

CuidArte

Enfermagem



CuidArte

Enfermagem

ISSN 1982-1166

Catanduva, SP

Volume 3

Número 1

p. 1-90

janeiro/junho 2009

Semestral

EDITOR

Faculdades Integradas Padre Albino

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe

Virtude Maria Soler

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva - SP.

Editores

Alessandra Mazzo

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

Antonio Carlos de Araújo

Faculdades Integradas D. Pedro II, São José do Rio Preto - SP e Faculdades Integradas Padre Albino - Catanduva - SP.

Ilza dos Passos Zborowski

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva - SP.

Luciana Bernardo Miotto

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

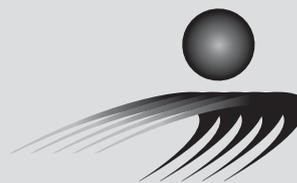
Maria Regina Lourenço Jabur

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva - SP.

Bibliotecária e Assessora Técnica

Marisa Centurion Stuchi

Faculdades Integradas Padre Albino – Catanduva - SP.



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

FUNDAÇÃO PADRE ALBINO

Conselho de Curadores

Presidente: Antonio Hércules

Diretoria Administrativa

Presidente: Geraldo Paiva de Oliveira

Núcleo Gestor de Educação: Antonio Carlos de Araújo

FACULDADES INTEGRADAS PADRE ALBINO

Diretor Geral: Nelson Jimenes

Vice Diretor: José Carlos Rodrigues Amarante

Coordenadora Pedagógica:

Dulce Maria Silva Vendruscolo

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora de Graduação:

Dircelene Jussara Sperandio

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 - Brasil
CEP 15809-145
Telefone (17) 3311-3228
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
Dircelene Jussara Sperandio – Enfermeira – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva – SP
Dulce Maria Silva Vendruscolo – Enfermeira – Faculdades Integradas Padre Albino - FIPA, Catanduva – SP
Helena Megumi Sonobe – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP
Izabel Amélia Costa Mendes - Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP
Isabel Cristina Belasco Bento – Enfermeira – Faculdades Integradas de Bebedouro – FAFIBE - SP
Jane Cristina Anders – Enfermeira – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Santa Catarina - SC
Josimerci Ittavo Lamana Faria – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP – SP
Lizete Diniz Ribas Casagrande – Pedagoga e Socióloga – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP
Lúcia Marta Giunta da Silva – Enfermeira – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) – Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo - SP
Lucieli Dias Pedreschi Chaves – Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP
Magda Fabbri Isaac Silva – Enfermeira – Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – HCFM-USP – SP
Manoel Santos – Psicólogo – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – SP
Manzélio Cavazzani Júnior – Biólogo - Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva – SP
Márcia Bucchi Alencastre – Enfermeira – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP e Faculdade de Educação São Luís de Jaboticabal – SP

Margarida Maria da Silva Vieira – Enfermeira - Universidade Católica Portuguesa – Porto - Portugal
Maria Auxiliadora Trevizan - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP – SP
Maria Cristina de Moura-Ferreira – Enfermeira - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – FAMED - UFU
Maria de Fátima Farinha Martins Furlan – Enfermeira – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP - SP
Maria Helena Larcher Caliri - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP
Maria José Bistafa Pereira - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP
Maria Luiza Nunes Mamede Rosa – Farmacêutica e Bioquímica – Faculdades Integradas Padre Albino – FIPA, Catanduva – SP
Maria Tereza Cuamatzi Peña - Enfermeira – Facultad de Estudios Superiores Zaragoza da Universidad Nacional Autónoma de México - México
Mariza Almeida Silva – Enfermeira – Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador – BA.
Marli Villela Mamede - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP - SP
Mary Elizabeth Santana – Enfermeira – Universidade Federal do Pará - UFPA – Belém do Pará – PA
Myeko Hayashida - Enfermeira - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto – SP
Rosemary Aparecida Garcia Stuchi – Enfermeira – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina – MG
Simone 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

NÚCLEO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS



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

C966 CuidArte enfermagem / Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem. -- Vol. 3, n. 1 (jan./jun.2009) - . - Catanduva : Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Enfermagem, 2007-
v. : il. ; 27 cm

Semestral.
ISSN 1982-1166

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

CDD 610.73

- Os artigos publicados na **CuidArte Enfermagem** são de inteira responsabilidade dos autores.
- É permitida a reprodução parcial desde que citada a fonte
- Capa: Ato Comunicação
- Impressão deste periódico: Ramon Nabalbos Gráfica e Editora Ltda.
- Início de circulação: dezembro de 2007 / *Circulation start: December 2007*
- Data de impressão: junho de 2009 / *Printing date: June 2009*

SUMÁRIO / SUMMARY / CONTENIDO

EDITORIAL

Maria Regina Lourenço Jabur

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

FENÔMENO *BULLYING* EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

PHENOMENON BULLYING IN COLLEGE

FENÓMENO *BULLYING* EN INSTITUCION DE ENSEÑANZA SUPERIOR

Virtude Maria Soler, Bruna Maria Menegusso, Carlos Eduardo José dos Santos, Kemelly Zaniboni Felice 11

ESTATÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS SOBRE A VIOLÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR MINEIRO

EPIDEMIOLOGICAL STATISTICS ABOUT VIOLENCE IN A MUNICIPALITY OF MINAS GERAIS, BRAZIL

COMPILACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA VIOLENCIA EN UN MUNICIPIO DE LO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

Rodrigo Euripedes da Silveira, Helena Hemiko Iwamoto, Sybelle de Souza Castro Miranzi 19

ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL À PESSOA HIPERTENSA E DIABÉTICA: DESAFIOS À ADEÇÃO

MULTIPROFESSIONAL ASSISTANCE TO THE DIABETIC HYPERTENSIVE PERSON: CHALLENGES TO THE ADHERENCE

ASISTENCIA MULTIPROFESIONAL A LA PERSONA CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES: DESAFÍOS A LA ADHESIÓN

Flávia Fernanda Luchetti Rodrigues, Sinval Avelino dos Santos 26

ASPECTOS PSICOSSOCIAL E SEXUAIS NO PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

SEXUAL AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS ON RENAL PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS

ASPECTOS PSICOSOCIAL Y SEXUALES EN EL PACIENTE RENAL EN TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO

Renata Bereta, Elisangela Cristina Centurião, Wellen Natali Scabéllo, Maria Cristina Moura-Ferreira 34

ENFERMEIROS EGRESSOS: EXPECTATIVAS E OPORTUNIDADES NO MERCADO DE TRABALHO

NURSES ALUMNI: EXPECTATIONS AND OPPORTUNITIES IN THE MARKET

ENFERMEROS EGRESOS: EXPECTATIVAS Y OPORTUNIDADES EN EL MERCADO DE TRABAJO

Ilza dos Passos Zborowski, Maria Regina Lourenço Jabur, Damaris Eloá Lúcio, Débora Biase Sperandio, Elizandra Dias 41

ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES / ARTÍCULOS DE REVISIÓN

PESQUISANDO A HUMANIZAÇÃO NO PARTO

SEARCHING THE HUMANIZATION OF CHILDBIRTH

HUMANIZAR LA INVESTIGACIÓN AL NASCER

Michelle de Oliveira Martins Costa, Denise Gonzalez Stellutti Faria, Zaida Aurora Sperli Gerald Soler 49

CÂNCER DE PULMÃO E HÁBITO DE FUMAR: REVISÃO DE LITERATURA

LUNG CANCER AND SMOKING: LITERATURE REVIEW

CÁNCER DE PULMÓN Y HÁBITO DE FUMAR: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Adriele Souza da Silva, Francine Fontanezi, Alessandra Mazzo, Helena Megumi Sonobe 58

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO

NURSE'S PROFESSIONAL SATISFACTION: A REVIEW

SATISFACCIÓN PROFESIONAL DEL ENFERMERO: UNA REVISIÓN

Damaris Eloá Lúcio, Débora Biase Sperandio, Elizandra Dias, Luciana Bernardo Miotto, Maristela Aparecida Magri Magagnini 63

ELIMINAÇÕES URINÁRIAS: PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ENFERMAGEM

URINARY ELIMINATION: SCIENTIFIC PRODUCTION IN NURSING

ELIMINACIONES URINARIAS: PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN LA ENFERMERÍA

Laís Fumincelli, Alessandra Mazzo, Silvia Helena Tognolli, Isabel Amélia Costa Mendes, Amanda de Assunção T. da Silva, Barbara J. da Costa Pereira 73

CURRÍCULO DE ENFERMAGEM: COMPETÊNCIAS E HABILIDADES PARA FORMAÇÃO DE DOCENTES

NURSING CURRICULUM: ABILITIES AND SKILLS FOR TEACHER EDUCATION

CURRÍCULO DE ENFERMERÍA: APTITUDES Y HABILIDADES PARA LA FORMACIÓN DE DOCENTES

Andressa Alves Molina, Luciana Bernardo Miotto 79

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

PUBLICATION RULES 88

Editorial

Maria Regina Lourenço Jabur¹

A pesquisa brasileira na área de saúde tem crescido muito nos últimos anos. A Enfermagem, em especial, tem contribuído de forma efetiva para esse crescimento.

A revista *CuidArte Enfermagem*, em seu quarto número, consolida-se como um periódico que, juntamente com outras revistas nacionais, representa uma excelente opção para o pesquisador divulgar suas pesquisas. Além disso, para o leitor, é uma oportunidade de atualização de conhecimentos para melhoria de sua prática assistencial, ensino e/ou de pesquisa.

Neste número são apresentados temas variados e de bastante interesse que retratam a realidade do contexto de saúde do País. Situações e problemas que se tornaram grandes desafios de saúde pública. Juntamente com as temáticas, os artigos nos remetem a uma reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde diante deste contexto.

Neste sentido, destacam-se os artigos: epidemiologia da violência, que retrata a violência doméstica, tendo como vítimas principalmente mulheres, realizado em um município mineiro; estudo sobre doenças crônicas degenerativas, como a hipertensão e o diabetes, que mostra a importância da abordagem multidisciplinar como uma forma de promover a adesão dos pacientes ao tratamento; estudo sobre o câncer de pulmão relacionado ao hábito de fumar, levando-nos a refletir em como atuar junto à sociedade na mudança de hábitos, visando a promoção de saúde.

Todos são temas de difícil abordagem no cotidiano das ações de saúde, por isso são importantes as contribuições trazidas por estes pesquisadores.

A revista aborda, também, estudos acerca da profissão e da graduação em enfermagem.

O primeiro artigo faz uma revisão de literatura sobre a satisfação ou insatisfação profissional do enfermeiro, mostrando que este é um importante indicador na qualidade de assistência prestada. O segundo se volta para os egressos de enfermagem, avaliando suas expectativas e reais oportunidades ao se inserirem no mercado de trabalho. O terceiro traz, através de uma revisão da literatura, a questão do currículo na graduação, destacando as competências e habilidades necessárias para um futuro docente nesta área.

Relevante e atualíssimo o tema sobre *Bullying*, que descreve o conhecimento, as práticas vivenciadas e observadas desta forma de violência e intimidação entre graduandos de um curso de enfermagem.

A humanização é pauta constante da agenda de saúde e permeia todas as ações em todas as áreas e, portanto, não poderia deixar de ser abordada neste número. Contextualizando temas contemporâneos o artigo relacionado à humanização no parto e um outro que discute aspectos psicossociais e sexuais dos pacientes renais crônicos, reforçam o compromisso dos profissionais com a integralidade da assistência de enfermagem.

Buscando ampliar a compreensão e também contribuir ainda mais com a qualidade dos artigos deste número, há uma revisão bibliográfica sobre eliminações urinárias, destacando a necessidade de mais estudos sobre essa temática na área de enfermagem.

Apesar do crescimento em pesquisa na área da saúde é preciso avançar mais, pesquisar mais. Os resultados precisam ser divulgados, pois sem comunicação e sem acesso ao conhecimento não há mudança.

Nós da *CuidArte Enfermagem* temos certeza que estamos dando nossa contribuição para o avanço da Enfermagem e, conseqüentemente, para a saúde dos brasileiros.

¹ Mestre e Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: mrl.jabur@terra.com.br

Editorial

Maria Regina Lourenço Jabur¹

Brazilian research in health care has grown significantly in recent years. Nursing, in particular, has contributed effectively to this growth.

CuidArte Enfermagem magazine, in its fourth issue, establishes itself as a journal that, along with other national magazines, is an excellent choice for the researcher to disclose their work. In addition, for the reader, it is an opportunity to update knowledge in order to improve their care practice, education and / or research.

This issue presents various and interesting themes that express the reality of the context of the country's healthcare, situations and problems that have become major public health challenges. Along with the themes, the articles remind us to reflect on the role of health professionals on this setting.

In this regard, we highlight the articles: the epidemiology of violence, which shows domestic violence, in most cases the victims are women, held in a town in Minas Gerais State ; study of degenerative diseases such as hypertension and diabetes, which shows the importance of multidisciplinary approach as a way to promote patients to submit the treatment; study of lung cancer related to smoking habits , causing us to reflect on how to work with the society's change of habits, seeking to promote health.

All issues are difficult to be approached in the daily actions of health, so the contributions made by these researchers are extremely important.

The magazine also addresses studies about the profession and the Nursing graduation..

The first article reviews the literature on nurses' satisfaction or dissatisfaction, showing that this is an important indicator in the quality of care. The second turns to the graduates of Nursing, assessing their expectations and real opportunities to engage in the work market. The third brings, through a literature review, the issue of the graduation curriculum, highlighting the required skills and abilities for a future professor in this area.

The article on Bullying, relevant and updated, which describes the knowledge, experienced and observed practices in this form of violence and intimidation among students of a Nursing course.

Humanization is a constant topic at the health agenda and permeates all actions in all areas and, therefore, could not be forgotten in this issue. Contextualizing contemporary themes, the article referred to humanization in baby delivery and another that discusses sexual and psychosocial aspects of chronic renal patients, reinforce the commitment of professionals with the entire Nursing care.

Looking for expanding its understanding and also offering longer contribution to the quality of articles in this issue, there is a literature review on urinary eliminations, highlighting the need for more studies on this topic in Nursing.

Despite the growth in research in the area of health, it's necessary to go further, make deeper researches. The results must be disclosed, because without communication and access to knowledge, there is no change.

We at CuidArte Enfermagem are sure that we have been contributing to the advance of Nursing and, consequently, to the health of Brazilians.

Editorial

Maria Regina Lourenço Jabur¹

La investigación brasileña en el área de salud ha crecido mucho los últimos años. La Enfermería, en especial, ha contribuido de forma efectiva para tal crecimiento.

La revista *CuidArte Enfermagem*, en su cuarto número, se consolida como un periódico que, juntamente con otras revistas nacionales, representa una excelente opción para el investigador divulgar sus investigaciones. Además, para el lector, es una oportunidad de actualización de conocimientos para la mejoría de su práctica asistencial, enseñanza y/o de investigación.

En este número se presentan temas variados y de bastante interés que retratan la realidad del contexto de salud del País. Situaciones y problemas que se tornaron grandes desafíos de salud pública. Juntamente con las temáticas, los artículos nos remiten a una reflexión sobre el papel de los profesionales de salud ante este contexto.

En este sentido, se destacan los artículos: epidemiología de la violencia, que retrata la violencia doméstica, teniendo como víctimas principalmente mujeres, realizado en un municipio de Minas Gerais; estudio sobre enfermedades crónicas degenerativas, como la hipertensión y la diabetes, que muestra la importancia del planteamiento multidisciplinar como una forma de promover la adhesión de los pacientes al tratamiento; estudio sobre el cáncer de pulmón relacionado al hábito de fumar, que nos lleva a reflexionar de que manera actuar junto a la sociedad en el cambio de hábitos, visando la promoción de salud.

Todos son temas de difícil planteamiento en el cotidiano de las acciones de salud, por eso son importantes las contribuciones aportadas por estos investigadores.

La revista trata, también, de estudios sobre la profesión y la graduación en enfermería.

El primer artículo hace una revisión de literatura sobre la satisfacción o insatisfacción profesional del enfermero, mostrando que este es un importante indicador en la calidad de asistencia prestada. El segundo se destina a los egresos de enfermería, evaluando sus expectativas y reales oportunidades al entrar al mercado de trabajo. El tercero trae, a través de una revisión de la literatura, la cuestión del currículo en la graduación, destacando las competencias y habilidades necesarias para un futuro docente en el área.

Relevante y actualísimo el tema sobre *Bullying*, que describe el conocimiento, las prácticas vivenciadas y observadas de esta forma de violencia e intimidación entre estudiantes de un curso de enfermería.

La humanización es pauta constante de la agenda de salud y está presente en todas las acciones, en todas las áreas y, por lo tanto, no podría dejar de ser tratada en este número. Contextualizando temas contemporáneos, el artículo relacionado a la humanización en el parto y un otro que discute aspectos psicosociales y sexuales de los pacientes renales crónicos, refuerzan el compromiso de los profesionales con la integralidad de la asistencia de enfermería.

Buscando ampliar la comprensión y también contribuir aún más con la calidad de los artículos de este número, hay una revisión bibliográfica sobre eliminaciones urinarias, destacando la necesidad de más estudios sobre tal temática en el área de enfermería.

A pesar del crecimiento en la investigación en el área de la salud es necesario avanzar más, investigar más. Los resultados necesitan ser divulgados, pues sin comunicación y sin acceso al conocimiento actualizado no hay cambio significativo.

Nosotros de *CuidArte Enfermagem* tenemos la seguridad de que estamos dando nuestra contribución para el avance de la Enfermería y, consecuentemente, para la salud de los brasileños.

¹ Mestre e Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: mrl.jabur@terra.com.br



Artigos Originais

FENÔMENO *BULLYING* EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR¹

PHENOMENON BULLYING IN COLLEGE FENÓMENO *BULLYING* EN INSTITUCION DE ENSEÑANZA SUPERIOR

Virtude Maria Soler*, Bruna Maria Menegesso**, Carlos Eduardo José dos Santos**, Kemely Zaniboni Felice**

Resumo

Forma de violência e intimidação gerada por meio de atitudes agressivas, geralmente presente nas escolas, a prática do *bullying* envolve o predomínio da força em ações repetitivas, sem motivação aparente, observada entre alunos ou grupos uns contra os outros, vivenciada também virtualmente como *ciber-bullying*. Estudo descritivo e quantitativo, cujo objetivo foi identificar o conhecimento, práticas vivenciadas e observadas de *bullying* entre graduandos de um curso de enfermagem de uma escola de nível superior do interior paulista, possíveis agressores, vítimas e observadores e as sugestões apontadas para minimizar/solucionar práticas agressivas e de violência. O questionário inglês *Kidscape*, complementado por um instrumento semi-estruturado, adaptado à realidade da população do estudo, foi utilizado na coleta de dados. Foram sujeitos 130 graduandos de enfermagem e identificadas ações de *bullying* em baixos níveis, predominantemente verbais 13 (10%), físicas 10 (7,6%), além de pouco conhecimento acerca dessa prática, pois 73 sujeitos (51%) desconheciam o termo. Diante do crescente aumento de atitudes de violência e paralelismo em detrimento da alteridade e a intersubjetividade, é necessário explorar o tema nas instituições de ensino superior, abordando direitos e deveres, atos e responsabilidades, respeito mútuo e compartilhamento, visando proporcionar diálogos reflexivos e construtivos acerca de questões ético-morais e favorecer o desenvolvimento de ambientes mais saudáveis, de harmonia interpessoal e maior produtividade escolar.

Palavras-chave: *Bullying*. Violência escolar. Comportamento. Alteridade.

