparação.²⁰

Comparando-se os estudos de autores²³ que utilizaram papaína em feridas com exsudato, com troca de curativos três vezes ao dia e tempo médio de cicatrização de 30 dias, com outras pesquisas²² que utilizaram a papaína em úlceras com exsudato, com troca de curativo a cada 24 horas, com redução do odor e secreção após dois meses de tratamento, pode-se afirmar que a presença de exsudato exige mais troca de curativos, pois as secreções maceram as bordas das lesões e retardam o processo de cicatrização.

Com o objetivo de avaliar o uso tópico de solução de papaína a 2% no tratamento de úlceras cutâneas de clientes diabéticos, estudo exploratório e prospectivo foi realizado com nove sujeitos.²⁴ As feridas foram mensuradas no início do tratamento e semanalmente; para a análise estatística consideraram-se apenas as quatro semanas de tratamento. A solução de papaína foi diluída em água bidestilada e usada imediatamente com frequência de troca do curativo três vezes ao dia. Cinco clientes tiveram suas lesões cicatrizadas, três abandonaram o tratamento na quinta semana e um evoluiu para amputação; a média de cicatrização foi de 7,2 semanas. Na primeira semana de uso da papaína, os cinco clientes (55%) tiveram as feridas cicatrizadas. Os resultados estatísticos só foram significativos na primeira semana de avaliação, apesar da melhora clínica das lesões nas semanas subsequentes.

Embora os autores tenham utilizado teste estatístico na amostra, nota-se que o número de clientes foi insuficiente para generalizações. Ademais, não se pode concluir que a cicatrização deva ocorrer com maior velocidade com o passar dos dias, uma vez que a ferida cicatriza através de diferentes fases e vários são os fatores que podem influenciá-la.

Estudo descritivo e exploratório realizado em sete pacientes com deiscência de sutura, utilizou a papaína gel a 3%¹⁷ e, após o uso, os clientes relataram diminuição da dor. Ocorreu debridamento químico, formação de tecido de granulação e epitelização das

feridas em 30 dias, não sendo registrado nenhum efeito indesejado ao produto.

Através das evidências científicas, verifica-se que a enzima proteolítica age apenas nos tecidos inviáveis, não agredindo os tecidos sadios pela ação da enzima alfa1-antitripsina, globulina presente nas células sadias.

Em um estudo descritivo e retrospectivo, foi utilizada² solução de papaína em 37 pacientes com úlceras diabéticas, 41 com úlceras venosas e 40 com úlceras de pressão, com concentração a 2% em lesões com tecido viável e 10% em tecido inviável. A média de idade dos participantes foi de 62 anos, havendo predominância de mulheres (58,5%). Observou-se que após o 14º dia, o tecido de necrose diminuiu gradativamente até o 28º, enquanto a granulação e a epitelização aumentaram a partir do 7º dia, nos três grupos.

Pesquisa caso-controle utilizando ratos, divididos em dois grupos (controle e papaína) e com o objetivo de verificar a reparação tecidual de feridas cutâneas nestes animais, adotou em um dos grupos curativo a base de solução de papaína a 2%, duas vezes ao dia, sem oclusão das feridas.¹⁴ A comparação foi feita através da análise morfológica e histométrica das feridas. No grupo papaína, o processo de epitelização foi mais rápido do que no grupo controle; a quantidade de leucócitos foi sempre menor no grupo papaína; o número de fibroblastos foi maior no grupo papaína e a quantidade de fibras colágenas do grupo papaína foi sempre superior.

Através dos estudos analisados, nota-se que a maioria dos autores utilizou a papaína na forma de pó, diluída em água destilada. Outros pesquisadores²³ diluíram a papaína em soro fisiológico 0,9%. No entanto, não há registro de contra indicação entre as diluições.

Outra forma da utilização da papaína em pó é a aplicação direta sobre as lesões contendo necrose, colocando-se um curativo secundário com gazes umedecidas em soro fisiológico 0,9%, água destilada ou gel amorfo. Isso facilita a ação da enzima proteolítica promovendo um meio úmido e acelerando o debridamento das feridas.

CONCLUSÕES

Em relação à ação da papaína na cicatrização de feridas, pode-se verificar que a mesma auxilia na

remoção de exsudato, reduzindo o período de reparação do tecido, além de não prejudicar o tecido sadio ao redor da lesão. Dessa forma, a papaína age digerindo os restos teciduais e constituintes insolúveis do exsudato inflamatório, estimulando precocemente a fibroplastia.

As características intrínsecas da papaína envolvem a atuação como debridante químico, facilitando o processo cicatricial, aplicação bacteriostática, bactericida e antiinflamatória, além de proporcionar alinhamento das fibras de colágeno, provocando crescimento tecidual uniforme.

Verificou-se também que a papaína não estimula o sangramento no tecido de granulação, a menos que o paciente tenha uma deficiência da enzima alfa1 antitripsina.

No entanto, a utilização e os efeitos satisfatórios da papaína dependerão da concentração de uso desta enzima, haja vista que seu emprego deverá obedecer a concentrações segundo as características da lesão. Dessa forma, para a utilização em feridas secas ou com tecido de granulação, as concentrações de papaína podem variar de 2 a 4%; na presença de exsudato purulento e/ou infecções, as concentrações de papaína poderão variar entre 4 a 6%, e quando houver abundante quantidade de tecido necrótico na lesão recomenda-se a utilização da papaína na concentração entre 8 a 10%, após ser efetuada a escarectomia. A substituição do curativo é indicada, em média, a cada 12 horas.

Identificou-se na literatura nacional que há poucas produções científicas abordando a utilização da papaína. Na literatura pesquisada, a maioria dos profissionais da área de saúde que abordam o tema são enfermeiros.

Os estudos analisados mostram que os pesquisadores utilizaram a papaína na forma de gel ou pó. Em um período de 10 a 15 dias observaram a evolução da ferida com o uso da papaína, quer seja em pó ou em gel, desde que adequadamente aplicada.

A adequação do uso do produto (papaína) também está relacionada com os cuidados em sua manipulação. Na forma de pó, o profissional deverá utilizar EPI, pois há risco de doenças respiratórias como asma, pneumonia e enfisema.

Observou-se através desta revisão bibliográfica, que as trocas de curativos são feitas de acordo com a quantidade de exsudato presente nas feridas. Assim, é fundamental que o enfermeiro analise a lesão e indique a frequência adequada para a troca dos curativos.

Entende-se que novas pesquisas são necessárias, por se tratar de uma área de atuação importante para o enfermeiro, uma vez que o mesmo é responsável pela realização dos curativos e avaliação dos resultados. Além disso, o conhecimento adquirido poderá auxiliar na divulgação de um produto de baixo custo, de fácil aplicação e com bons resultados na cicatrização de feridas.

REFERÊNCIAS

1. Dantas Filho VP. Aspectos éticos do tratamento de feridas. In: Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de ferida. São Paulo: Atheneu; 2003. p.7-10
2. Monetta L. Análise evolutiva do processo de cicatrização em úlceras diabéticas, de pressão e venosas com uso de papaína [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
3. Rocha RPA, Gurjão WS, Brito LC Jr. A avaliação morfológica da cicatrização das lesões ulcerativas assépticas tratadas com solução de papaína. [acesso em 2006 jun 12]. Disponível em: http://www.conganat.org/7congresso/finavistaimpression.asp?id_trabajo=494
4. Medina JC, Garcia JLM, Salomón EAG, Vieira LF, Renesto OV, Figueiredo NMS et al. Mamão. São Paulo: Itai; 1998.
5. Poletti NAA. O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas. A busca de evidências para a prática [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2000.
6. Monetta L. A importância da atuação científica do enfermeiro na execução dos curativos feitos com papaína. Rev Paul Enferm. 1990; 9(3):83-7.
7. Monetta L. A utilização de novos recursos em curativos num consultório de enfermagem. Rev Paul Enferm. 1992; 11(1):19-26.
8. Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de ferida. São Paulo: Atheneu; 2003.
9. Falanga V. Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of therapeutic agents. Wounds. 2002; 14(2):47-57.
10. Gomes FSL, Carvalho DV. Tratamento de ferida: revisão de literatura. Rev Min Enferm. 2002; 6(1/2):67-72.
11. Stefanelli MC, Tsunehiro MA, Carvalho DV, Elsas BX; Posso MBS, Lui MC. Análise da revista da escola de Enfermagem da USP no período de 1967 a 1981. Rev Esc. Enferm. USP 1987; 1(3):263-84.
12. Velasco MVR. Desenvolvimento e padronização de gel contendo papaína para uso tópico [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo; 1993.
13. Silva LM. Efeitos benéficos da papaína no processo terapêutico de lesões de pele. In: Jorge SA, Dantas SRPE. Abordagem multiprofissional do tratamento de ferida. São Paulo: Atheneu; 2003. p.123-31.