Abstract

Form of violence and intimidation generated by aggressive actions, usually present in schools, bullying involves the predominance of force in repetitive actions with no apparent motivation, observed between students or groups against each other, also lived virtually as cyber - bullying. Study descriptive and quantitative, aimed to identify the knowledge, practices, experienced and observed bullying among students of a nursing course in a college in the state of São Paulo, and the suggestions made to minimize / solve aggressive practices and violence. The English *Kidscape* questionnaire, complemented by a semi-structured instrument, adapted to the reality of the study population was used to collect data. The subjects were 130 nursing students and identified actions of bullying at low levels, mainly verbal 13 (10%), physics 10 (7.6%), and little knowledge about this practice, as 73 subjects (51%) ignored the term. The growing number of violent attitudes and parallelism rather than to take de place of the other and intersubjectivity, it is necessary to explore the subject in college institutions, addressing the rights and duties, actions and responsibilities, mutual respect and sharing, aiming to provide thoughtful and constructive dialogue about ethical and moral and encourage the development of healthier environments, the interpersonal harmony and greater productivity school.

Keywords: *Bullying*. School violence. Behavior. Take place.

Resumen

Forma de violencia e intimidación generada por medio de actitudes agresivas, en general presente en las escuelas, la práctica del *bullying* usa el predominio de la fuerza en acciones repetitivas, sin motivación aparente, observada entre alumnos o grupos unos contra los otros, vivida también virtualmente como *ciber-bullying*. Estudio descriptivo y cuantitativo, cuyo objetivo ha sido identificar el conocimiento, prácticas vividas y observadas de *bullying* entre estudiantes de la carrera de enfermería de una escuela de nivel superior del interior paulista, y las sugerencias señaladas para minimizar/solucionar prácticas agresivas y de violencia. El cuestionario inglés *Kidscape*, complementado por un instrumento semiestructurado, adaptado a la realidad de la población del estudio, ha sido utilizado en la recolección de datos. Se han observado a 130 estudiantes de enfermería e se han identificado las acciones de *bullying* en bajos niveles, predominantemente verbales 13 (10%), físicos 10 (7,6%), además de poco conocimiento sobre esa práctica, pues 73 individuos (51%) desconocían el término. Ante el creciente aumento de actitudes de violencia y paralelismo en detrimento de la alteridad y la intersubjetividad, es necesario explorar el tema en las instituciones de enseñanza superior, tratando de los derechos y deberes, actos y responsabilidades, respeto mutuo y compartimiento, con miras a ofrecer diálogos reflexivos y constructivos acerca de cuestiones ético-morales y favorecer el desarrollo de entornos más saludables, de la armonía interpersonal y mayor productividad académica.

Palabras clave: *Bullying*. Violencia escolar. Comportamiento. Alteridad.

¹Pesquisa Institucional desenvolvida em 2008, nas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil.

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

**Enfermeiros graduados pelo Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

As relações sociais construídas e representadas por valores, ideias, formas jurídicas e políticas em diversas instituições sociais, sustentam a objetivação da subjetividade humana, considerando-se o pressuposto de que todo sujeito é constituído historicamente, sendo, ao mesmo tempo, produto e produtor do contexto no qual está inserido, sob determinadas regras e condições sociais.

O ser humano se constitui, portanto, por meio da dinâmica social entre objetivação e subjetivação; o psiquismo resulta da atividade do sujeito no contexto das relações por ele estabelecidas. Quando ocorrem grandes mudanças sociais e culturais como as provocadas na contemporaneidade, as pessoas são, em geral, plenamente afetadas¹.

Essa fluidez de padrões evidenciados nas últimas décadas, decorrentes de rupturas em vários planos, circunscreve comportamentos mais imediatos, instantâneos, às vezes efêmeros, principalmente em indivíduos jovens, "sufocando" as fases necessárias de introspecção e reflexão no cotidiano das ações sociais.

Atualmente se observa e tem-se registrado comportamentos agressivos entre os jovens estudantes, enquanto um fenômeno universal, na maioria das vezes vistos como comportamentos naturais e, frequentemente desvalorizados, ou ignorados, principalmente pelos adultos. Estudos desenvolvidos nas últimas duas décadas demonstram que comportamentos violentos e agressivos entre os jovens podem gerar conseqüências negativas, imediatas e tardias, principalmente no rendimento escolar e convívio social¹.

O comportamento denominado *bullying* compreende todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), causando dor e angústia, executadas dentro de uma relação desigual de poder. Atos repetidos entre iguais (estudantes) e o desequilíbrio de poder são as características essenciais, que tornam possível a intimidação da vítima¹⁻⁴.

Esse tipo de prática é identificado por meio de algumas ações, como "colocar apelidos, ofender, zoar, gozar, encarnar, sacanear, humilhar, fazer sofrer, discriminar,

excluir, isolar, ignorar, intimidar, perseguir, assediar, aterrorizar, amedrontar, tyrannizar, dominar, agredir, bater, chutar, empurrar, ferir, roubar, quebrar pertences"^{1,2,3,4}.

Neste tipo de assédio a idéia é atormentar, humilhar e depreciar a "vítima", um indivíduo escolhido para ser o alvo dos ataques. A pessoa é "eleita" porque o agressor a vê como frágil, vulnerável ou inferior. Prescinde de uma estrutura de poder entre o agressor e a vítima¹⁻⁴, esta, por razões particulares, recebe a ação do *bullying* de forma passiva. Em geral, a pessoa sente-se impotente, imobilizada e acaba desenvolvendo medo, pânico, depressão ou distúrbios psicossomáticos. A dignidade e a auto-estima vão sendo muito prejudicadas^{1,4-6}.

Quanto à classificação, o *bullying* direto ocorre quando as vítimas são atacadas diretamente por meio de apelidos, agressões físicas, ameaças, roubos, ofensas verbais ou expressões e gestos que geram mal estar aos alvos, ato utilizado quatro vezes mais por pessoas do sexo masculino. Enquanto o *bullying* indireto, quando as vítimas estão ausentes, ocorre por atitudes de indiferença e isolamento, difamação e negação aos desejos, predomina em pessoas do sexo feminino^{2,3,5,6}.

Três condições são necessárias para caracterizar o *bullying*: que o ato seja agressivo e negativo; que haja repetição frequente, além de desequilíbrio de poder entre as partes envolvidas⁷⁻¹⁰. Todavia, possui ainda a propriedade de ser evidenciado em todos os lugares e situações em que ocorram relações interpessoais. Pesquisadores mundiais vêm direcionando suas pesquisas para este tema, que tem crescido alarmantemente e atingido faixas etárias cada vez mais distintas, assolando também estudantes do ensino superior⁸. Manifesta-se também de formas sutis, através de elementos como gestos, olhares, atitudes sedutoras e intencionalmente confusas, o que torna difícil para a vítima provar que está sendo alvo do tal fenômeno. Frequente pela internet, é denominado *cyber-bullying*^{1,2,8,9}.

Objeto de estudo inicialmente na Noruega em 1970, as pesquisas sobre *bullying* são recentes e ganharam destaque desde 1990, principalmente com Olweus, 1993; Smith e Sharp, 1994; Ross, 1996 e Rigby, 1996^{7,8}. Embora a literatura em *bullying* tenha crescido significativamente desde 1990, no Brasil, poucas pesquisas foram publicadas,

especificamente na área da saúde¹¹. Os estudos centram-se na Europa, Austrália e Canadá^{1,3-5}.

O termo *bullying* tem origem na palavra inglesa *bully*, que significa *valentão*, *brigão*, e não envolve apenas a pessoa que agride ou é agredida, pois quem apenas observa também está, de alguma maneira, envolvido no contexto do problema⁷. Embora haja preocupação com as causas e consequências do *bullying* nas escolas, assim como com o assédio moral nos ambientes de trabalho, é necessário investigar o problema deste tipo de violência em escolas de ensino superior, na área médica e da saúde, visando combater essa prática^{3,4}. Caracterizada como uma das formas de violência que mais cresce no mundo, também envolve práticas de racismo, comumente desenvolvidas por universitários^{8,11,12}.

Pesquisas apontam que, aproximadamente, 20% dos alunos que provocam *bullying* também sofrem essa ação, sendo denominados alvos/autores. A combinação de baixa auto-estima e atitudes agressivas e provocativas é indicativa de uma criança ou jovem que tem, como razão para a prática do *bullying*, prováveis alterações psicológicas, necessitando, portanto, de atenção especial. Inseguros, depressivos, inoportunos, procuram humilhar seus colegas para encobrir suas limitações. Depressão, pensamentos suicidas e distúrbios psiquiátricos são mais frequentes nesse grupo^{5,6}.

Resultante de preconceito e discriminação, caracteriza traços culturais da pessoa no convívio familiar que geralmente emergem no ambiente escolar¹⁻⁴. Torna-se utópico acreditar que estudantes universitários apresentem maior capacidade de defesa, pois sofrem abusos por parte de colegas e também da equipe docente, embora também agridam, ignorem, discriminem e, em alguns casos, até matem por não suportarem mais serem humilhados. Em ambientes universitários governados por pessoas insensíveis à violência, o *bullying* é visto como processo natural, comumente descartado. Atitudes abusivas por parte de professores, que utilizam o recurso avaliação para punir aqueles que pensam de forma diferente da imposta, são muitas vezes ignoradas - talvez por regimes hierárquicos inflexíveis ou por questões políticas⁸.

Tradicionalmente, na escola a avaliação de desempenho dos alunos é feita com base nas notas dos

testes de conhecimento e cumprimento das tarefas acadêmicas. Três documentos legais formam a base de entendimento com relação ao desenvolvimento e educação das crianças e jovens: a Constituição da República Federativa do Brasil; o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Convenção sobre os Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas, onde estão previstos o respeito à dignidade e a educação entendida como um meio de prover o pleno desenvolvimento da pessoa e seu preparo para o exercício da cidadania^{5,6}.

Alteridade caracteriza apreender o outro na plenitude da sua dignidade, dos seus direitos e, sobretudo, nas suas diferenças. Quanto mais assimétricas as relações pessoais e sociais, mais conflitos ocorrem¹³.

Para Frei Beto¹³, o desafio consiste em transformar instituições de ensino naquilo que elas deveriam ser sempre, comunidades de alteridade sob a perspectiva da generosidade, na medida em que o outro é percebido como outro, bem como a diferença do outro em relação a nós. Nesse sentido, é necessário aprender a entrar em relação com o outro pela única via possível - a via do amor, na expressão evangélica; do respeito, sob uma expressão ética; do reconhecimento dos seus direitos, no âmbito jurídico e do resgate do realce da sua dignidade como ser humano, na expressão moral. Supõe o diálogo e a capacidade de entender o outro a partir da sua experiência de vida e da sua interioridade ou singularidade.

Espaço aberto à complementação educacional que se inicia e desenvolve junto à família no contexto social, atualmente a escola se vê desafiada a responder a estas questões e a desenvolver meios de ação em favor da alteridade. Enquanto instrumento de renovação social, deve formar homens mais livres e preparados para o futuro, ensinando-os a viver com mais consciência, compreensão, tolerância, solidariedade e generosidade. Portanto, deverá implantar novas idéias, auxiliar a melhorar atitudes e novos ideais a partir do diálogo reflexivo, da criatividade e compartilhamento, contribuindo para o desenvolvimento de senso crítico através da parceria.

Perceber, identificar, monitorar e trabalhar as habilidades ou possíveis dificuldades que os jovens possam ter em seus convívios sociais com os colegas, passa a ser atitude a ser implementada pelos que assumiram a

responsabilidade pela educação, a saúde e a segurança de seus alunos, bem como de pacientes, pais e filhos⁶.

A grandeza moral é medida pela soma dos valores éticos e comportamentais. O autodescobrimento exige uma nova ética nas relações consigo e com a vida: a ética da transformação, enquanto rota para o crescimento integral¹³.

Este estudo buscou identificar o conhecimento acerca da temática e as atitudes de *bullying* vivenciadas entre os graduandos de enfermagem, objetivando desenvolver, no âmbito da instituição escolar, diálogos mais abertos e tratamento pertinente visando diminuir/erradicar este comportamento no ambiente escolar.

OBJETIVOS

Identificar conhecimentos acerca do *bullying*, atitudes e situações que envolvem essa prática entre graduandos do curso de enfermagem de uma escola de nível superior do interior paulista. Como objetivos específicos, identificar o perfil sociográfico dos sujeitos; possíveis agressores, vítimas e observadores e as propostas apresentadas pelos sujeitos para a solução das atitudes consideradas agressivas e de violência.

METODOLOGIA

Pesquisa institucional, descritiva e quantitativa, cuja coleta de dados foi obtida pela aplicação do instrumento *Kidscape* e um instrumento semi-estruturado para identificar questões sócio-demográficas e específicas à prática de *bullying* entre a população do estudo. Foram sujeitos 130 graduandos do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior do interior paulista, após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição.

O instrumento *Kidscape* foi desenvolvido pela instituição inglesa *Kidscape* que há vários anos se dedica ao estudo do tema *bullying*. Atualmente difundido e aplicado por diversas escolas em vários países, principalmente a alunos do ensino fundamental e médio¹⁴. Trata-se de um questionário anônimo e autopreenchível, composto por treze perguntas fechadas e uma aberta. Permite identificar agressores, vítimas e observadores de maus-tratos, caracterizar a população (vítimas e agressores), analisar o modo como os alunos vêem a

solução do problema da violência nas escolas e a maneira como interpretam e sentem a violência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram disponibilizados em três sessões: perfil sociodemográfico da população do estudo; conhecimento, comportamentos e atitudes acerca do *bullying*; sugestões para diminuir/eliminar atitudes agressivas e violentas.

I - Perfil sociodemográfico da população do estudo

Foram sujeitos 130 discentes, dos quais 32 (24,6%) eram do primeiro ano; 35 (26,9%) do segundo; 39 (30%) do terceiro e 24 (18,4) do quarto. Predominaram sujeitos do sexo feminino, num total de 115 (88,4%), sendo 15 (11,5%) do sexo masculino.

A idade mínima foi de 17 anos e a máxima 43 anos. Destes, 56 (43%) graduandos se encontravam na faixa etária entre 17 a 20 anos; 62 (47,6%) na faixa etária de 21 a 30 anos; 11 (8,4%) entre 31 a 40 anos, enquanto apenas um graduando (0,7%) se encontrava na faixa etária de 41 a 50 anos.

A maioria dos graduandos, 88 (65,3%), era natural da cidade de Catanduva-SP, dos quais 85 (67,6%) residiam nesta cidade, enquanto os demais em cidades da região. Quanto à religião, 98 (75,3%) sujeitos declararam ser católicos, 14 (10,7%) espíritas, 10 (7,6%) evangélicos, 3 (2,3%) cristãos, 2 (1,5%) crentes, enquanto 32 (24,6%) declararam não adotar nenhuma religião.

Quando interrogados sobre atividades desenvolvidas como lazer, foram relatadas e mais frequentes: namorar, acessar a internet, passear com amigos e/ou com a família, assistir filme, sair para dançar ou ir a shows, dentre outros. Declararam não ter hábitos de lazer 37 (28,4%) sujeitos, atribuindo o fato ao tempo destinado aos estudos e trabalho simultaneamente.

Os aspectos referentes à moradia foram: residiam com a família 30 (23%) graduandos do primeiro ano, 32 (24,6%) do segundo ano, 36 (27,6%) do terceiro ano e 20 (15,3%) do quarto ano. Revelaram morar sozinho: 2 (1,5%) graduandos do primeiro e do segundo ano; 1 (0,7%) do terceiro e do quarto ano. Outra forma de residir durante o período da graduação é

em repúblicas; morava assim 1 (0,7%) graduando de cada um dos anos (primeiro, segundo e terceiro) e 3 (2,3%) do quarto ano.

Atualmente muitos estudantes do curso superior em escolas particulares trabalham para poder pagar o curso na graduação, outros, no entanto, recebem subsídio dos pais ou familiares na forma de mesadas. A esse respeito referiram apenas estudar 81 (62,3%) graduandos, 49 (37,6%) estudavam e trabalhavam, enquanto 30 (21%) recebiam auxílio financeiro da família, 41 (31,5%) não recebiam auxílio e 49 (45,3%) não ofereceram nenhuma informação a esse respeito.

Interrogados acerca do número de horas de sono, houve predominância para 8h de sono/dia representando 45 (34,6%) graduandos, seguido de: 7h 20 (15,3%), 6h 16 (12,3%), 4h 9 (6,9%), 5h 8 (6,1%), 9h 5 (3,8%), 2h 5 (3,8%), 10h 3 (2,3%), 3h 1 (0,7%), 1h 1 (0,7%), enquanto 17 sujeitos (13%) não declararam.

A Tabela 1 complementa os dados sociais sobre o sono.

Tabela 1 – Aspectos relacionados ao sono referidos pelos graduandos do curso de enfermagem de uma escola de nível superior do interior paulista

Característica do Sono	Contínuo	Interrompido	Insônia	Pesadelo	Não informaram
1º ano	22	5	2	1	3
2º ano	16	7	3		3
3º ano	24	7	5		2
4º ano	10	11	1		3
Total	72	30	11	1	11
%	55,3%	23%	8,4%	0,7%	8,4%

A maioria dos sujeitos declarou horas de sono/dia insuficientes. Incluindo-se também as horas de trabalho simultâneo aos estudos, informadas por 37,6% dos sujeitos, as condições socioculturais e econômicas, de moradia e a faixa etária, além de outros desgastes físicos, psicológicos e emocionais no convívio escolar, há variáveis ou fatores contribuintes para possíveis atitudes de mau humor e ocorrência de comportamentos hostis e/ou agressivos no ambiente escolar. Aspectos que precisam ser mais amplamente investigados.

A irregularidade do ciclo vigília/sono ou privação parcial de sono podem ser percebidas entre jovens universitários pela diminuição do estado de alerta e concentração para o desenvolvimento de atividades escolares; alterações de comportamento e humor, como

aumento da irritabilidade; sonolência diurna e aumento das horas de sono nos finais de semana^{15,16}. A redução de horas de sono associada às outras variáveis individuais como o estresse ou cronotipo do indivíduo, especialmente este, influenciam a alocação temporal dos ritmos biológicos¹⁷ e podem ser responsáveis pela redução no desempenho acadêmico e consequente alteração da qualidade de vida¹⁵.

II – Conhecimento, comportamentos e atitudes acerca do *bullying*

Entre os sujeitos da pesquisa, 52 (40%) graduandos haviam ouvido falar sobre o *bullying*, enquanto a maioria, 78 (60%), não. Destes, 67 (51,5%) graduandos declararam saber o que é *bullying* e 73 (56,1%) desconheciam o termo. Gostariam de aprender 118 (90,7%), enquanto 10 (7,6%) não.

Quanto a atitudes discriminatórias na instituição, 28 graduandos (21,5%) referiram se sentirem discriminados, 101 (76%) não; 1 (0,7%) não declarou. Sobre atitudes violentas nas dependências da instituição: 16 graduandos (21,5%) referiram ter sofrido algum tipo de agressão, embora a maioria, 104 (80%), não. Tipos de violência usual: verbal, 13 (10%); física, 10 (7,6%); 10 (7,6%) não declararam.

Quando interrogados acerca da existência de boatos no ambiente escolar, 112 (86,1%) graduandos afirmaram essa prática; 16 (12,3%) negaram; 2 (1,5%) não declararam. Indagados quanto a quem: 67 (49,1%) graduandos referiram sobre os docentes, 8 (6,1%) envolvendo graduandos e docentes, 45 (34,6%) envolvendo apenas os docentes, 2 (1,5%) dos docentes para com os graduandos, 6 (4,6%) dos alunos para com os docentes.

Sobre ameaças vividas no ambiente escolar: 35 (26,9%) graduandos referiram já terem sido ameaçados por algum colega do curso de graduação em enfermagem; 95 (73%) não. Referiram ameaças por parte dos docentes do curso, 31 (23,8%), enquanto 99 (76,1%) não. Quanto ao sentimento de exclusão: 33 (25,3%) sujeitos o afirmaram, enquanto 97 (74,6%) não. Referiram imitar os colegas e/ou docentes do curso, 19 (14,6%) graduandos; 106 (81,5%) não; 5 (3,8%) não declararam.

Sentiram-se humilhados ou com a reputação pessoal ameaçada por meio de e-mails, *blogs* ou *cyber-bullying*, 16 (12,3%) graduandos; 102 (78,4%) não; 12 (9,2%) não declararam.

Situações vivenciadas/sentidas enquanto acadêmicos do curso: foram vítimas de boatos 35 (26,9%) sujeitos, de gracejos e/ou piadas 31 (23,8%). Sentiram-se embaraçados ou intimidados em sala de aula 15 (11,5%). Foram e continuavam a ser excluídos pelos colegas 14 (10,7%). Foram ou eram excluídos pelos docentes do curso 6 (4,6%). Já presenciaram docentes fazendo comentários supostamente negativos ou boatos sobre outros docentes da instituição e/ou a respeito dos acadêmicos 37 (28,4%). Nenhum sujeito alegou ter danificado a reputação de alguém e não emitiram resposta a este item 2 graduandos (1,5%).

Sentimentos declarados quando respondiam ao questionário: baixa auto-estima 17 (13%) sujeitos, depressão 7 (5,3%), tristeza 7 (5,3%), angústia 9 (6,9%), insegurança 27 (20,7%). Não declararam seus sentimentos 68 graduandos (52,3%).

Quando a pessoa alvo de *bullying* não dispõe de recursos, status ou habilidade para reagir ou fazer cessar o problema e se mostra pouco sociável, insegura e desesperançada quanto à possibilidade de adequação ao grupo, tem poucos amigos, é passiva, retraída e infeliz ou sua baixa auto-estima é agravada por críticas dos adultos, dificultando a possibilidade de ajuda, são predominantes sentimentos de vergonha, medo, depressão e ansiedade. O tempo e a regularidade das agressões contribuem fortemente para o agravamento dos efeitos. Medo, tensão e a preocupação com a imagem podem comprometer o desenvolvimento acadêmico e o conceito negativo sobre si mesmo, levando a pessoa a evitar a escola e o convívio social. Entretanto, atitudes de autodestruição, intenções suicidas, podem predispor o indivíduo a se sentir compelido a adotar medidas drásticas - atos de vingança e a assumir reações violentas¹⁸.

O *bullying* está relacionado ao desenvolvimento de baixa auto-estima, ao isolamento social e à depressão. Influencia a capacidade produtiva do adolescente-vítima, enquanto o agressor pode ser levado a adotar comportamentos de risco durante a fase adulta, como

alcoolismo, dependência de drogas e até mesmo o uso da violência explícita¹.

Outro aspecto importante se refere ao comportamento dos pais que pode variar desde a descrença, indiferença, reações de ira ou inconformismos contra si mesmos e a escola¹⁸.

III - Sugestões para diminuir/eliminar atitudes agressivas e violentas no âmbito escolar

Como estratégia de intervenção e prevenção do fenômeno *bullying* primeiramente se recomenda a sensibilização por parte de todos que compõem a escola. Para realizar esse intento foram propostas, em síntese, algumas sugestões apresentadas pelos graduandos, assim distribuídas: conhecimento/sensibilização, compromisso/investimentos, práticas saudáveis e prevenção/educação.

Contribuiu com sugestões apenas metade dos graduandos. Deixaram de responder a este item 14 (53,8%) alunos do primeiro ano; 18 (51,4%) do segundo ano; 15 (38,4%) do terceiro ano e 18 (75%) do quarto ano.

Conhecimento/sensibilização

- Todos precisam se conscientizar e ficar atentos a esse tipo de problema;
- aprender a viver melhor a própria vida e não a vida alheia;
- agir mais e não somente reagir;
- trabalhar a conscientização;
- denunciar o agressor e dialogar amigavelmente e com compreensão com o agredido e o agressor;
- evitar que estudantes de medicina continuem a se achar "os donos" e recebam tratamento diferenciado, bem como regalias dos funcionários da instituição;
- avisar a direção da escola, os pais sobre atos de violência e trabalhar a questão junto à pessoa agressora e a agredida;
- explicar primeiramente o que é isso e o que ocasiona na vida da pessoa agredida, uma vez que muitos tratam esta questão como "brincadeira";
- mostrar ao agressor e agredido as formas corretas de convívio com as diferenças pessoais;
- o assunto é bem complexo, porém palestras sobre o assunto ajudariam na conscientização;
- conversar com quem agride, assedia e humilha.
- conscientizar o agressor sobre os efeitos prejudiciais do *bullying*;

- esclarecer o assunto nas salas de aula das diferentes séries e cursos da instituição; e
- esclarecer as conseqüências do *bullying* às pessoas da instituição.

Compromisso/investimento

- Não achar graça, pois desta forma as pessoas contribuem com a prática do *bullying*;
- tratar o problema por meio de regras claras e punição ao agressor;
- evitar os trotes;
- encaminhar os praticantes de *bullying* aos psicólogos e psiquiatras - as pessoas precisam ter mais acesso a esses profissionais;
- criar espaços para denúncia, orientações e esclarecimentos, além de espaços para o desenvolvimento da criatividade, ações culturais e desportivas;
- os responsáveis pela instituição devem tomar decisões para acabar com essa prática;
- elaborar normas e rotinas que melhor orientem e penalizem os agressores; e
- todos devem estar atentos e se conscientizar sobre esse problema.

Práticas saudáveis

- Refletir mais antes de agir;
- contemplar as diferenças individuais e não se opor as opiniões divergentes;
- buscar desenvolver respeito e amor pelas pessoas;
- a pessoa que sofre assédio não pode se intimidar. É necessário e importante denunciar;
- promover maior aproximação e diálogos entre alunos, pais, docentes e dirigentes da instituição;
- os docentes terem outro tipo de postura diante das ações de *bullying* ao invés de apenas reagirem;
- trabalhar a ética profissional com os alunos e funcionários da instituição;
- diminuir/erradicar as atitudes assimétricas nos ambientes da instituição escolar.
- promover oficinas abrangendo o tema violência, cidadania, solidariedade e gentileza, liberdade com responsabilidade e alteridade; e
- promover uma maior participação dos pais no ambiente escolar e na comunidade.

Prevenção/educação

- Investir mais em educação;
- abordar o tema por meio de mais pesquisas científicas, filmes, reportagens e debates;
- desenvolver ações educativas e oferecer mais educação a todos da instituição, pois é primordial;
- promover diálogos construtivos, reflexivos visando desenvolver atitudes de parceria, tolerância, respeito e igualdade no âmbito da escola;
- combater atitudes de racismo, xenofobia e preconceito na instituição de ensino;
- trabalhar a ética profissional também com os funcionários da instituição; e
- promover mudanças sociais, especialmente voltadas a valores éticos e morais.

Segundo Fante², diante de situações de violência se torna necessária uma intervenção direta sobre este tema, cuja preocupação é mundial. Mudar a cultura perversa da humilhação e da perseguição no ambiente de aprendizagem está ao alcance de todo profissional envolvido na educação e a complexidade do tema exige que o docente busque informações em todos os aspectos, a fim de esclarecer o assunto aos alunos. Os trabalhos envolvendo esta temática devem ser realizados por toda a equipe docente e para tal, a interdisciplinaridade é uma forte aliada no processo de conscientização dos estudantes.

Em reuniões pedagógicas o assunto deve merecer atenção especial e os docentes devem relatar os incidentes ocorridos em classe e como fizeram as intervenções e também solicitar à Instituição que ofereça palestras, mesas redondas, cursos de extensão e especialização sobre o *bullying*. Como esse tipo de violência também acontece de forma virtual é necessário que os professores mantenham diálogo reflexivo constante com os graduandos, visando alcançar a criticidade dos alunos sobre jogos, *sites* de relacionamentos, e-mails, e diversas outras formas de se agredir ou ser agredido virtualmente².

Necessário, portanto, desenvolver uma estrutura e condições para que em parceria, alunos, docentes, servidores e gestores das instituições, junto aos familiares desenvolvam uma cultura e ações em prol da paz e da segurança institucional.

Waksman¹⁸ sugere dar oportunidade aos alunos para que criem regras de disciplina para suas próprias classes, coerentes com as regras gerais da escola; estimular lideranças positivas entre os alunos prevenindo a formação de agressores e futuros casos de *bullying*; interferir diretamente nos grupos para quebrar a dinâmica de *bullying*; realizar pesquisas entre os alunos para saber o que eles pensam sobre *bullying*.

Na instituição, benefícios advirão da formação de comitês escolares, compostos por representantes de todas as categorias; implantação, coordenação, supervisão e avaliações de todas as ações no âmbito escolar; intensificação da vigilância em áreas e horários nos quais é maior a incidência de agressões, com definição de regras e sanções válidas para toda a instituição de ensino.

A realidade social vivenciada nas escolas é de grande importância e relevância para a sociedade, o conhecimento e a conscientização sobre o *bullying* e suas consequências, além do valor instrucional, concorre para melhorar as ações pedagógicas e a interdisciplinaridade, consideradas essenciais nos ambientes de instituições de ensino superior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atitudes e consequências decorrentes de *bullying* são consideradas graves e envolvem ações sociais variadas. Neste estudo foi evidenciada a prática do *bullying*, em

baixo índice, prevalecendo as ações verbais e algumas consequências negativas, descritas pelos graduandos como situações "ruins" ou desagradáveis de serem vividas.

Foi evidenciada a falta de informações e conscientização sobre o tema, pois para muitos a palavra ainda era desconhecida. Atualmente se observam nas interações sociais mudanças quanto aos valores éticos e morais, aumento da violência entre os jovens e dificuldade para contemplação e respeito às diferenças, inerentes ao ser humano. A prática do *bullying*, atribuída a preconceitos, crenças e hábitos desenvolvidos junto à família, aumenta e repercute no ambiente escolar como falta de respeito ao próximo. O *bullying*, muitas vezes entendido como "brincadeira", também requer medidas adequadas por parte dos membros da instituição, dos docentes e diretores, envolvidos com a educação, além da conscientização dos alunos.

Por meio deste estudo, conclui-se pela necessidade de melhor exploração do tema na instituição, de se oferecer, especificamente, mais orientações complementares, principalmente quanto à necessidade da conscientização sobre deveres, atos e responsabilidades, visando um convívio salutar e mais produtivo durante a vida acadêmica, social e profissional, pois a violência é sempre um ato decorrente da covardia, cujas marcas repercutem na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência 2006. Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. [acesso em 2008 mar 27]. Disponível em: <http://www.bullying.com.br>.
2. Fante CAZ. O fenômeno bullying e suas consequências psicológicas. [acesso em 2008 abr 8]. Disponível em: <http://www.psicologia.org.br/internacional/psd84.htm>.
3. Palacios M, Rego S. Bullying: mais uma epidemia invisível? Rev Bras Educ Med. 2006; 30(1):3.
4. Lopes Neto, AA. Bullying – comportamento agressivo entre estudantes. J Ped. 2005; 81(5 supl):S167-72.
5. Lopes Neto AA, Saavedra LH. Bullying: consequências para a saúde e bem-estar dos estudantes. Diga não para o Bullying. Rio de Janeiro: ABRAPIA; 2004.
6. Fekkes M, Pijepers FI, Verloove-Vanhorick SP. Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. Health Educ Res. 2005; 20:80-91.
7. Felizardo M. O fenômeno Bullying como causa dos massacres em escolas. Iniciativa por um ambiente escolar justo e solidário. [acesso em 2008 maio 5]. Disponível em: http://www.diganaoabullying.com.br/secao_dicas/artigos/artigo_7eva.htm.
8. Lima AAA. Fenômeno Bullying na universidade. [acesso em 2008 dez 18]. Disponível em: <http://www.artigoriginal.com/ensino-superior-artigos/fenomeno-bullying-na-universidade-688751.html>.
9. Fante C. Sadismo escolar: um fenômeno universal. [acesso em 2008 maio 15]. Disponível em http://www.guiarioclaro.com.br/guia_novo/frame.htm?link=show&serial=60003051&seccao=editora&retranca=pes.
10. Pearce JB, Thompson AC. Practical approaches to reduce the impact of bullying. Arch Dis Child. 1998; 79:528-31.
11. Oliveira AS, Antonio PS. Sentimentos de adolescentes relacionados ao fenômeno Bullying: possibilidades para a assistência de enfermagem. Rev Eletr Enf. [periódico na internet]. 2006; [acesso em 2008 ago 13]; 8(1):30-41. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8/original04.htm>.
12. Seixas SR. Violência escolar: metodologias de identificação dos alunos agressores e/ou vítimas. Análise psicológica XXIII, 2005. [acesso em 2008 abr 13]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a03>.
13. Frei Beto. Alteridade. [acesso em 2008 jun 27]. Disponível em: <http://www.selecionado.blogspot.com/2007/03/alteridade-por-freibetto.html>.
14. Kidscape. You can beat bullying – A guide for young people, 2005. [acesso em 2008 mar 3]. Disponível em: <http://www.kidscape.org.uk/assets/downloads/ksbeatbullying.pdf>.
15. Lima PF, Medeiros ALD, Araújo JF. Sleep-wake pattern of medical students: early versus late class starting time. Braz J Med Biol Res. 2002 nov; 35(11):1373-7.
16. Alapin I, Fichten CS, Libman E, Creti L, Bailes S, Wright J. Hows good and poor sleep in older adults and related to daytime sleepiness, fatigue, and ability to concentrate? J Psychosomatic Res. 2000; 49(5):381-90.
17. Horne JA, Osterberg O. a self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. Intern J Chronobiol 1976; 4(2):97-110.
18. Waksman RD. Violência na escola: saúde no Brasil. [acesso em 2008 mar 23]. Disponível em: http://saudebrasilnet.com.br/Sbn_portal/img2007/2_SnE/pdf/violenciaescola.pdf.

ESTATÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS SOBRE A VIOLÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR MINEIRO

EPIDEMIOLOGICAL STATISTICS ABOUT VIOLENCE IN A MUNICIPALITY OF MINAS GERAIS, BRAZIL

COMPILACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA VIOLENCIA EN UN MUNICIPIO DE LO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

Rodrigo Euripedes da Silveira*, Helena Hemiko Iwamoto**, Sybelle de Souza Castro Miranzi***

Resumo

Há algumas décadas, a violência vem se tornando a nível mundial, uma das principais causas de morte da população em geral. No Brasil, dada a expressiva elevação da mortalidade por causas externas decorrentes de violência, foram criados parâmetros legais tornando obrigatória a notificação e instituindo punições severas. Neste sentido, criaram-se os Núcleos de Vigilância Epidemiológica e foi implantada a Ficha de Notificação e Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e outras, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação para a Violência. Este estudo objetivou caracterizar os casos de violência notificados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Uberaba, Minas Gerais, após a implantação da Ficha de Notificação preconizada pelo Ministério da Saúde. Estudo ecológico, descritivo e retrospectivo, de caráter quantitativo. A maioria das vítimas (87%) residia no município de Uberaba, mulheres (67%), de cor branca (26,6%) e com idade entre 20 e 39 anos (55,4%). Do total de casos atendidos, 89% evoluíram para alta, 94,7% foi identificada violência de natureza física e 41,6% sofreram lesão corporal ou espancamento. Pode se concluir que a Ficha de Notificação é um importante instrumento de análise no processo de trabalho, na identificação da ocorrência da violência e no planejamento das políticas públicas para o combate a violência.

Palavras-chave: Violência. Notificação. Vigilância epidemiológica.

Abstract

A few decades ago, violence became worldwide, one of the main causes of death at general population. In Brazil, the impressive elevation of external causes mortality resulting from violence, set publish politics establishing legal parameters to compulsory notification and penalties. In this sense, was created the Nucleus of Epidemiological Surveillance and deployed the Card for Individual Notification and Investigation of Domestic violence, Sexual and another type by Reportable Information System of Notification for Violence. In this context, the present study aims to identify cases of violence reported by Municipal health secretary at municipality of Uberaba, after notification card deployment advocated by the Ministry of Health. Ecological study, descriptive and quantitative nature trail, using data recorded in the schedules of notification of violence. Evidenced that 87% of the victims resides in the municipality of Uberaba, with mostly composed of women (67%), with white skin color (26.6%) and aged between 20-39 years (55.4%). The majority of cases was discharged from hospital (89%) and the nature of violence has been identified as physical (94.7 percent), through bodily or beating (41.6%). Can be inferred that the notification is an important instrument in the review of work processes and socio-economical policies as on the health sector.

Keywords: Violence. Notice. Epidemiological surveillance.

Resumen

Hace algunas décadas, la violencia se ha convertido en todo el mundo, una de las principales causas de muerte de la población en general. En Brasil, dada la expresiva elevación de la mortalidad resultante de violencia por causas externas, se crearon parámetros legales para hacer la notificación obligatoria. En este sentido, surgen los núcleos de vigilancia epidemiológica y se implementa la tarjeta para notificación individual e investigación de la violencia doméstica, sexual y de otra información de cada uno de los sistemas de notificación de la violencia. El presente estudio pretende identificar los casos de violencia comunicados a la Secretaría de salud municipal de Uberaba, después de la implementación de la tarjeta de notificación. Estudio ecológico, descriptivo y cuantitativo, utilizando datos registrados en las listas de notificación de la violencia. La mayoría de las víctimas (87%) vivían en Uberaba, eran mujeres (67%), de color blanca (26,6%) y edades comprendidas entre los 20 y 39 años (55,4%). Del total de los casos, 89% han evolucionado para alta, 94,7% se identificó la violencia física y 41,6% sufrieron corporales o golpiza. Se puede concluir que la tarjeta de notificación es un importante instrumento de análisis de procesos de trabajo, identificación de la aparición de la violencia y en la planificación de las políticas públicas destinadas a lo combate de la violencia.

Palabras clave: Violencia. Notificación. Vigilancia epidemiológica.

*Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba-MG, Brasil. Bolsista de Iniciação Científica pela Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG). Contato: rodrigo_euripedes@hotmail.com

**Enfermeira. Mestre e Doutora pela EERP da USP. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM, Uberaba-MG, Brasil.

*** Enfermeira. Mestre pela ENSP/Fiocruz e Doutora pela EERP/USP. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da UFTM, Uberaba-MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Violência não é um problema exclusivo da atualidade, uma vez que há algumas décadas, apresenta-se intrincada na sociedade, como uma das principais causas de morte tanto em nível nacional quanto mundial¹. No Brasil, acidentes e violências são representados por um conjunto de agravos à saúde potencialmente fatais, podendo ou não levar a óbito, nos quais se incluem as causas acidentais e as intencionais, categorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)².

Com a rápida e expressiva elevação da mortalidade por causas externas decorrentes da violência, esta passou a ser considerada uma importante questão para a saúde pública, o que vem despertando grande preocupação para o setor saúde. Como estratégia de enfrentamento a este problema no Brasil, foi publicada a portaria 737, de maio de 2001³, instituindo a Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências.