14. Sanches Neto R. Aspectos morfológicos e morfométricos da reparação tecidual de feridas cutâneas de ratos com e sem tratamento com solução de papaína a 2% [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1991.
15. Monetta L. O uso da papaína nos curativos feitos pela enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 1987; 40(1):66-73.
16. Rogenski NMB, Guedes ML, Baptista CMC, Costa LDF. O uso da papaína em infecções de vísceras. *Rev Bras Enferm.* 1995; 48(2):140-43.
17. Ferreira AM, Poletti NAA, Pereira APS, Ribeiro RCHM. O curativo de lesões abdominais por deiscência de sutura. *Rev Nursing.* 2002; 5(53):29-34.
18. Pieper B, Caliri MHL. Nontraditional wound care: a review of the evidence for the use of sugar, papaya/papain, and fatty acids. *J WOCN.* 2003; 30(4):175-83.
19. Arruda SAM. Ação da papaína sobre a migração leucocitária em modelo de inflamação aguda em cavidade peritoneal de camundongos [dissertação]. Campinas: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas; 1991.
20. De Paola MVRV, Rodrigues LB, Dazzi C, Yamamoto JK. Avaliação da estabilidade da solução de papaína p/v pelo método de coagulação do leite. *Farm Quim.* 1999; 32(4):8-13.
21. Candido LC. Curativos e coberturas papaína. [acesso em 2008 jan 18]. Disponível em: <http://www.feridologo.com.br/curpapaina.htm>
22. Otuka ES, Pedrazzani ES, Pioto MP. O uso da papaína na úlcera plantar. *Rev Bras Enfem.* 1996;49(2):207-14.
23. Rogenski NMB, Baptista CNC, Sofia MH. O uso da papaína a 2% nas lesões provocadas pela síndrome de Fournier. *Rev Paul Enferm.* 1998; 17(1/3):39-45.
24. Prochnow AG, Carneiro M, Ethur ABM. Aplicação tópica de papaína em úlceras cutâneas de pessoas com diabetes. *Rev Nursing.* 2000; 3(27):26-9.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A *CuidArte Enfermagem*, revista das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva, com periodicidade semestral, tem por objetivo proporcionar à comunidade científica, enquanto um canal formal de comunicação e disseminação da produção técnico-científica nacional, a publicação de artigos relacionados à área da saúde, especialmente da Enfermagem. Objetiva também publicar suplementos sob a forma de coleções de artigos que abordem tópicos ou temas relacionados à saúde. O artigo deve ser inédito, isto é, não publicado em outros meios de comunicação.

As normas de um periódico estabelecem os princípios éticos na condução e no relatório da pesquisa e fornecem recomendações com relação aos elementos específicos da edição e da escrita. Visam melhorar a qualidade e a clareza dos textos dos artigos submetidos à revista, além de facilitar a edição. Os Editores recomendam que os critérios para autoria sejam contribuições substanciais à concepção e ao desenho, ou à coleta, análise e à interpretação de dados; redação do artigo ou revisão crítica visando manter a qualidade do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a publicar.

CATEGORIAS DE ARTIGOS DA REVISTA

ARTIGOS ORIGINAIS: Trabalho de pesquisa com resultados inéditos que agreguem valores à área da saúde, em especial na área da Enfermagem. Sua estrutura deve conter: resumo, descritores (palavras-chave), introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e referências. Sua extensão limita-se a 15 páginas. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 20, havendo, todavia, flexibilidade. O artigo original não deve ter sido divulgado em nenhuma outra forma de publicação ou em revista nacional.

ARTIGOS DE REVISÃO: Avaliação crítica e abrangente sobre assuntos específicos e de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, já cientificamente publicados. Os artigos deverão conter até 15 páginas.

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO: Trabalhos descritivos e interpretativos sobre novas técnicas ou procedimentos globais e atuais em que se encontram determinados assuntos investigativos. Os artigos deverão conter até 10 páginas.

ESPAÇO ACADÊMICO: Destinado à divulgação de estudos desenvolvidos durante a graduação, em obediência às mesmas

normas exigidas para os artigos originais. O nome do orientador deverá ser indicado em nota de rodapé e deverão conter no máximo 10 páginas.

RESENHAS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS: Análise crítica da literatura científica, publicada recentemente. Os artigos deverão conter até 3 páginas.

Os artigos devem ser encaminhados ao editor-chefe da revista, especificando a sua categoria.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS:

Eu (nós), abaixo assinado(s) transfiro(erimos) todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à *CuidArte Enfermagem*. Declaro(amos) ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Data e Assinatura(s).

Cada artigo deverá indicar o nome do autor responsável pela correspondência junto à Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail, e a este autor será enviado um exemplar da revista.

ASPECTOS ÉTICOS: Todas as pesquisas envolvendo estudos com seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução CNS-196/96, devendo constar o consentimento por escrito do sujeito e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Caso a pesquisa não envolva humanos, especificar no ofício encaminhado. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP. Quando relatam experimentos com animais, os autores devem mencionar se foram seguidas as diretrizes institucionais e nacionais para os cuidados e a utilização dos animais de laboratório.