Nesta temática, em termos de co-responsabilização da assistência à saúde, pode ser citada como avanço a Portaria nº 5 de 21 de fevereiro de 2006, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que torna a Notificação de responsabilidade dos profissionais de saúde⁴:

os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino [...] são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados.

A Portaria nº 5 refere ainda que o não cumprimento destas especificações será comunicado aos conselhos de entidades de Classe e ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas cabíveis⁴. De posse desta portaria e preocupados com as crescentes estatísticas de violências no município de Uberaba, Minas Gerais, a Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenadoria de Assistência à Saúde, implantou a Notificação Compulsória, em caráter obrigatório, a partir de setembro de 2007. Deste então, o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC da UFTM) passou a

identificar e notificar todos os casos de violência atendidos na instituição.

Com relação à Vigilância Epidemiológica, vale ressaltar a Portaria nº 2.529, de novembro de 2004, que instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar e incentivou a criação de uma rede de 190 núcleos nos hospitais de referência no país. O objetivo desta rede é aperfeiçoar a vigilância epidemiológica através da ampliação da notificação e investigação de agravos à saúde, com maior detecção de Doenças de Notificação Compulsória⁵. Já a Instrução Normativa nº 2, de 22 de novembro de 2005, regulamenta as atividades desta vigilância epidemiológica com relação à coleta, ao fluxo e à periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)⁶.

Caracterizando a legislação relativa à violência para grupos vulneráveis

Neste contexto, cabe ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) a investigação de todos os tipos de violência, o que inclui aqueles previstos em legislação específica, como por exemplo, violência contra criança e adolescente, que tem respaldo do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); violência contra a mulher, amparada pela Lei Maria da Penha e a violência contra o idoso (Estatuto do Idoso)^{7,8,9}.

O ECA amparado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, surgiu em uma época de intensa esperança e participação de representantes da sociedade em âmbito político. Anteriormente ao ECA, existia o Código de Menores que contemplava apenas os menores de idade que cometiam infrações ou se encontravam em extrema pobreza¹⁰. O Estatuto da Criança reza como dever da sociedade, da família e do Estado colocar à salvo a criança e o adolescente de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, resgata a cidadania de crianças e adolescentes que antes não eram assistidos pelas leis do país.

Da mesma forma, os artigos nºs. 13 e 245 do ECA evidenciam a importância da Ficha de Notificação

Obrigatória da Violência ou sua suspeita Contra a Criança e o Adolescente:⁷

Art. 13º - Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Art. 245º - Deixar [...] de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, [...].
Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Por mais que se pretenda que todos os casos de violência contra a criança e o adolescente sejam de notificação compulsória e encaminhados para as Secretarias Municipais de Saúde, existem aqueles que precisam de soluções mais rápidas, como os casos suspeitos de abuso e/ou exploração sexual, no qual a notificação deve ser estendida para o Conselho Tutelar, para as providências cabíveis.

Já a Lei nº 11.340 de agosto de 2006 foi criada como instrumento de combate a violência doméstica e familiar contra a mulher. A título de homenagem, recebeu o nome Maria da Penha, pessoa símbolo desta luta, que após sobreviver a duas tentativas de homicídio por parte de seu ex-marido, participou corajosamente dos movimentos em busca dos direitos da mulher e punição dos culpados. Esta lei triplicou a pena para agressões domésticas e ainda, incentivou a criação dos tribunais de Justiça e dos juizados especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, nos estados e no Distrito Federal, para dar mais agilidade aos processos⁸.

Nesta mesma linha, em resposta à escassez de políticas governamentais e a marginalização cometida pela sociedade de um modo geral frente à pessoa idosa, surgiu a Lei nº 10.741 em outubro de 2003, que ficou conhecida como Estatuto do Idoso, ampliando os direitos dos cidadãos com idade acima dos sessenta anos e aplicando penas severas àqueles que desrespeitam ou abandonam as pessoas da terceira idade. A partir do cumprimento desta lei, percebe-se uma mudança no comportamento da sociedade com relação ao idoso⁹. Nos últimos anos, com o aumento dos índices de expectativa de vida no Brasil, o Estatuto retrata um avanço em relação às políticas públicas que possam assegurar os direitos da população idosa.

Desvelando as estatísticas de violência no município de Uberaba

A maioria dos casos de violência ocorridos no município de Uberaba-MG deveria ser atendida nas

unidades de atenção básica. No entanto, observa-se que praticamente a totalidade das notificações de violências advém do Hospital das Clínicas (HC) da UFTM. Esta situação tem sido confirmada pelas estatísticas do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE), que realiza diariamente busca ativa dos casos atendidos no Pronto Socorro e nas unidades de internação¹¹. Vale ressaltar que os profissionais de saúde, ao identificar qualquer sinal de violência, têm orientado para que as vítimas sejam encaminhadas ao serviço específico, como Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher, Conselho Tutelar, Delegacia de Mulheres, ou seja, de acordo com as necessidades que cada caso requerer. Neste contexto, considera-se importante conhecer o perfil epidemiológico das violências, uma vez que a apreensão destes dados permite evidenciar os pontos e aspectos de maior vulnerabilidade social.

OBJETIVOS

O presente estudo buscou caracterizar os casos de violência notificados à Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba-MG, após a implantação da Ficha de Notificação preconizada pelo Ministério da Saúde, com breve descrição dos parâmetros legais relacionados a esta Ficha. E, teve como finalidade, expor os casos de violência, ainda prevalentes no país, enquanto aspectos do comportamento humano arraigados aos instintos primários, muito negativos à sociedade em geral.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e retrospectivo, segundo os pressupostos do método quantitativo de investigação, utilizando dados registrados nas Fichas de Notificação de Violência. Ressalta-se que todas as informações constantes nestas Fichas foram encaminhadas pelos diversos serviços para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Uberaba-MG.

Todos os dados foram obtidos nas Fichas de Notificação e Investigação Individual de Violência doméstica, sexual e outras, disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação para a Violência (SINAN), fornecido pela SMS.

A coleta de dados ocorreu de setembro de 2007 a outubro de 2008 e foram incluídas nos

resultados todas as Fichas recebidas neste período. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e frequências relativas, e organizados em forma de tabelas e gráficos, através dos programas *Excel* e *EpiInfo*.

As variáveis sócio-demográficas consideradas referem-se a sexo, idade, cor da pele, estado civil e procedência. Além disso, foram abordadas as consequências da lesão, o meio empregado para a agressão, o tipo de violência e a evolução do caso.

As faixas etárias consideradas no estudo seguiram a padronização da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), posteriormente agrupadas nas seguintes categorias: a) até 10 anos; b) de 10 a 19 anos; c) 20 a 39 anos; d) 40 a 59 anos; e) 60 ou mais anos de idade¹².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o período do estudo (14 meses), 473 fichas de notificação de violência foram encaminhadas à secretaria de saúde do município de Uberaba. Deste montante, a maioria, 383 (81%), foi encaminhada pelo Hospital de Clínicas da UFTM. Os serviços de referência secundária e terciária de saúde apresentaram os maiores índices de notificações, em que hospitais (Hospital das Clínicas, Hospital Beneficência Portuguesa e Hospital da Criança) concentraram 82,5% dos casos, enquanto as Unidades de Pronto Atendimento (UPA Abadia e UPA São Benedito) detiveram, aproximadamente, 10% das notificações.

O número de Notificações esteve bem distribuído entre o período, com algumas oscilações. Pode-se inferir uma tendência de crescimento proporcional de notificação compulsória das violências no município de Uberaba, com uma variação de 3,6% em seus índices.

Observando-se o período de quatro meses compreendendo de outubro de 2007 a janeiro de 2008, verifica-se uma tendência de crescimento das notificações de 1,5% em média por mês. Neste período, a média mensal de notificações pode ser definida na ordem de 6,2%. No trimestre seguinte, a tendência se inverte, configurando uma queda no número de notificações da ordem de 1,2% ao mês. A média de

fevereiro a abril de 2008 ficou em 6,7%. Nos meses de maio e junho do mesmo ano os índices voltam a crescer, com o fator de incremento em 2,5%. Esta tendência é invertida nos dois meses que se sucedem; há uma redução abrupta (4,2%) entre julho e agosto.

O mês de setembro de 2008 teve o maior número de Fichas apresentadas à Secretaria Municipal de Saúde, com 10,7%, 51 fichas do total; seguido de janeiro e junho do mesmo ano, com 47 casos. O mês que apresentou o menor número de notificações foi o de outubro de 2007, com 17 casos, representando 3,6% do total, conforme demonstrado na Figura 1.

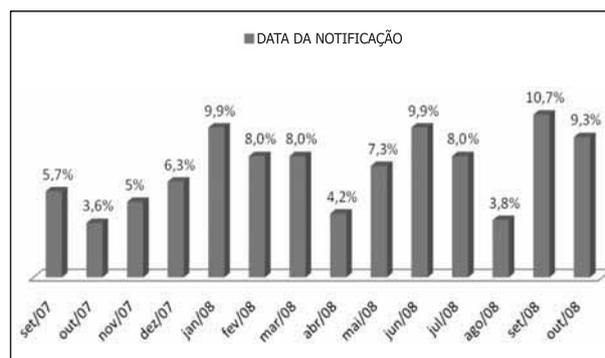


Figura 1 - Distribuição do percentual de Casos de Violência notificados em Serviços de Saúde no município de Uberaba-MG

Ao se observar a Figura 1, percebe-se uma variação cíclica das notificações; contudo, para uma análise mais aprofundada de tendência, seria necessário um período maior de estudo. A violência não parece ser um agravo sazonal, apesar do seu ciclo de maior ocorrência aparentemente ocorrer a cada quatro meses.

A maior parte das notificações (416/87%) incluiu vítimas residentes no município de Uberaba. Dos demais 22 municípios que foram citados nas Fichas, 15 pertenciam à macrorregião do Triângulo Sul, uma divisão espacial dos municípios através da Gestão Regional de Saúde de Uberaba. Deve-se ressaltar que o município de Uberaba, pólo desta macrorregião, é referência a atendimentos de saúde para 26 municípios. Destes, o município de Delta teve o 2º maior índice, com 1,7%, e Conceição das Alagoas, o terceiro, com 1,2%. Estes dados retratam a realidade do fato em si e a gravidade da situação (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da Notificação de Violência em Serviços de Saúde do município de Uberaba por Meio de agressão e Tipo de Agressão

Municípios	N	%
Araxá	1	0,2
Batatais	1	0,2
Campo Florido	5	1,0
Canápolis	1	0,2
Conceição das Alagoas	6	1,2
Conquista	1	0,2
Delta	8	1,7
Fronteira	2	0,2
Frutal	4	0,8
Ibiá	2	0,4
Igarapava	2	0,4
Iturama	7	1,5
Perdizes	1	0,2
Pirajuba	1	0,2
Planura	3	0,6
Ponte Nova	1	0,2
Sacramento	2	0,4
Santa Juliana	2	0,4
São Francisco de Sales	2	0,4
Tupaciguara	1	0,2
Uberaba	415	88,0
Uberlândia	1	0,2
Vargem Grande do Sul	1	0,2
Veríssimo	3	0,6
Total	473	100

Raça / Cor	N	%
Branca	126	26,6
Preta	25	5,2
Parda	96	20,2
Ignorado	226	47,8
Total	473	100

Idade (anos)	N	%
0 -10	19	4,0
10 - 19	66	13,9
20 - 39	262	55,3
40 - 59	99	20,9
60 +	27	5,7
Total	473	100

A assistência aos casos de agressão deve ser na medida do possível imediata, principalmente nos casos de violência ou abuso sexual devido às medidas preventivas a serem adotadas como profilaxia para Hepatite B e AIDS. Cabe salientar que a maioria das agressões foi prevalente em indivíduos do sexo feminino (66,6%). A partir destes dados, pode-se inferir que mesmo após a instituição da Lei Maria da Penha em 2006⁸, os índices de violência contra a mulher permanecem elevados e ações punitivas ao agressor não tem surtido efeito ou não tem sido aplicadas adequadamente. Esta realidade não é compartilhada com outros países. Em um estudo retrospectivo realizado na Colômbia, a população atendida em serviços de saúde decorrente de violência, identificou uma maioria absoluta dos atendimentos (72,1%) para homens¹³.

Quanto à análise por faixa etária, pessoas com idade entre 20 e 39 anos representaram a população alvo das agressões, com 55,4% (Tabela 1). Estes dados ressaltam o valor e considerável efetividade do Estatuto da Criança e do Adolescente⁷, bem como do Estatuto do Idoso⁹, uma vez que a parcela da população acolhida por tais leis não representa, se somadas, a metade dos indivíduos que compõem a maioria sob este aspecto.

A cor da pele predominante nas notificações foi a branca, com 26,6%, embora a confiabilidade destes dados não possa ser afirmada, uma vez que a maioria das Fichas (47,8%) tiveram esta informação preenchida no campo ignorado. Tendo em vista que a Ficha de Notificação é preenchida de acordo com os dados registrados no prontuário das vítimas, reitera-se a importância de seu preenchimento no momento que se dá o atendimento, evitando a existência de campos ignorados ou em branco, que dificultam sobremaneira a realização do diagnóstico.

Para a maioria dos casos notificados (88,1%), a violência foi confirmada como causa da internação, enquanto, aproximadamente, 5% dos casos evoluíram para óbito. A maioria dos casos evoluiu para alta. Aspectos semelhantes foram descritos em um estudo realizado pela Universidade de Cali na Colômbia, em um hospital público de referência para trauma, em que 97,5% dos casos atendidos apresentavam lesões leves e cerca de 70% dos pacientes recebeu alta¹⁴. Como consequências da lesão, os campos correspondentes a não-consequência, ou aqueles preenchidos como outros tipos, representaram 96,6%. Gravidez e tentativa de Suicídio representaram índices semelhantes, 0,8%, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da Notificação de Violência em Serviços de Saúde do município de Uberaba por consequências da lesão e evolução do caso

Consequências da lesão	N	%
Estresse pós-traumático	2	0,4
Gravidez	4	0,8
Tentativa de suicídio	4	0,8
Transtorno comportamental	3	0,6
Outros	460	97,2
Total	473	100

Evolução do caso	N	%
Alta	422	89,2
Evasão/fuga	13	2,7
Óbito	24	5,0
Ignorado	14	2,9
Total	473	100

Quanto à caracterização dos dados da agressão, observou-se que a maioria das violências foi física, com, aproximadamente, 95% dos casos. O segundo maior índice, representado por violências sexuais (3,1%), pode ser caracterizando como sendo, em sua maioria, relacionada a estupro, atentado violento ao pudor, assédio e exploração sexual, além de pornografia infantil. Neste aspecto, é importante observar que, em nível nacional, estima-se que

cerca de 18 mil crianças e adolescentes sejam espancados diariamente, e destes, a cada 20 novos casos, apenas um é denunciado^{15,16,17}.

A maioria dos agredidos sofreu lesões por aplicação de força corporal/espancamento, 41,6%, índice que corresponde à soma dos valores subsequentes; objetos perfuro-cortantes (23%) e armas-de-fogo, 18,1% (Tabela 3). Não foi observada sazonalidade das agressões.

Tabela 3 - Distribuição da Notificação de Violência em Serviços de Saúde do município de Uberaba por Meio de agressão e Tipo de Agressão

Meio de agressão	N	%
Ameaça	3	0,6
Arma de fogo	86	18,1
Enforcamento	1	0,2
Força corporal/espancamento	197	41,6
Objeto contundente	34	7,3
Objeto perfuro-cortante	109	23
Outros	43	9,4
Total	473	100

Tipo de violência	N	%
Física	448	94,7
Negligência/abandono	5	1,0
Sexual	15	3,1
Psicológica/moral	4	0,8
Outros	1	0,2
Total	473	100

O preenchimento das Fichas ainda é manual, possivelmente por este motivo, muitas das informações foram deixadas em branco, ou tiveram a sua maior porcentagem nos campos "ignorado" e "outro". Tais informações incompletas dificultam a realização de um diagnóstico correto.

Tomimatsu et al.¹⁸, em um estudo transversal analisando internações por causas externas em dois municípios paranaenses, observaram um elevado sub-registro das informações (entre 25 e 40%) quanto aos tipos específicos dessas causas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). Muitos fatores podem ser apontados como causa destas informações incompletas, porém não foi objetivo deste estudo discuti-los.

Com dados da Organização Mundial da Saúde de 2002, evidenciou-se que a América Latina e o Caribe registraram, depois da África Subsaariana, as taxas de homicídio mais altas do planeta. Ao fim dos anos 90, pelo menos dez países do continente americano apresentavam taxas de homicídio superior ao índice mundial de 8,9/100.000 hab. e, pelo menos quatro desses países atingiram valores de 20 homicídios para cada 100 mil habitantes. Em resposta, a Organização Pan-Americana de Saúde estabeleceu guias para a criação de sistemas de vigilância epidemiológica¹⁹.

No mesmo sentido, a Organização Mundial da Saúde propõe estratégias para a prevenção da violência,

criando sistemas de vigilância e monitoramento a nível nacional, e a partir dos dados obtidos, elaborando programas de prevenção e enfrentamento. Melhorar a coleta dos dados, apoiando as investigações sobre as causas, consequências e os custos da violência, além de prover políticas públicas, leis e mecanismos de proteção dos direitos humanos, são as principais metas para a redução da violência²⁰.

As leis que contemplam os direitos específicos dos grupos sociais caracterizados neste estudo, a criança e o adolescente, o idoso e a mulher, tratam a violência doméstica e familiar, além de suas outras formas, como uma forma de violação dos direitos humanos. São estratégias de enfrentamento ao problema que devem ser trabalhadas e aplicadas, para que se tornem eficazes.

A Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e outras violências Interpessoais, é um protocolo de notificação criado pelo Ministério da Saúde, que pretende abranger todas as regiões do país. No entanto, é necessário melhorar a qualidade da informação, especialmente por meio do preenchimento correto dos campos. Para tanto é necessário que as notificações sejam feitas, em sua maioria, na forma passiva, o que permite o contato dos técnicos com as vítimas, possibilitando o preenchimento adequado dos campos da ficha de violência.

CONCLUSÃO

Diante da elevada proporção de campos ignorados ou em branco conclui-se que a qualidade da informação sobre a questão da violência na região do Triângulo Mineiro pode estar comprometida, dificultando o diagnóstico do perfil epidemiológico deste agravo bem como, para a elaboração de estratégias de intervenções pertinentes.

Muitos fatores podem estar envolvidos com o aspecto do não preenchimento dos campos da Ficha de Notificação. O processo de trabalho desgastante, a demanda expressiva e a priorização dos cuidados básicos, por exemplo, são características que podem culminar no não preenchimento adequado desta Ficha. Salienta-se o

empenho do Ministério da Saúde em propor instruções normativas para o devido preenchimento da Ficha.

Enquanto instrumento passível de intervenção, esta notificação configura-se como um instrumento analisador importante dos processos de trabalho e das políticas da área, tanto sócio-economicamente, quanto a aspectos do setor saúde. Este conhecimento poderá permear elaboração de estratégias de intervenção específica, bem como a identificação dos grupos e fatores de risco, além de suas tendências. Dependendo de como for manejado, este instrumento pode suscitar novas discussões e modos de ofertar saúde, além de representar uma lógica para o controle de qualidade e vigilância.

REFERÊNCIAS

1. Robazzi MLCC, Silveira CA, Marziale MHP, Dalri MCB, Haas VJ, Alves LA. O prontuário hospitalar auxiliando na identificação da violência no Trabalho. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 14(4):499-505.
2. World Health Organization. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and related health problems. 10th Revision. Geneva: WHO library; 2004.
3. Brasil. Portaria nº. 737, de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbi-Mortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, maio 2001. Seção 1, p.1.
4. Brasil. Portaria nº. 5, de 21 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre a responsabilidade da notificação dos agravos à saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 22 fev 2006. Seção 1, p.1.
5. Brasil. Portaria nº. 2529, de 23 de novembro de 2004. Dispõe sobre o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 24 nov 2004. Seção 1, p.1.
6. Brasil. Instrução Normativa nº. 2, de 22 de novembro de 2005. Regulamenta as notificações da Vigilância Epidemiológica. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 22 nov 2005. Seção 1, p.1.
7. Brasil. Lei Federal nº. 8069, de 13 de julho de 1990. ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 13 jul 1990. Seção 1, p.1.
8. Brasil. Lei Federal nº. 11340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 7 ago 2006. Seção 1, p.1.
9. Brasil. Lei Federal nº. 10741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 1º out 2003. Seção 1, p.1.
10. Brasil. Constituição Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
11. Subsistemas de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar do Estado de São Paulo – CCD/SES-SP. *Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar*. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(3):487-91.
12. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. PAINEL de Indicadores do SUS. Brasília. 2008 ago; 1(1).
13. Castro MB, Rendón LF, Rojas MC, Durán CAA, Albornoz M. Caracterización de los pacientes con lesiones de causa externa mediante un sistema de vigilancia epidemiológica. *Rev Colomb Cir*. 2006; 21(3):180-9.
14. Castro MB, Rendón LF, Rojas MC, Durán CAA, Albornoz M. Factores asociados con la intencionalidad en las lesiones de causa externa. *Rev Colomb Cir*. 2006; 21(4):215-24.
15. Oliveira VLA, Ribeiro CR, Albuquerque C. Notificação obrigatória da violência ou suspeita de violência contra crianças e adolescentes: construindo uma rede de proteção. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2003; 26(2):66-72.
16. Unicef. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Relatório sobre a situação da infância brasileira, 2003. In: Martins E, Mello J. Situação de mendicância, trabalho precoce e prostituição infantil envolvendo crianças e adolescentes em Londrina, Estado do Paraná – 2006. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2009; 31(1):23-9.
17. Miranda ALT, Fishmann A, Sehn L. Morbimortalidade por acidentes e violências no Rio Grande do Sul. Análise de alguns indicadores do Período de 1998 a 2003. *Bol Epidemiológico*. 2005 dez.; 7(4):4-6.
18. Tomimatsu MFAI, Andrade SM, Soares DA, Mathias TAF, Sapata MPM, Soares DFPP et al. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):413-20.
19. Concha-Eastman A, Villaveces A. Guidelines for the design implementation, and evaluation of epidemiological surveillance systems on violence and injuries. Washington, D.C: PAHO, WHO oficina; 2001.
20. Krug EG, Dalhberg JA, Zwi MAB, Lozano R. OMS: una herramienta básica contra la violencia. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004; 30(4).

ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL À PESSOA HIPERTENSA E DIABÉTICA: DESAFIOS À ADESÃO

MULTIPROFESSIONAL ASSISTANCE TO THE DIABETIC HYPERTENSIVE PERSON: CHALLENGES TO THE ADHERENCE

ASISTENCIA MULTIPROFESIONAL A LA PERSONA CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES: DESAFÍOS A LA ADHESIÓN

Flávia Fernanda Luchetti Rodrigues*, Sinval Avelino dos Santos**

Resumo

É desafiante, no controle clínico do *diabete mellitus* e da hipertensão arterial sistêmica a adesão ao tratamento, definida como o quanto o comportamento de uma pessoa está de acordo com as recomendações de um profissional de saúde. Estima-se que, aproximadamente, metade da população de portadores de doenças crônicas não apresente comprometimento adequado ou suficiente com o tratamento, pois considerável parcela de pessoas hipertensas e diabéticas agendadas nas consultas das diferentes categorias profissionais não comparecem e/ou não aderem ao seguimento multiprofissional proposto. Este estudo, descritivo, quantitativo, relata a experiência do programa de aprimoramento em hipertensão e diabetes de uma rede municipal no interior paulista e a adesão de pacientes às consultas agendadas. O objetivo foi realizar um levantamento do total de consultas agendadas, correlacionar o número de pacientes faltosos e as justificativas e dificuldades alegadas para não adesão ao tratamento, segundo as diretrizes operacionais do Ministério da Saúde. Os resultados: 221 consultas agendadas, das quais em 138 (62,4%) delas houve adesão, não-adesão em 83 (37,5%), 69,8% eram do sexo feminino. Interpretadas como fatores determinantes para a não adesão ao seguimento, as justificativas foram categorizadas para discussão. Concluiu-se que os profissionais da saúde geralmente abordam a adesão/não-adesão inadequadamente e sob suas perspectivas, ignorando, muitas vezes, as relacionadas ao paciente e as institucionais, não contemplando e tratando efetivamente as causas. É necessário o desenvolvimento de pesquisas que investiguem essa problemática sob a ótica dos sujeitos que a vivenciam para obtenção de subsídios e compreensão mais abrangente quanto à adesão.

Palavras-chave: *Diabetes mellitus*. Hipertensão arterial. Tratamento. Adesão.

Abstract

It's challenging, in the clinical control of diabetes mellitus and systemic arterial hypertension, the adherence to the treatment; defined as how much of a person's behavior follows the recommendations of a health professional. It's estimated that approximately half of the population of chronicle diseases carriers don't have the proper or sufficient commitment to the treatment, since a sizeable amount of hypertension and diabetic people scheduled for appointments with different categories of professionals don't attend and/or don't follow the multiprofessional treatment proposed. This study, descriptive and quantitative, recites the experience of the hypertension and diabetes enrichment program of a municipal network and the patient's adherence to the scheduled appointments. Goal: make a survey of all the scheduled appointments, relate the missing patients and the explanations and claim difficulties to the adherence to the treatment; according to the working guidelines to the Health Ministry. Results: 221 appointments scheduled, 138 of which (62,4%) were followed; 83 (37,5%) had no-adherence, 69,8% of which were female patients. Interpreted as determinant factors to the lack of adherence to the treatment, the justifications were categorized for further discussion. Conclusion: health professionals, generally approach the proper adherence/or not to the treatments according to their own perspectives, most of the times ignoring the patients related or institutional related perspectives, falling to consider or treat effectively the causes. It's necessary to develop researches that investigate these problems under the view of the subjects that live it, to achieve a greater comprehension about the adherence.

Keywords: Diabetes mellitus. Arterial hypertension. Treatment. Adhesion.

Resumen

Es desafiante, en el control clínico de la diabetes mellitus y de la hipertensión arterial sistémica a la adhesión al tratamiento, definida como cuánto el comportamiento de una persona está de acuerdo a las recomendaciones de un profesional de la salud. Se estima que aproximadamente la mitad de la población de portadores de enfermedades crónicas no presente un compromiso adecuado o suficiente con el tratamiento, pues un considerable grupo de personas con hipertensión y diabetes apuntadas en las consultas de las diferentes categorías profesionales no aparezcan y/o no se adhieran al seguimiento multiprofesional propuesto. Este estudio, descriptivo, cuantitativo, relata la experiencia del programa de perfeccionamiento en hipertensión y diabetes de una red municipal en el interior paulista y la adhesión de pacientes a las consultas apuntadas. Objetivo: realizar un levantamiento del total de consultas marcadas, correlacionar el número de pacientes faltosos y las justificativas y dificultades alegadas para la no adhesión al tratamiento, según las directrices operacionales del Ministerio de Salud. Resultados: 221 consultas apuntadas, de las cuales en 138 (62,4%) de ellas hubo adhesión, no adhesión en 83 (37,5%), (69,8%) eran del sexo femenino. Interpretadas como factores determinantes para la no adhesión al seguimiento, las justificativas fueron categorizadas para discusión. Conclusión: los profesionales de la salud, generalmente abordan la adhesión/no adhesión inadecuadamente y bajo sus perspectivas, ignorando muchas veces las relacionadas al paciente y las institucionales, no contemplando y tratando efectivamente las causas. Es necesario el desarrollo de trabajos que investiguen esa problemática bajo la óptica de los sujetos que la vivencia para obtención de subsidios y comprensión más amplia con respecto a la adhesión.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Hipertensión arterial. Tratamiento. Adhesión.

*Enfermeira do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão e Diabetes da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP, Brasil.

**Enfermeiro, Mestre e Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Professor da Universidade Paulista (UNIP), de Ribeirão Preto-SP, Brasil. Contato: sinvalavelino@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a *diabetes mellitus* (DM) configuram importantes problemas de saúde pública no Brasil, por suas elevadas prevalências e complicações agudas e crônicas a que dão origem e, por representarem fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, condicionando elevadas taxas de morbidade e mortalidade e custos sociais e econômicos decorrentes do uso de serviços de saúde, absenteísmo, aposentadoria precoce e incapacidade para o trabalho^{1,2,3}.

A HAS e o DM, doenças multifatoriais, em seu tratamento farmacológico ou não, envolvem fatores muito complexos, exigindo de todos os envolvidos no tratamento o emprego de estratégias combinadas que dêem conta dessa complexidade.

Atualmente o arsenal terapêutico para doenças crônicas, como HAS e DM, recebe novos medicamentos e novas drogas constantemente, e/ou esquemas terapêuticos são apresentados e associados a outros já existentes. Haja vista todo esse investimento, os profissionais de saúde continuam se defrontando com um problema secular, a falta de adesão à terapêutica, seja ela, medicamentosa ou não⁴.

Embora a prevalência seja alta, menos de 50% dos pacientes com HAS recebem tratamento e aproximadamente 70% não se enquadram nos parâmetros de normalidade recomendados para pressão arterial. A doença, que atinge 30% da população brasileira, chega a mais de 50% na terceira idade, é responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vascular cerebral e 25% dos casos de insuficiência renal terminal; as graves consequências da hipertensão podem ser evitadas, desde que os indivíduos conheçam a sua condição e façam adesão ao tratamento⁵.

Para o controle da HAS e do DM, a adesão ao tratamento é imprescindível. Esse conceito abrange o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, cujo objetivo é manter a pressão arterial em níveis normais⁵. A adesão também pode ser caracterizada como a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou da equipe de saúde. Desde que

foi “redescoberta” em 1970, como um importante atributo da prática clínica, a adesão tem sido discutida, estudada e analisada sob vários enfoques. Na área da hipertensão arterial há várias publicações voltadas aos diferentes fatores que interferem na adesão⁶.

A definição de adesão, portanto, significa o grau de concordância entre a orientação recebida em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa e a conduta do paciente^{7,8}. O grau de adesão também pode ser avaliado e tem como extremo o abandono do seguimento. O comprometimento da pessoa que cuida, principalmente de idosos com várias comorbidades, pode influenciar a adesão ao tratamento, pois quanto maior o envolvimento do cuidador, mais fácil será o tratamento. Além disso, quem cuida deverá ser encorajado pela equipe de saúde a intervir no tratamento e a se sentir elemento ativo neste processo^{3,7-11}.

A influência do sistema de saúde e da equipe na adesão ao tratamento é aspecto a ser considerado no tratamento de pacientes com doenças crônicas, pois é na relação médico-paciente que se inicia a conquista da adesão. Boa medicina e boa relação médico-paciente não são intercambiáveis, mas precisam coexistir. Um bom relacionamento médico-paciente pode melhorar a adesão ao tratamento^{12,13}. No entanto, o enfoque diferenciado da equipe composta por enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, dentre outros, é fundamental para o bom tratamento de doenças crônicas. Grandes sistemas de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentam-se em equipes multiprofissionais⁷.

Aspectos inerentes ao sistema de saúde e à instituição também podem prejudicar a adesão ao tratamento. Serviços de saúde pouco desenvolvidos, sistema de distribuição de medicamentos ineficaz, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde com conseqüente redução de tempo nas consultas e aumento no tempo de espera, dificuldade de acesso ao serviço e distância, falta de conhecimento e de treinamento de funcionários administrativos e de saúde, incapacidade do sistema para educar pacientes e prover seguimento são os principais fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento^{7,8}.

Constitui estratégias importantes para a adesão ao tratamento, prática clínica que trate o paciente e não a doença, conscientização dos malefícios da HAS isolada e da DM, além dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e seus benefícios, fazendo, com que o indivíduo se torne elemento ativo no processo de tratamento^{7,8,12,13}.

As equipes multiprofissionais conseguem, pela diversidade de profissionais e seus variados enfoques, esclarecer melhor o paciente não apenas quanto à doença, mas sobre o seu papel no tratamento. Esse entendimento permite ao paciente analisar a situação, organizar estratégia própria (modificação na sua dieta, programação de atividade física, organização dos medicamentos) e, eventualmente, iniciá-la. Havendo também a necessidade de sedimentar essa mudança como rotina, sendo necessário o reforço contínuo, característico dessas equipes⁴.

A literatura é unânime ao colocar como fundamental o papel da adesão no sucesso do tratamento e bom controle da HAS e DM e seus consideráveis riscos ao ser humano na sua ausência, o que pode tornar o problema mais complexo. Vários fatores exercem influência no processo da adesão ao tratamento, porém qualquer diagnóstico feito sem as devidas considerações sobre o estilo de vida e avaliações psicológicas do paciente, deve ser considerado limitado e incompleto⁷.

Os problemas de adesão nem sempre são fáceis de detectar, e ainda mais difícil é qualificá-los¹⁴. A fim de melhorar o controle da HAS, é importante reunir esforços no sentido de identificar os pacientes que não aderem ao tratamento proposto e também, os que não sabem o diagnóstico⁷.

A participação ativa do paciente no processo de adesão é essencial, inclusive opinando quanto ao tratamento proposto⁷. No entanto, vale lembrar a importância do conhecimento integrado ao abordar a problemática da adesão, o repasse deste conhecimento, relacionando os fatores nocivos para a saúde do indivíduo, aliando os diferentes saberes (cultural, científico, religioso) ao trabalho em equipe, para tratar as enfermidades desde a formação profissional.

Os principais fatores que podem influenciar na adesão dos pacientes ao tratamento estão relacionados

no Quadro 1. Conhecê-los é peça fundamental para o planejamento das ações terapêuticas.

Quadro 1 - Fatores que interferem na adesão ao tratamento

Paciente	Sexo Idade Etnia Estado civil Escolaridade Nível socioeconômico
Aspectos psicossociais	Auto-eficiência Auto-motivação Auto-estima Personalidade Depressão Ansiedade Suporte social Percepção dos benefícios do tratamento
Doença	Cronicidade Ausência de sintomas Consequências tardias Hipertensão secundária
Aspectos culturais, crenças e hábitos de vida	Percepção da seriedade do problema Desconhecimento Experiência com a doença Contexto familiar Conceito saúde/doença Auto-estima
Tratamento	Custo Efeitos indesejáveis Esquemas complexos Qualidade de vida Seleção indesejada das drogas
Instituição	Política de saúde Acesso ao serviço de saúde Distância Tempo de espera/tempo de atendimento
Relacionados com a equipe de saúde	Envolvimento Relacionamento inadequado
Condições concomitantes	Insuficiência renal Obesidade

Qualificar a assistência à pessoa com HAS e DM pressupõe acrescer ao modelo clínico vigente, projetos de atuação voltados à subjetividade dessa experiência vital. Principalmente, os avanços dos esquemas terapêuticos atuais, incluindo os preceitos comportamentais voltados para a promoção e a prevenção da saúde, visando estender a longevidade humana, pois é possível reiterar que *"determinados estilos de vida são perigosos, seja para o próprio indivíduo, seja para os que lhe cercam. Assim, estes demandam invenções apropriadas. É essencial, contudo, não perder de vista a perspectiva de vida, sob o risco de serem adotadas medidas que conduzem a ações insensíveis, culpabilizantes, limitantes e, conforme o caso, de afetividade restrita"*¹⁵.

O conhecimento da forma como vem sendo discutida a problemática da adesão no tratamento da HAS e do DM parece importante para o direcionamento das ações da equipe de saúde¹¹. Entretanto, a obtenção do controle ainda é desafiante para os profissionais da

área de saúde que atuam junto a indivíduos hipertensos. Contudo, vários recursos podem ser adotados para melhorar o controle da hipertensão e promover a adesão ao tratamento⁷. As principais estratégias estão elencadas a seguir.

Quadro 2 - Estratégias para facilitar a adesão

Paciente	Identificação de grupos de risco Motivação do paciente Educação Autocuidado Medida de pressão em casa
Tratamento	Drogas com menos efeitos indesejáveis Baixo custo Monoterapia Comodidade posológica Combinação terapêutica Orientação sobre efeitos indesejáveis Prescrição e informações por escrito, fácil entendimento Familiarização dos médicos com esquemas terapêuticos Tratamento para grupos diferenciados
Equipe multidisciplinar	Convocação de faltosos, desistentes Visita domiciliar Reunião em grupo Estabelecer objetivos junto com o paciente Estabelecer contrato com direitos e deveres do paciente e da equipe Flexibilidade na adoção de estratégias Fixar equipe de atendimento Obedecer a horário das consultas Estabelecer vínculo com o paciente Considerar crenças, hábitos e cultura do paciente Atendimento no local de trabalho Sistema de contato telefônico

O Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão e Diabetes (PAMHADM)

Os resultados do censo populacional realizado na cidade de Ribeirão Preto-SP em 1997, com população adulta, cuja faixa etária variou entre 30 e 69 anos, identificaram que a prevalência de HAS foi de 40,6% e DM de 12,2%, atestando a necessidade de programas em todos os níveis da atenção à saúde, voltados a contemplar um melhor controle e monitorização dessas doenças.

Em Ribeirão Preto, até 1993, os pacientes com HAS e DM eram assistidos por programas de saúde que se valiam apenas dos profissionais da área médica e de enfermagem, classicamente presentes nas unidades de saúde. No entanto, observou-se, na prática, que esse modelo não atendia integralmente as necessidades evidenciadas desta população, considerando que o cuidado a pessoas com HAS e DM exige o envolvimento de uma equipe multiprofissional, uma vez que profissionais de saúde agindo isoladamente não contemplam as habilidades e recursos necessários para tal abordagem.

Buscando contribuir para a transição da assistência centrada nas ações médicas e de enfermagem,

para a assistência compartilhada com a inclusão de outras categorias profissionais, envolvendo o trabalho de nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, dentre outros, em 1994, teve início a primeira turma do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão e Diabetes (PAMHADM), com objetivo de avançar e, também, fortalecer as ações multiprofissionais, contribuindo para o diagnóstico precoce, controle e prevenção das complicações e melhora na adesão ao tratamento e na qualidade de vida.

Os objetivos gerais do PAMHADM se pautam em: diagnosticar precocemente indivíduos com hipertensão e diabetes, de etiologias primárias e secundárias; oferecer tratamento através de mudanças do estilo de vida (aplicáveis em todos os casos) e terapêutica medicamentosa quando necessárias; tratar, de forma interdisciplinar, a obesidade e o sobrepeso em crianças e adolescentes, bem como, orientar os pais, buscando promover mudanças no estilo de vida, prevenindo a HAS e DM; diminuir a incidência e prevalência da HAS e DM e suas complicações; promover campanhas de esclarecimento e prevenção junto à população; promover cursos de reciclagem em HAS e DM para os profissionais envolvidos com o programa; desenvolver pesquisas científicas e epidemiológicas sobre HAS e DM.