ENVIO DE ORIGINAIS: O artigo deve ser enviado pelo correio em 4 vias impressas, com cópia em CD, digitado no programa Microsoft Office Word da versão 97 a 2003. Recomenda-se que os autores retenham uma cópia do artigo. Após o recebimento do material será enviado e-mail de confirmação ao autor responsável.

SELEÇÃO DOS ARTIGOS: Inicialmente, todo artigo submetido à Revista será apreciado pelo Conselho Científico nos seus aspectos gerais, normativos e sua qualidade científica. Ao ser aprovado, o artigo será encaminhado para avaliação de dois revisores do Conselho Científico com reconhecida competência no assunto abordado. Caso os pareceres sejam divergentes o

artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir o terceiro parecer). Os artigos aceitos ou sob restrições poderão ser devolvidos aos autores para correções ou adequação à normalização segundo as normas da Revista. Artigos não aceitos serão devolvidos aos autores, com o parecer do Conselho Editorial, sendo omitidos os nomes dos revisores. Aos artigos serão preservadas 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, 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). Redigir em parágrafo único, espaço simples, fonte 10, sem recuo de parágrafo.

Palavras-chave: devem aparecer abaixo do resumo, fonte tamanho 10, conter no mínimo 3 e no máximo 6 termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores, recomendados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e apresentados pela BIREME na forma 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. Seguir Normas de Apresentação Tabular do IBGE. Há uma diferença entre Quadro e Tabela. Nos quadros colocam-se as grades laterais e são usados para dados e informações de caráter qualitativo. Nas tabelas não se utilizam as grades laterais e são usadas para dados quantitativos.

Ilustrações: deverão usar as palavras designadas (fotografias, quadros, desenhos, gráficos, etc) e devem ser limitadas ao mínimo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto e apresentadas em folhas separadas. As legendas devem ser claras, concisas e localizadas abaixo das ilustrações. Figuras que representem os mesmos dados que as tabelas não serão aceitas. Para utilização de ilustrações extraídas de outros estudos, já publicados, os autores devem solicitar a permissão, por escrito, para reprodução das mesmas. As autorizações devem ser enviadas junto ao material por ocasião da submissão. As ilustrações deverão ser enviadas juntamente com os artigos em uma pasta denominada figuras, no formato BMP ou TIF com resolução mínima de 300 DPI. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material. Figuras coloridas não serão publicadas.

Abreviações/Nomenclatura: o uso de abreviações deve ser mínimo e utilizadas segundo a padronização da literatura. Indicar o termo por extenso, seguido da abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecer no texto. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica do produto.

Citações no Texto: devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, de acordo com a ordem de aparecimento no texto. Quando o autor é novamente citado manter o identificador inicial. No caso de citação no final da frase, esta deverá vir após o ponto final e no decorrer do texto, após a vírgula. Exemplo 1: citações com numeração seqüencial "...de acordo com vários estudos.¹⁻⁹" – Exemplo 2: citações com números intercalados "...de acordo com vários estudos.^{1,3,7-10,12}" Excepcionalmente pode ser empregado o nome do autor da referência como, por exemplo, no início de frases destacando sua importância.

Agradecimentos: deverão, quando necessário, ocupar um parágrafo separado antes das referências bibliográficas.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o "Estilo Vancouver" Requisitos

Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE). Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html e também disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/bsscm/vancouver.html> traduzido e adaptado por Maria Gorete M. Savi e Maria Salette Espíndola Machado.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Devem ser citados até seis autores, acima deste número, citam-se apenas os seis primeiros autores seguidos de et al.

Livro

Baird SB, Mccorkle R, Grant M. Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia: WB. Saunders; 1991.

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996; 73:1006-12.

Trabalho apresentado em congresso

Lorenzetti J. A saúde no Brasil na década de 80 e perspectivas para os anos 90. In: Mendes NTC, coordenadora. Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1989 set 2-7; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn – Seção SC; 1989. p.92-5.

Documentos jurídicos

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 jun 1986. Seção 1, p.1.

Tese/Dissertação

Lipinski JM. A assistência de enfermagem a mulher que provocou aborto discutida por enfermeiros em busca de uma assistência humanizada [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC; 2000.

Material eletrônico

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

ENDEREÇO PARA ENCAMINHAMENTO DE ARTIGOS



Av. São Vicente de Paulo, 1455 - Parque Iracema

Catanduva - SP

CEP 15809-145

Contato: e-mail: revistaenfermagem@fipa.com.br

Tel.: (17)3531-3228

Impressão:

RAMON NOBALBOS
GRÁFICA E EDITORA

E-mail: nobalbos@uol.com.br
Rua 7 de Setembro, 342 - PABX: (17) 3522-4453 - CATANDUVA - SP

A large, stylized graphic of an eye, composed of overlapping curved shapes in various shades of blue, positioned on the left side of the page.

CuidArte
Enfermagem