Considerando a magnitude e importância das atividades desenvolvidas e suas implicações no controle e evolução da doença do paciente e as consultas individuais realizadas, constituem as ações preventivas essenciais para minimizar as complicações do DM advindas de um insatisfatório controle glicêmico e, favorecer a adesão do paciente ao tratamento. Trata-se de uma forma privilegiada de intervenção em saúde, direcionadora das ações profissionais, sendo também um espaço educativo-assistencial, reflexivo e transformador de comportamentos e de atitudes.

No PAMHADM, os pacientes com hipertensão e diabetes, vinculados às unidades em que os aprimorandos estão inseridos, incluem o atendimento de nutricionistas, enfermeiras, psicólogas, educadoras físicas e terapeuta ocupacional, sendo as duas últimas categorias profissionais citadas as que realizam, em sua maioria, atendimentos em grupo, justificando assim, a ausência de dados referentes neste relato, já que se objetiva

descrever um levantamento do total de consultas individuais agendadas, correlacionando o número de pacientes faltosos, as justificativas e dificuldades para a adesão ao tratamento.

As consultas são agendadas considerando-se a demanda de cada unidade de saúde e as necessidades dos pacientes, e abordam conteúdos específicos da assistência de cada categoria profissional. Referente ao serviço de nutrição, a consulta fundamenta-se na orientação nutricional e alimentar, visando à correção dos distúrbios nutricionais e melhora na adesão ao tratamento, seguindo um protocolo de atendimento com retornos periódicos estabelecidos até que se alcancem os objetivos esperados. Enquanto na psicologia, caracteriza-se pelo apoio psicológico à pacientes com problemas emocionais e familiares circunstanciais, que estejam interferindo direta e/ou negativamente na doença e seu tratamento.

Quanto à consulta de enfermagem, esta é caracterizada pela realização do histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de enfermagem, incluindo a aferição da pressão arterial (PA), altura, peso, circunferência abdominal e glicosimetria, e cálculo do índice de massa corporal (IMC); investigação de fatores de risco e hábitos de vida; orientação sobre a doença, uso regular de medicamentos prescritos e hábitos de vida pessoais e familiares.

Concomitante, ou simultaneamente a cada consulta, os pacientes podem ser encaminhados ao atendimento grupal, às atividades de educação física, bem como à terapia ocupacional, mediante as necessidades humanas básicas. Os pacientes faltosos são diariamente identificados e a busca ativa via contato telefônico realizada, objetivando fortalecer o vínculo profissional - paciente e compreender a dificuldade de seguimento sob a perspectiva pessoal, configurando-se como uma estratégia de incentivo a adesão.

O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida, acarretando progressão da doença, piora da qualidade de vida, ônus econômico ao indivíduo, ao serviço de saúde e a sociedade. Estudo recente sugere que a melhora da adesão diminui as consultas emergenciais e as internações, reduz custos médicos, além de promover o bem estar dos pacientes¹⁶.

A estimativa é de que, aproximadamente, metade da população geral de portadores de doenças crônicas não apresente comprometimento adequado ou suficiente com o tratamento, ou seja, apresentam dificuldade de adesão¹⁷⁻²⁰. Nesta direção se vivenciam rotineiramente as dificuldades para adesão do paciente ao tratamento, caracterizadas pela resistência em usar a medicação prescrita, seguir a dieta recomendada, modificar seu estilo de vida e/ou comparecer as consultas agendadas para seguimento.

No levantamento bibliográfico realizado *a priori* neste estudo, a dificuldade de adesão ao tratamento foi identificada. Na realidade profissional do PAMHADM ainda há uma considerável parcela de pacientes agendados nas consultas às diferentes categorias profissionais (enfermeiro, nutricionista e psicólogo) para seguimento de HA e DM que não comparecem e/ou não aderem ao seguimento multiprofissional proposto. Este problema motivou a realização deste estudo, cuja proposta é correlacionar o número de pacientes faltosos e apresentar as justificativas e dificuldades à adesão, como elementos que irão subsidiar debates e caminhos para que por meio da interdisciplinaridade se apontem e adotem soluções.

OBJETIVO GERAL

Verificar a adesão dos pacientes as consultas agendadas no período de março/abril/2009 no programa de hipertensão e diabetes e as justificativas e dificuldades de adesão, tendo como referência conceitual as diretrizes operacionais do Ministério da Saúde em relação à HAS e DM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever aspectos relacionados à filosofia de trabalho PAMHADM, apresentar o número de consultas individuais agendadas por cada profissional da equipe, no período de dois meses, e evidenciar o número de pacientes faltosos, bem como, relacionar as razões/ justificativas referidas pelos pacientes quanto à dificuldade de adesão ao tratamento.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva, quantitativa, sobre a adesão dos pacientes no programa de hipertensão

e diabetes às consultas agendadas no PAMHADM, realizada no período de março a abril de 2009.

Os dados foram obtidos por meio de consulta as agendas profissionais, quanto ao número total de usuários agendados nesse período por categoria profissional (enfermeiro, nutricionista e psicóloga), assim como o registro dos usuários faltosos, e levantamento em arquivos, a partir das informações descritas pela rotina diária dos serviços de saúde aos portadores de doenças crônicas degenerativas, especificamente HA e DM. As informações sobre a justificativa da falta foram obtidas de busca ativa aos registros do PAMHADM sendo categorizadas e agrupadas para posterior discussão. Foram preservados os aspectos éticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O montante de consultas agendadas pela equipe multiprofissional do PAMHADM, no período de dois meses, constou de 221 consultas, destas, 154 sujeitos (69,68%) eram do sexo feminino.

Conforme apresentado no Gráfico 1, em 138 (62,4%) consultas agendadas houve adesão, não ocorrendo o mesmo em outras 83 (37,5%). Foi verificado que dos 221 pacientes agendados para acompanhamento com os profissionais, houve a seguinte distribuição de faltas: Nutrição - 101 agendados, 32 (31,6%) faltas; Psicologia - 45 agendados, 24 (53,3%) faltas; Enfermagem - 75 agendados, 27 (36%) faltas.

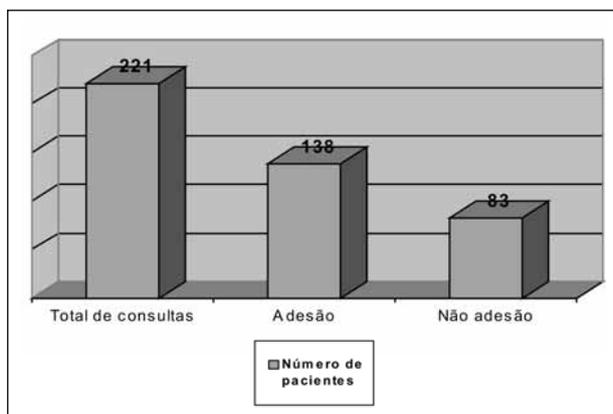


Gráfico 1 - Número de consultas agendadas por categoria segundo a equipe multiprofissional do PAMHADM, adesão ou não adesão as mesmas

Estes dados estão em concordância com estudo que investigou a adesão ao tratamento medicamentoso para o controle da diabetes, em que se obteve prevalência de

adesão de 78,3%. Resultado também semelhante ao encontrado em uma população com diabetes em uso de terapia medicamentosa, 79,7%^{21,22}. Já outro estudo mostrou prevalência de 95,7% de adesão aos agentes anti-hiperglicêmicos em pacientes diabéticos tipo 2²¹.

Quanto às justificativas, interpretadas como fatores determinantes para não adesão ao seguimento, os resultados foram apresentados seguindo as categorias relacionadas no Gráfico 2.

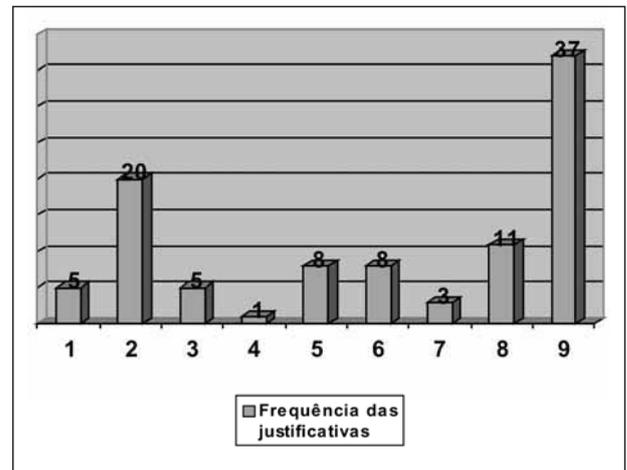


Gráfico 2 - Distribuição das justificativas segundo a frequência por categoria profissional

As distribuições das justificativas, segundo as categorias propostas estão apresentadas no Quadro 3. A justificativa referida por um único paciente foi enquadrada em mais de uma categoria, de acordo com a interpretação.

Quadro 3 - Fatores relatados pelos sujeitos como contribuintes para não adesão ao tratamento

Fatores determinantes da não adesão	Justificativas referidas pelos pacientes
1. Problemas de saúde no convívio pessoal	"Meu marido tem problema com alcoolismo e ele estava internado, então eu tive que ficar com ele, porque ele não podia ficar sozinho"
2. Prioridades de vida/ disponibilidade para o tratamento	"Eu estava ocupado com muito trabalho"
3. Disponibilidade/ atenção do profissional de saúde/ organização na unidade de tratamento	"Não encontrei a sala, a funcionária me falou que eu não tinha consulta nenhuma agendada"
4. Resolutividade da assistência	"Essas consultas aí não me ajudam em nada, meu pé só tá que piora e isso aí não resolve meu problema"
5. Reconhecimento da atuação da equipe multiprofissional	"Já passei pelo médico e está tudo bem, não preciso de mais consulta não"
6. Relacionados à doença	"Sinto muita cansaça nas pernas, o açúcar abaixa muito de uma hora pra outra, eu fico tonta, por isso não saio de casa"
7. Dificuldades financeiras	"O posto precisa me dar o dinheiro do táxi, ficar pagando sempre que eu vou aí não dá não, são muitas consultas"
8. Esquecimento/erro quanto à data da consulta	"Esqueci o dia da consulta, quando olhei o cartão já tinha passado"
9. Dificuldade para localizar o paciente	Número do telefone não identificado, ou ligação não completada

Observa-se que a maioria das justificativas citadas, contribuintes para a não-adesão ao tratamento, com exceção a que refere pacientes não localizados, estão relacionadas a fatores diretamente ligados ao paciente, principalmente se somadas as relacionadas às complicações da doença e dificuldade em reconhecer a importância da atuação multiprofissional.

Em relação à distribuição por gênero nas categorias das justificativas, foi observado que as justificativas relacionadas a prioridades na vida/disponibilidade ao tratamento foram prevalentes no sexo feminino (24,5%), excluindo a categoria relacionada a localização do usuário. Quanto ao gênero masculino, a maioria das justificativas se enquadrou na categoria esquecimento/erro quanto à data da consulta (8,2%).

A natureza, os sentidos e os determinantes do comportamento de não-adesão são complexos e difíceis de serem entendidos; a identidade e especificidade do paciente, ou seja, seu estilo de vida, rotina de trabalho, nível socioeconômico, tipo de diabetes, medicação prescrita e hábitos alimentares anteriores, assim como a doença devem ser considerados¹⁸. Aspectos relativos a HAS, como a cronicidade da doença, em geral não associada à sintomatologia desagradável, também interferem na adesão ao tratamento¹⁹. Portanto, há que se compreender essa questão sob outra ótica, levando em conta a subjetividade do paciente, bem como suas necessidades e dificuldades, mais do que a precisão com que segue as recomendações.

A equipe de saúde deve responder a uma pluralidade de necessidades de alta complexidade e especificidades, devendo também atuar nos espaços onde as pessoas vivem o seu cotidiano, de modo a proporcionar uma vida mais saudável. A atenção à saúde deve levar em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção à saúde como fundamentos básicos. No entanto, há necessidade de mudanças na formação e capacitação de recursos humanos em saúde para o trabalho multi e interdisciplinar.

Um conjunto substancial de evidências sugere que a gênese do processo de doença tem

muito a ver com pensamentos, emoções e estilo de vida e a prescrição a ser adotada deve se basear em uma abordagem combinada de orientações sobre o estilo de vida e tratamento clínico da doença. Sobretudo, tomar uma iniciativa pessoal para permanecer saudável requer um compromisso com o aprendizado do cliente de forma contínua. O corpo e as necessidades de cuidados com a saúde mudam à medida que se envelhece. Portanto, quanto mais uma pessoa sabe de sua saúde, em qualquer idade, melhor estará preparada para cuidar-se e ser saudável.

Pessoas com doenças crônicas devem ser consideradas e estimuladas a serem participantes ativos em todas as etapas do tratamento. Quando o profissional de saúde elabora o plano terapêutico junto à pessoa, ela se sente mais motivada, e suas crenças se sobrepõem às preocupações acerca do tratamento prescrito, o que leva à maior adesão¹⁹. Essa preocupação dos profissionais de saúde em garantir o bem-estar do paciente favorece o seu retorno às consultas, contribuindo para o seguimento adequado²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde, na maioria das vezes, tendem a abordar a adesão/não-adesão somente sob suas perspectivas, ignorando a subjetividade do paciente. Agindo assim, distanciam-se das ações e razões dos pacientes e podem julgar e usar estereótipos, em detrimento de conhecê-las e entendê-las. Também é necessário ressaltar a importância da realização da busca ativa dos pacientes faltosos, para que se consiga entender melhor os motivos que levaram o paciente a não aderir ao tratamento. Nesta direção é necessário o desenvolvimento de pesquisas que investiguem a adesão/não-adesão sob a ótica dos sujeitos que a vivenciam (pacientes, família, profissionais), fornecendo subsídios para uma compreensão mais abrangente dessa problemática e, efetivamente, criar estratégias para diminuir os índices da não-adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso brasileiro sobre diabetes. São Paulo: SBD; 2002.
3. Brandão AP, Brandão AA, Magalhães MEC, Campos ME, Pozzan R. Epidemiologia da hipertensão arterial. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2003; 13 (1): 7-19.
4. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega, KC, Mion Jr, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. Rev Bras Hipertens. 2009; 16(1):38-43.
5. Passos VMA, Assis TD, Barreto, SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2006; 15(1):35-45.
6. Horwitz RI, Horwitz SM. Adherence to treatment and health outcomes. Arch Intern Med. 1993; 153(16):1863-8.
7. Mion Jr. D. Aderência do paciente hipertenso ao tratamento. In: 42º Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Brasília, 1987. Brasília; 1987.
8. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Jr D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004. p.275-89.
9. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005; 353:487-97.
10. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care?: systematic review of randomized controlled trials. Arch Int Med. 2004; 164(7):722-32.
11. World Health Organization. Adherence to long-therapies: evidence for action, 2003.
12. Assunção TA, Ursine PGS. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13 (S12): 2189-97.
13. Rose LE. The contexts of adherence for African American with high blood pressure. J Adv Nurs. 2000; 32(3):587-94.
14. Nobre F, Pierin A, Mion DJ. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos, 2001.
15. Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004. p.275-89.
16. Hepke KL, Martus MT, Share DA. Costs and utilization associated with pharmaceutical adherence in a diabetic population. Am J Manag Care. 2004; 10(2 Pt2):144-51.
17. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
18. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2008. 13(Sup 2):2299-306.
19. Valle EA, Viegas EC, Castro CAC, Toledo Jr AC. A adesão ao tratamento. Rev Bras Clin Terap. 2000; 26(3):83-6.
20. Sarquis LMM, Dell'acqua MCQ, Gallani MCBJ, Moreira RM, Bocchi SCM, Tase TH et al. Adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. Rev Esc Enf USP. 1998; 32(4):335-53.
21. Schectman JM, Nadkarni MM, Voss JD. The association between diabetes metabolic control and drug adherence in a indigent population. Diabetes Care. 2002; 25(6):1015-21.
22. Grant RW, Devita NG, Singer DE, Meigs JB. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2003; 26(5):1408-12.

ASPECTOS PSICOSSOCIAL E SEXUAIS NO PACIENTE RENAL EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

SEXUAL AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS ON RENAL PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS

ASPECTOS PSICOSOCIAL Y SEXUALES EN EL PACIENTE RENAL EN TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO

Renata Bereta*, Elisangela Cristina Centurião*, Wellen Natali Scabéllo*, Maria Cristina Moura-Ferreira**

Resumo

Patologia sistêmica, a insuficiência renal crônica acomete o ser humano causando mudanças na vida biopsicossocial e sexual, não somente pela gravidade, mas porque o tratamento hemodialítico é desgastante e restritivo. Este estudo teve como objetivo verificar alterações psico-sócio-espirituais e sexuais em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa, desenvolvido por meio de entrevista semiestruturada aplicada a pacientes internados em um hospital escola do noroeste paulista, durante o mês de janeiro de 2008. Foi evidenciado que o tratamento hemodialítico é bastante restritivo e desgastante não somente sob o âmbito biológico, pois a terapia utilizada e a condição crônica da doença influenciaram diretamente nas dimensões psíquicas, sociais, espirituais e sexuais dos portadores de insuficiência renal crônica. Verificou-se também a necessidade da equipe de saúde manter-se atualizada e mais envolvida com o cuidado aos pacientes, principalmente na orientação e esclarecimento às dúvidas existentes. Conclui-se ser essencial que os enfermeiros identifiquem e busquem soluções para os aspectos relacionados à vida emocional, social e sexual dos pacientes, visando assistência de enfermagem integral às necessidades humanas.

Palavras-chave: Insuficiência renal crônica. Hemodiálise. Impacto psicossocial. Sexualidade.

Abstract

Systemic Pathology, the chronic renal failure affects humans causing changes in bio-psychosocial and sexual life, not only by its seriousness, but because hemodialysis treatment is cumbersome and restrictive. This study was aimed to verify psycho-socio-spiritual and sexual changes in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. This is an exploratory and descriptive study with a quantitative approach, developed through structured interviews applied to patients admitted to a hospital in northwestern São Paulo State, in January 2008. The study showed that hemodialysis is very restrictive and demanding, not only in the biological field, because the therapy used and the chronic condition directly influenced the psychological, social, spiritual and sexual dimensions of patients with chronic renal failure. The health staff also needs to keep updated and more involved in the care of patients, especially in the guidance and doubts clarification. The study concludes that it is essential for nurses to identify and seek solutions to issues related to emotional, social and sexual life problems related to patients, seeking full nursing care to human needs.

Keywords: Chronic renal insufficiency. Hemodialysis. Psychosocial impact. Sexuality.

Resumen

Patología sistémica, la insuficiencia renal crónica acomete al ser humano causando cambios en la vida biopsicossocial y sexual, no sólo por la gravedad, pero porque el tratamiento hemodialítico es desgastante y restrictivo. Este estudio tuvo como objetivo verificar alteraciones psico-socio-espirituales y sexuales en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio, con abordaje cuantitativa, desenvuelto por encuesta semiestructurada aplicada a pacientes internados en un hospital escuela del noroeste paulista, durante el mes de enero de 2008. Se evidenció que el tratamiento hemodialítico es bastante restrictivo y desgastante no sólo bajo el ámbito biológico, pues la terapia utilizada y la condición crónica de la enfermedad influenciaron directo en las dimensiones psíquicas, sociales, espirituales y sexuales de los portadores de insuficiencia renal crónica. Se ha verificado también la necesidad del equipo de salud mantenerse actualizada y más envuelta con el cuidado a los pacientes, principalmente en la orientación y aclaración de las dudas existentes. Se concluye ser esencial que los enfermeros identifiquem y busquem soluciones para los aspectos relacionados a la vida emocional, social y sexual de los pacientes, pretendiendo asistencia de enfermería integral a las necesidades humanas.

Palabras clave: Insuficiencia renal crónica. Hemodiálisis. Impacto psicossocial. Sexualidad.

* Enfermeiras graduadas pelas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: renata_bereta@hotmail.com

** Mestre e Doutora em Enfermagem Fundamental pela EERP-USP, Ribeirão Preto-SP, Brasil. Docente Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia-MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

A vida humana é determinada por circunstâncias dentre as quais se destaca a busca contínua em ser saudável, realidade esta confrontada entre os pólos saúde e doença. A pessoa portadora de Insuficiência Renal Crônica (IRC) enfrenta situações complexas inerentes à cronicidade da doença e à complexidade do tratamento.

Os rins, órgãos pares, localizados na cavidade abdominal, são essenciais à vida. A disfunção é comum e pode ocorrer em qualquer idade, em graus variados de intensidade. A partir dos trinta anos de idade a função renal começa a diminuir em velocidade proporcional a 1% ao ano^{1,2}. No entanto, uma característica renal importante é a alta capacidade de adaptação à perda progressiva de néfrons, permitindo a manutenção da homeostase, mesmo com a massa renal reduzida, bem como, sua tendência à progressão espontânea^{3,4}.

Patologia sistêmica, causa deterioração progressiva e irreversível da função renal. A IRC em seu quadro clínico caracteriza-se por alteração nas funções bioquímicas e fisiológicas dos sistemas orgânicos, secundária ao acúmulo de catabólitos, alterações no equilíbrio hidroeletrólítico, ácido-básico e distúrbios hormonais^{4,5}. Assim, o paciente luta diariamente pela sobrevivência e o bem-estar físico, mental, espiritual e social, representantes das dimensões dinâmicas e integradas do processo saúde-doença.

Quanto à severidade e disfunção renal, a doença é dividida em fases. A primeira fase caracteriza-se por diminuição da função renal de, aproximadamente, 25%, embora ainda haja filtração, habitualmente não há azotemia e o balanço hidroeletrólítico e de ácido-base são mantidos. Na segunda fase, o rim já não é capaz de manter a homeostasia interna, pois há uma perda em torno de 75% da função renal e o paciente apresenta nictúria, anemia e uma moderada azotemia. Na terceira fase, a função renal geralmente apresenta-se abaixo de 20%, e os pacientes apresentam sintomas como: azotemia intensa, anemia, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipercalemia e hiponatremia. Conhecida como fase terminal, na quarta o paciente apresenta síndrome urêmica, necessitando de terapias realizadas por diálise ou transplante^{5,6}.

A etiologia da IRC é variada e geralmente dividida em três grupos: doenças primárias dos rins, doenças sistêmicas que também acometem os rins e doenças urológicas. A causa principal normalmente advém de *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, glomerulonefrite crônica, pielonefrite, obstrução do trato urinário, lesões hereditárias, distúrbios vasculares, infecções, uso de medicamentos ou agentes tóxicos^{4,5}.

Dentre as causas, a nefropatia diabética, uma complicação crônica do *diabetes mellitus*, associada ao aumento da mortalidade em pacientes portadores da doença tipo 1 e tipo 2, é a principal razão para o ingresso em programas de diálise em países desenvolvidos. A hemodiálise, indicada no tratamento, é o processo de filtração e depuração de substâncias indesejáveis do sangue, como a creatinina e a uréia. Realizada em pacientes portadores de doença crônica ou aguda devido à dificuldade orgânica em eliminar tais substâncias, sobretudo, pela falência dos mecanismos excretores renais⁶.

A popularização da hemodiálise se deve a avanços tecnológicos que incluíram o aprimoramento de máquinas e a fabricação de dialisadores mais eficientes e seguros, e também, ao desenvolvimento de técnicas cirúrgicas de confecção de acessos vasculares permanentes. Hoje, mais de um milhão de pessoas no mundo têm suas vidas mantidas na ausência de um órgão vital, graças à terapia renal substitutiva, obtendo-se baixos índices de morbimortalidade e altos índices de reabilitação^{1,6,7}.

O tratamento do paciente renal crônico consiste no controle da progressão da nefropatia e inclui o tratamento da hipertensão, a restrição dietética de proteína e fósforo e redução da proteinúria, além do manejo da hiperlipidemia. Este controle deve ser acompanhado das evidências de possíveis complicações urêmicas, visando evitar danos renais^{4,5}.

O tratamento dialítico na IRC tem sua indicação quando ocorre desnutrição, sobrecarga de volume, neuropatia periférica e outros sintomas urêmicos inviáveis de reversão com o tratamento conservador. A hemodiálise, além de terapêutica, também promove o controle e manutenção vital dos pacientes, removendo os solutos urêmicos anormalmente acumulados, o excesso de água, restabelecendo o equilíbrio eletrolítico e ácido-básico do organismo^{5,8}.

Anomalias na função sexual e reprodutora são comumente encontradas, tanto em homens quanto em mulheres com IRC. Frequentemente, observa-se disfunção erétil em homens, anomalias menstruais nas mulheres e diminuição da libido e da fertilidade em ambos os sexos. Estas anomalias, a princípio de natureza orgânica, são relacionadas não somente a uremia, mas também a outras condições, geralmente associadas à insuficiência renal⁹.

Fatores psíquicos e sociais podem também estar presentes, relacionados não só a perda da qualidade de vida inerente à IRC como pelas alterações na atividade sexual, surgindo, na maioria das vezes, em indivíduos jovens. Estes fatores agravam ainda mais a disfunção sexual e, particularmente, a disfunção erétil (DE). A prevalência estimada de disfunção sexual, para ambos os sexos, varia desde 9% em doentes pré-dialíticos, até 70% em doentes submetidos à diálise^{9,10}.

A alteração na auto-imagem como causa de sofrimento é um fator marcante do início do tratamento, enquanto fator discriminador. O uso do cateter relaciona-se à alteração da auto-imagem e se associa à dependência da hemodiálise, o que torna a pessoa diferente das demais, podendo gerar sentimento de angústia e predispor a pessoa ao isolamento¹¹.

Por vezes, o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas da patologia, juntamente com o início das alterações corporais é o contato inicial com a realidade da manifestação da doença, e estas geralmente vêm acompanhadas de sentimentos de medo, tristeza e desespero. A ocorrência de uma doença orgânica na qual a imagem que o indivíduo tem do seu corpo muda imediatamente, "permite que toda estrutura motriz dos instintos de vida do sujeito passem a ser focalizadas no órgão do doente", tais alterações orgânicas ativam as emoções do indivíduo, reestruturando sua imagem corporal¹².

Pesquisa realizada¹³ com pacientes em tratamento hemodialítico em uma clínica no interior do estado do Paraná, buscou conhecer situações significativas para o paciente renal crônico, vivenciadas no espaço-contexto da hemodiálise, e revelou que o trabalho muitas vezes ocorre de forma mecânica e que o paciente não é assistido integralmente. Destacou, sobretudo, a

necessidade de reflexões quanto a dinâmica organizacional e ambiental em hemodiálise e evidenciou, principalmente, a necessidade de se contemplar as dimensões da natureza humana no contexto biopsicossocioespíritual.

A IRC causa um impacto negativo no portador da doença quando avaliada sob o aspecto da qualidade de vida e a adesão ao tratamento, interpretadas quanto a aceitação e o seguimento adequado no tratamento. Múltiplos fatores exercem influência, dentre eles: características da terapia, as peculiaridades do paciente, os aspectos do relacionamento com a equipe multidisciplinar, as variáveis socioeconômicas, entre outras. A IRC e o tratamento hemodialítico comprometem, portanto, não somente o aspecto físico do portador, mas principalmente os aspectos psicológicos, familiares, sociais e sexuais, exigindo ações interdisciplinares^{9,12,13,14}.

O portador de IRC vivencia uma brusca mudança em sua vida, devido às limitações e mudanças em seus hábitos alimentares. Por tornar-se, na maioria das vezes, inviabilizado para o trabalho, pode até sentir-se excluído do contexto social. Com a cronicidade e progressão da doença, muitos pacientes evoluem com pensamentos de finitude e morte, e pela conotação dolorosa do tratamento, o cotidiano geralmente torna-se monótono e restrito, principalmente pelas sessões de hemodiálise, realizadas três vezes na semana, cuja duração é de três a cinco horas^{11,15,16,17}.

Quanto às atividades de vida diária (AVDs), há limitações, devido à perda da independência e aumento da necessidade assistencial. Por consequência, alguns pacientes evoluem com desânimo, desespero e até abandono do tratamento, às vezes por orientação inadequada. É importante estimular a capacidade de adaptação humana, positivamente, ao novo estilo de vida, estimulando os pacientes à manutenção do autocuidado, ao controle do tratamento e à adaptação às mudanças^{12,14}.

Embora o desenvolvimento tecnológico seja crescente na terapia hemodialítica, estudos brasileiros demonstram que faltam melhores condições de sobrevivência a estes pacientes. A qualidade de vida, geralmente afetada por diversos fatores, como o convívio com a doença crônica, esquemas terapêuticos rigorosos, modificações nos hábitos alimentares e de vida, nas

atividades sociais e no trabalho, levam a necessidade do uso de muitos medicamentos, além da dependência a uma máquina¹⁸.

Outro fator a ser considerado, relacionado também à qualidade de vida, é a faixa etária. Estima-se que mais da metade dos pacientes que iniciam a terapia hemodialítica tem idade superior a 65 anos, considerando um fator limitante, pois associado às outras dificuldades como, imobilidade, instabilidade, incontinência e dificuldade intelectual e até mesmo mudanças no padrão sexual podem levar a prejuízos no tratamento¹⁹.

A partir dos conceitos apresentados, este estudo, com foco nos aspectos psíquicos, socioespirituais e sexuais de pacientes com IRC e em hemodiálise, busca contribuir com a obtenção de dados para uma melhor assistência a essa clientela.

OBJETIVO

O objetivo geral deste estudo foi verificar alterações psico-sócio-espirituais e sexuais em pacientes com IRC submetidos à hemodiálise.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter quantitativo, realizado em um hospital escola do noroeste paulista, com 37 pacientes portadores de IRC submetidos à hemodiálise, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a resolução do CONEP nº 196/96.

A pesquisa de campo foi realizada mediante entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas e fechadas, composta de duas partes. Uma direcionada a identificação pessoal e a outra sobre questões específicas à temática. A coleta de dados foi efetuada no mês de janeiro de 2008. Os dados foram agrupados, analisados, interpretados e expressos descritivamente e por meio de gráficos, a fim de contemplarem o objetivo proposto no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 37 (88%) portadores de IRC em hemodiálise na unidade do referido hospital, cujo espaço é exclusivo ao atendimento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para obter aproximação com a realidade do fenômeno em estudo, optou-se por

caracterizar alguns aspectos dos sujeitos investigados, conforme os dados a seguir.

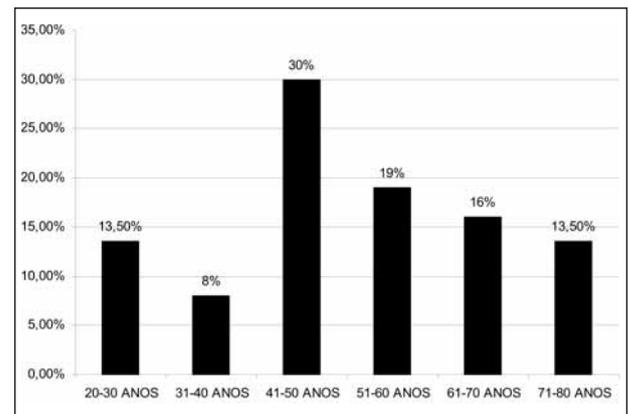


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos sujeitos do estudo segundo a faixa etária

Prevaleram indivíduos com faixa etária entre 41 e 50 anos, cuja média foi 51,3 anos. Esses dados corroboram com os resultados de uma pesquisa realizada no interior do Estado do Ceará onde se avaliou a qualidade de vida de portadores de IRC sob terapia hemodialítica, na qual a idade média obtida foi de 41,8 anos²⁰.

Quanto ao gênero, prevaleceu o sexo masculino com 73% (n=27), corroborando com a pesquisa anteriormente citada²⁰.

Quanto ao estado civil, 59% (n=22) eram casados, 14% (n= 5) solteiros e 11% (n=4) amasiados, 11% (n=4) divorciados e 5% (n=2) são viúvos. Referente ao número de filhos, 84% (n=31) responderam sim, enquanto 16% (n=6) não tinham filhos.

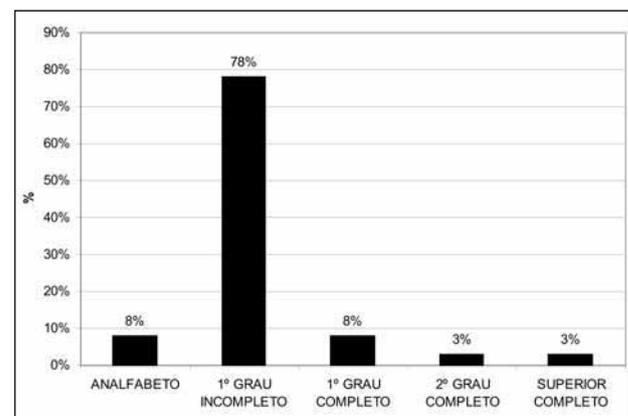


Gráfico 2 – Distribuição percentual dos sujeitos do estudo segundo o grau de escolaridade

Houve prevalência de indivíduos com 1º grau incompleto, sendo que apenas 3% do total de entrevistados

possuía ensino superior completo, havendo ainda um percentual de 8% de analfabetos. No estudo utilizado como referência¹³, 53,8% dos pacientes apresentavam tempo de escolaridade menor ou igual a quatro anos e 33,3% haviam estudado por mais de quatro anos.

Quanto à profissão, dos 37 entrevistados, 73% (n=27) pacientes se encontravam aposentados e 27% (n=10) pacientes não. Dos sujeitos não aposentados, quatro estavam afastados, enquanto um era pensionista. Quanto aos demais sujeitos, sete ainda trabalhavam, um exercia funções no ensino de música, quatro trabalhavam no próprio lar, um era comerciante e outro fazendeiro e ex-vereador. O doente renal crônico sofre alterações na vida diária em virtude do tratamento, necessitando de apoio formal de atenção à saúde, isto é, vive dependente da equipe de saúde, da máquina e do suporte informal para ter o cuidado assistencial¹⁸.

A pesquisa revelou que 82,7% dos indivíduos não possuíam atividade remunerada de trabalho, enquanto 17,2% trabalhavam. Relacionam-se estes dados ao fato da hemodiálise ser um tratamento que acarreta limitações e no cotidiano da maioria das atividades haver a necessidade de pontualidade. Para o cliente portador de IRC, as atividades sociais e outras ocupações referentes ao viver são muitas vezes dispensadas, pois se prioriza a satisfação de outras necessidades essenciais à sobrevivência²⁰.

Quanto à renda mensal dos 37 entrevistados, tomando-se por base o salário mínimo vigente à época, cujo valor era de R\$ 415,00 reais, 70% (n=26) dos pacientes tinham renda mensal de 1 a 2 salários mínimos, 24% (n=9) dos pacientes renda mensal de 3 a 5 salários mínimos, 3% (n=1) referiu renda mensal entre 11 a 20 salários mínimos, enquanto, 3% (n=1) não soube informar a renda mensal.

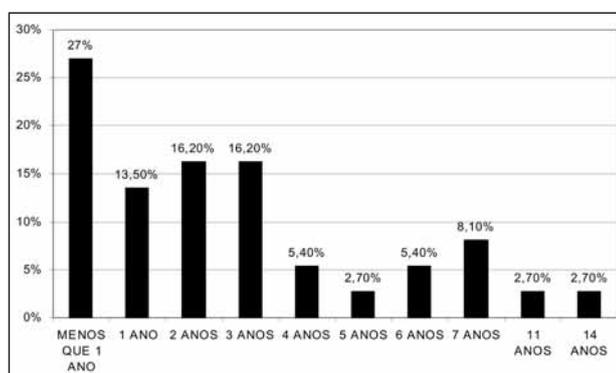


Gráfico 3 – Distribuição percentual dos sujeitos do estudo quanto ao tempo de tratamento

Em relação ao tempo de tratamento, prevaleceu entre os entrevistados período inferior a um ano de tratamento, havendo indivíduos em hemodiálise há 14 anos.

A atividade física é imprescindível ao ser humano. Procurou-se identificar as mudanças ocasionadas na vida dos portadores de IRC em tratamento hemodialítico como forma de entender a vivência dos portadores de doença crônica, diante dos desafios no tratamento. Obteve-se que dos 37 entrevistados, 11% (n=4) dos sujeitos praticavam atividades, enquanto a maioria, 89% (n=33) tinham vida sedentária. Das atividades praticadas pelos quatro sujeitos, 75% (n=3) referiram caminhadas, 25% (n=1) ciclismo.

Pacientes que dependem de tecnologia avançada para sobreviver apresentam limitações e vivenciam inúmeras perdas e mudanças biopsicossociais cotidianamente, interferindo na qualidade de vida, dentre elas: perda do emprego, alterações na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas, favorecendo o sedentarismo e a deficiência funcional^{14,18}.

Os portadores de IRC, geralmente, mostram envelhecimento precoce como resultado da deterioração músculo esquelética, descoloração na pele, emagrecimento e edema, características da própria doença; estas mudanças podem provocar sentimentos de diferença e inferioridade em relação a outras pessoas saudáveis. Conseqüentemente, poderão afetar a auto-estima do paciente e a iniciativa para a realização de atividades físicas e para o relacionamento interpessoal^{15,19}.

O impacto decorrente da fístula artério-venosa (FAV) pela modificação da estrutura normal do membro ante a presença da fístula, facilmente visualizada, incomoda e dificulta o desenvolvimento de AVDs. Pelo fluxo sanguíneo e o uso regular para a hemodiálise, ela tende a dilatar-se suportando as punções necessárias ao tratamento hemodialítico e tanto pode ser facilmente percebida por outras pessoas, como sentida pelo paciente devido à hipertrofia dos vasos e o frêmito, respectivamente. A alteração da auto-imagem como causa de sofrimento é um fator marcante do início do tratamento, como fator discriminador^{18,21}.

Fisicamente, a mudança química que ocorre no corpo do doente renal afeta os hormônios, a circulação, o sistema nervoso e o nível de energia. Essas mudanças geralmente causam uma diminuição no interesse e no

desempenho sexual. Muitos medicamentos, usados no tratamento da doença, podem também afetar o funcionamento sexual. Em razão disso, geralmente, os indivíduos em hemodiálise são sexualmente menos ativos do que as pessoas saudáveis. A atividade sexual requer um nível de energia que poderá faltar ao IRC⁹.

Acerca da orientação sexual, no estudo, 36 sujeitos (97%) declaram-se heterossexuais, enquanto 3% (n=1) limitou-se a responder as questões referentes a este aspecto. Quanto à iniciação sexual, prevaleceu a primeira relação sexual na faixa etária entre 16 e 20 anos de idade, seguida pelas idades entre 10 a 15 anos. Referente ao número de parceiros sexuais; 38% (n=14) relatam não ter parceiros e 62% (n=23) um parceiro apenas.

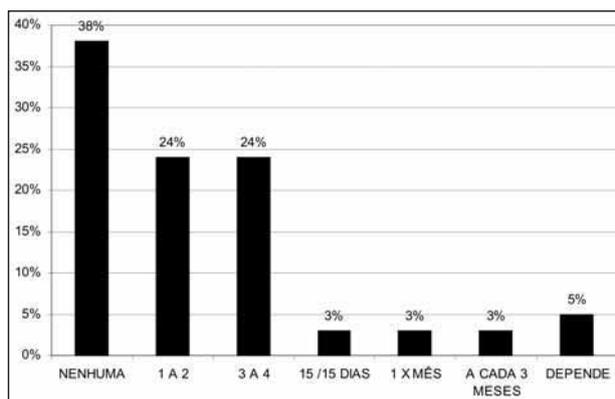


Gráfico 4 – Distribuição percentual dos sujeitos do estudo quanto à frequência da atividade sexual

Entre os portadores de IRC prevaleceu a inatividade sexual conforme observado no Gráfico 4, seguida pelos entrevistados que responderam praticar sexo de uma a quatro vezes na semana. Os que responderam "depende", levaram em conta a capacidade física e a disposição emocional.

Quanto ao significado do tratamento na vida dos entrevistados, 24% (n=9) dos sujeitos referiram "tristeza", "sofrimento", "obrigação", "angústia", "tortura", "horível", "tormento" e "terror"; enquanto 76% (n=28) responderam mais positivamente, classificando o tratamento como "bom", "vida", "salvação", "sobrevivência" e "rim artificial".

A condição crônica de saúde provoca certas restrições decorrentes da terapêutica e necessidade de controle clínico, além das internações constantes. A pessoa passa a incorporar a doença no seu processo de viver, constituindo-se uma situação permeada de estresse, sendo

necessário o controle do nível de estresse para a adaptação, visando recuperar o equilíbrio e a capacidade para satisfazer as novas exigências externas¹². A adaptação às doenças crônicas é prolongada e contínua e depende do comprometimento com a saúde e apoio recebidos, seja da equipe/serviços de saúde e/ou da família¹⁸. A angústia e o sentimento de invalidez são relatados em auto-avaliações de portadores de IRC, pois ao perceberem que a realidade não pode mudar, que são dependentes de uma máquina, de uma aposentadoria, de um transplante, às vezes distante, evidenciam que a oportunidade de sucesso não é igual para todos. Pessoas com IRC em tratamento hemodialítico enfrentam sucessivas perdas, associadas tanto à dimensão física quanto à social. No entanto, não devem perder as esperanças em relação a um futuro melhor²².

Os pacientes também foram questionados quanto às mudanças sexuais advindas da patologia e o tratamento: 54% (n=20) não haviam percebido mudança, enquanto 46% (n=17) referiram mudanças, relatadas como perda do interesse, falta de vontade e preconceito e, 5% (n=2) alegaram modificações relacionadas à idade.

Quanto às mudanças na vida social, 51% (n=19) disseram não ter havido mudanças significativas, enquanto para 49% (n=18) foram relatados: preconceito, abandono de algumas atividades como sair, jogar bola, trabalhar, pescar e "fazer samba".

Os familiares são peças fundamentais no acompanhamento e compartilhamento nos problemas decorrentes do tratamento. Neste aspecto, 73% (n=27) relataram surpresa e apoio, 13,5% (n=5) demoraram algum tempo para receberem apoio familiar e 13,5% (n=5) não tiveram apoio. A valorização da relação familiar oferece mais conforto e otimismo¹².

O convívio com os amigos também contribui no tratamento. Buscou-se investigar a reação de pessoas consideradas amigas diante da patologia e do tratamento, 76% (n=28) negaram mudanças na relação com os amigos, enquanto para 24% (n=9) dos sujeitos houve modificações no contato, afastamento, atitudes de preconceito e medo ante a possibilidade de doação renal.

Sobre a competência profissional para as ações de cuidado na instituição onde se desenvolveu a pesquisa, 95% (n=35) achavam os profissionais competentes e aprovavam

a forma de relacionamento interpessoal, porém, 5% (n=2) reclamaram do atendimento e alegaram falta de orientação.

Dúvida e/ou reclamações geralmente estão presentes no cotidiano das ações de saúde nas diferentes formas de tratamento e instituições. No estudo, 8% (n=3) dos sujeitos alegaram falta de orientação, 3% (n=1) falta de medicação e 3% (n=1) relatou dificuldade na relação entre paciente e funcionários.

O estudo proporcionou perceber quão fundamental é conhecer sentimentos e reações do ser portador de insuficiência renal, além dos problemas e limitações físicas para melhor compreendê-los em sua existência e no tratamento, e dessa forma, auxiliá-los, fazendo um acompanhamento adequado não só dos aspectos biológicos da doença, mas também dos psicológicos, sociais e sexuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa envolveu 37 pacientes portadores de IRC submetidos ao tratamento de hemodiálise. Foi evidenciado que embora muitos pacientes estivessem cientes da necessidade do tratamento, há ainda falta de esclarecimentos e maior sensibilidade profissional para o cuidado assistencial de enfermagem.

Esta evidência leva a concluir que é necessário conhecer a problemática dos indivíduos com IRC para modificar a postura diante do paciente renal crônico, evitar decisões controladoras e muitas vezes prescritivas. É essencial ouvir o que pensa e sente cada indivíduo, respeitando sua singularidade e subjetividade, e na condição de profissionais da área da saúde, valorizar mais o ser humano, mantendo uma relação capaz de compreender suas vivências e necessidades, garantindo-lhes o direito na tomada de decisões e de forma mais consciente, oferecer melhores respostas às situações que dependam de cuidado especializado e humanizado.

O processo de educação em unidades de internação deve ser eficiente, principalmente por abordar o paciente em seus aspectos psicológicos, sociais e culturais e sexuais, procurando envolver também a família e a comunidade. Certamente uma maneira melhor e mais eficaz para suavizar o impacto é diminuir o estresse causado pela doença e o tratamento, proporcionando, assim, um meio favorável ao surgimento de respostas mais adaptativas e que promovam a integridade do paciente, conferindo-lhe, por consequência, uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Smeltzer SC, Bare BG. Histórico das funções renal e urinária. In: Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddart: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1323-44.
- Riella LV, Moura LA, Riella MC. Anatomia renal. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 1-17.
- Zatz R, Fujihara CZ. Insuficiência renal crônica, progressão da doença renal. In: Schor N, Srougi M. *Nefrologia urologia clínica*. São Paulo: Savier; 1998. p. 34-6.
- Cendoroglo M, Sarswnberg C, Suassuna P. Insuficiência renal crônica, etiologia, diagnóstico e tratamento. In: Schor N, Srougi M. *Nefrologia e urologia clínica*. São Paulo: Savier; 1998. p. 29-33.
- Riella MC, Pecoits-Filho RP. Insuficiência renal crônica: fisiopatologia da uremia. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 661-90.
- Gross JL, Silveiro SP, Canani LH, Azevedo MF. Nefropatia Diabética. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 597-608.
- Sesso R. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil e sua prevenção. Secretaria de Estado da Saúde Coordenadoria de Controle de Doenças e Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" [acesso em 2007 maio 29]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/cronicas/irc_prof.htm
- Lugon JR, Strogoff JP, Warrak EA. Hemodiálise. In: Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 869-907.
- Morales J, Rolo F, Sá H. Disfunção erétil e insuficiência renal. *Acta Urológica Portuguesa*. 2001; 18(3):35-8.
- Santos PR. Relação do sexo e da idade com níveis de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(5):356-9.
- Resende MC. et al. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicol Clin*. 2007; 19(2):87-99.
- Lima, A.F.C.; Gualda, D.M.R. História oral: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(3):235-41.
- Petrovsk V, Dall'agnol C M. Situações significativas no espaço – contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço? *Rev Bras Enferm*; 2006; 59(5):630-5.
- Law M. Participation in the occupations everyday life. *Am J Occup Ther*. 2002; 56(6):640-9
- Unruh ML, Hartunian MG, Chapman MM, Jaber BL. Sleep quality and clinical correlates in patients on maintenance dialysis. *Clin Nephrol*. 2003; 59(4):280-8.
- Santos PR, Pontes LRSK. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(4):329-34.
- Queiroz MVO, Jorge MSB, Santos MLO. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. *Acta Scientiarum. Health Science*. 2008; 3(1):73-9.
- Marielza R, Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latinoam Enferm* [periódico online] 2005 set/out. [acesso em 2007 jun 2]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692005000500010&lng=en&nm=iso&tlng=pt
- Santos PR. Relação do sexo e da idade com níveis de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(5):356-9.
- Santos PR, Pontes LRSK. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(4):329-34.
- Wright, Y.; Grenyer, B.F.S. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nurs*. 1999; 30(1):312-20
- Richard CJ. Self-care management in adults undergoing hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. [periódico online] 2006 Jul/Aug; 33 (4): [acesso em 2009 ago 20]. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0ICF/is_5_31/ai_n17207526

ENFERMEIROS EGRESSOS: EXPECTATIVAS E OPORTUNIDADES NO MERCADO DE TRABALHO¹

NURSES ALUMNI: EXPECTATIONS AND OPPORTUNITIES IN THE MARKET

ENFERMEROS EGRESOS: EXPECTATIVAS Y OPORTUNIDADES EN EL MERCADO DE TRABAJO

Ilza dos Passos Zborowski*, Maria Regina Lourenço Jabur**, Damaris Eloá Lúcio***, Débora Biase Sperandio***, Elizandra Dias***

Resumo

O surgimento de novas áreas de atuação para o enfermeiro, requer por parte destes profissionais, investimento em qualificação e constante atualização. As escolas de Enfermagem têm como desafio oferecer condições que propiciem aos alunos adequado preparo para exercer atividades profissionais, visando atender estas demandas. Estudo do tipo descritivo, quantitativo com objetivo de discorrer sobre as expectativas dos egressos do curso de graduação de uma faculdade de enfermagem do interior paulista com relação ao mercado de trabalho e as oportunidades que se apresentaram no período de até um ano após a graduação. Dos 46 participantes, os resultados mostraram que 93% eram do gênero feminino; 59% tinham entre 20 a 24 anos e 65% eram solteiros. A enfermagem foi primeira opção de curso para 65% dos sujeitos; 74% começaram a trabalhar como enfermeiros após o término da graduação, sendo 62% na área assistencial e 24% na gerencial; 35% atuando em instituições filantrópicas; 28% em particulares e 19% em prefeituras; apenas 8% não estavam trabalhando. A média salarial de 35% dos sujeitos ficou entre quatro e seis salários mínimos e 24% possuíam apenas um vínculo empregatício; 76% consideraram que a formação acadêmica foi suficiente para a inserção no mercado de trabalho; 74% não têm participado de eventos científicos, referindo falta de tempo; 72% não realizaram trabalhos científicos após a graduação. Conclui-se que estes egressos tiveram uma boa inserção no mercado de trabalho, visto que a principal expectativa era trabalhar como enfermeiros e isso aconteceu, e que os conhecimentos adquiridos no curso foram suficientes e contribuíram para esta inserção.

Palavras-chave: Enfermagem. Egressos. Mercado de trabalho.

Abstract

The emergence of new areas in nurse work requires investment in skills and constant updating from professionals. Nursing schools face the challenge of transforming students into professionals to meet these demands. This is a descriptive and quantitative study with the purpose of discussing graduates and undergraduate expectations in a nursing college in the interior of São Paulo State with respect to the market and opportunities that are presented to themselves after one year graduation. Results showed that of the 46 participants, 93% were female; 59% were aged 20 to 24 years and 65% were single. Nursing was the first course option for 65% of the students, 74% began working as nurses after completion of graduation, 62% in health care and 24% in management, 35% working in charities, 28% in private and 19% in municipalities and only 8% were not working. The average salary of 35% of workers was between four and six times the minimum wage and 24% had only one job and 76% thought that the academic training was enough for entering the market, 74% have not participated in scientific work due to lack of time, 72% did not perform scientific work after graduation. We conclude that these graduates had a successful entry into the market, since the main expectation was to work as a nurse and that have happened, and that knowledge acquired from the course were sufficient and contribute to this integration.

Keywords: Nursing. Alumni. Market.

Resumen

El surgimiento de nuevas áreas de actuación para el enfermero, requiere por parte de estos profesionales, inversión en calificación y constante actualización. Las escuelas de Enfermería tienen como desafío transformar alumnos en profesionales para atender estas demandas. Estudio del tipo descriptivo, cuantitativo con objetivo de: analizar las expectativas de los egresos del curso de graduación de una facultad de enfermería del interior paulista con relación al mercado de trabajo y las oportunidades que se presentaron en el período de hasta un año después de la graduación. De los 46 participantes, los resultados mostraron que el 93% era del género femenino; el 59% tenía entre 20 y 24 años y el 65% era soltero. La enfermería fue la primera opción de curso para el 65% de los sujetos; el 74% empezó a trabajar como enfermero tras el término de la graduación, siendo el 62% en el área asistencial y el 24% en el área gerencial; el 35% actuando en instituciones filantrópicas; el 28% en particulares y el 19% en ayuntamientos y sólo, el 8% no estaba trabajando. El promedio de sueldo del 35% de los sujetos quedó entre cuatro y seis sueldos mínimos y el 24% posee sólo un vínculo de empleo y el 76% consideró que la formación académica fue suficiente para la inserción en el mercado de trabajo; el 74% no está participando de eventos científicos, refiriendo falta de tiempo; el 72% no realizó trabajos científicos tras la graduación. Concluimos que estos egresos tuvieron una buena inserción en el mercado de trabajo, ya que la principal expectativa era trabajar como enfermero y eso sucedió, y que los conocimientos adquiridos en el curso fueron suficientes y contribuyeron para esta inserción.

Palabras clave: Enfermería. Egresos. Mercado de trabajo.

¹ Pesquisa Institucional desenvolvida em 2008, nas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil.

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

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

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

INTRODUÇÃO

A enfermagem profissional no Brasil e no mundo foi erigida a partir das bases científicas propostas por Florence Nightingale, que foi influenciada diretamente pela sua passagem nos locais onde se executava o cuidado de enfermagem leigo e fundamentado nos conceitos religiosos de caridade e amor ao próximo¹.

No Brasil, a enfermagem profissional é aquela atividade exercida por pessoas que passaram por um processo formal de aprendizado, com base em um ensino sistematizado, com currículo definido e estabelecido por ato normativo, e que, ao término do curso, receberam um diploma e a titulação específica².

Pode-se dizer que a enfermagem assumiu, no final deste último milênio, preocupações relacionadas ao (re)dimensionamento profissional, imposto não apenas pela configuração atual do mercado de trabalho, solicitante de profissionais polivalentes e multidisciplinares, mas também pela necessidade de assumir seu compromisso de cuidar junto ao sistema de saúde, reidentificando seu espaço social, prioridades, possibilidades e anseios³.

A enfermagem brasileira, à semelhança do que vem acontecendo em outros países, tem buscado desenvolver competências e conquistar seu espaço de atuação profissional; enquanto profissão sofre influências do contexto econômico, político e social no qual está inserida, daí a necessidade de buscar, no processo de atualização contínua, uma forma de se manter em sintonia com o meio no qual atua.

O enfermeiro dispõe de um amplo mercado de trabalho, oportunidade de atuar em novas especialidades, maior autonomia de decisão, oportunidade de lidar com tecnologias avançadas e sofisticados equipamentos, materiais e medicamentos de última geração. Porém, isso aumenta o grau de exigência imposto pelo mercado de trabalho. Para atender tais demandas, estes profissionais precisam buscar conhecimentos que vão além da formação básica.

O conhecimento tem aumentado em ritmo acelerado e isso requer atualização constante por parte dos profissionais; o mercado de trabalho exige profissionais diferenciados, capazes de elaborar respostas criativas aos desafios da realidade⁴.

O estudante deve ter consciência de que ao se graduar, adquire um compromisso profundo frente a si mesmo e à sociedade, que consiste em manter-se atualizado, tendo a educação continuada como pilar para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem nas instituições de saúde⁵.

OBJETIVOS

Esta pesquisa teve como objetivos: discorrer sobre as expectativas dos egressos do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP em relação ao mercado de trabalho e as oportunidades surgidas no período de até um ano após a graduação; relatar as formas de atualização utilizadas pelos profissionais após a graduação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo quantitativo realizado com 95 egressos do curso de enfermagem das FIPA.

Na coleta dos dados utilizou-se um instrumento semi-estruturado, com questões fechadas, sendo que em algumas delas foi dado aos sujeitos a possibilidade de justificarem de forma descritiva a escolha das alternativas propostas no instrumento.

Para compor a população do estudo os pesquisadores utilizaram as listas de turmas fornecidas pelo curso de Enfermagem, contendo nome, endereço e telefone dos egressos dos anos de 2005 e 2006, totalizando 95 profissionais.

Alguns participantes foram contatados pessoalmente, quando de alguma forma se teve conhecimento do local de trabalho dos mesmos e estes concordaram em participar da pesquisa. Isso aconteceu especialmente com os enfermeiros contratados nos dois Hospitais das FIPA, em algumas Unidades Básicas de Saúde e Serviços de Saúde da Cidade de Catanduva-SP e microregião. A segunda forma utilizada foi via telefone, verificando se existia o interesse em participar da pesquisa e de que forma, pessoalmente ou através do envio do material pelo correio e, por último, através do envio do material da pesquisa, via correio, sem contato prévio com o sujeito. Nas três situações os participantes receberam uma carta explicativa do estudo e o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (o qual deveria ser assinado, caracterizando estarem de acordo em participar do estudo) e o questionário.

Os dados foram coletados no período entre agosto e setembro de 2008, após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das FIPA. Foram considerados sujeitos da pesquisa todos os egressos das duas turmas, independente de sexo, idade ou outra variável, que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao final da coleta de dados, retornaram 46 questionários, sendo este o número de sujeitos que compuseram a amostra deste estudo, representando 48% dos egressos das duas turmas. Estudo anterior, com a primeira e segunda turma do mesmo curso teve a participação de 50% dos egressos⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos através do instrumento de coleta de dados permitiram a caracterização dos egressos quanto ao gênero, faixa etária e estado civil e, posteriormente, evidenciaram as expectativas dos mesmos em relação à profissão e mercado de trabalho, bem como a opinião acerca das oportunidades profissionais encontradas após a graduação e as formas de atualização profissional mais utilizadas por esses recém formados.

Os dados mostraram um predomínio do gênero feminino com 93% dos sujeitos; a faixa etária de maior incidência foi entre 20 e 24 anos, com 59% e no que se refere ao estado civil, 65% dos entrevistados responderam ser solteiros. Os resultados da pesquisa anterior, realizada com egressos do ano de 2004 na mesma instituição, coincidem no que se refere ao maior percentual de sujeitos do gênero feminino (93%); apresentam 6% a mais de egressos na faixa etária entre 20 e 24 anos e 2% a mais de egressos solteiros⁴.

Uma análise comparativa dos resultados permite dizer que não houve mudança significativa entre os dois grupos estudados, no que tange aos três aspectos pesquisados: gênero, faixa etária e estado civil.

Estudos recentes reforçam os achados deste estudo, quanto ao gênero e demonstram que a enfermagem continua sendo exercida basicamente por mulheres, representando 84% do quadro nacional;

contudo, o contingente de homens que vêm procurando a profissão é cada vez maior⁶.

A escolha da enfermagem e as expectativas em relação à profissão

Quando um jovem anuncia aos seus familiares e amigos que quer ser enfermeiro, é ainda frequente uma expressão de espanto ou incredulidade. Esta opção, quando é uma escolha, pode ser elogiada por uns e recriminada por outros, mas é sempre analisada em função da representação que a profissão tem no imaginário social e individual⁷.

Embora o parágrafo anterior faça referência à realidade da enfermagem portuguesa, pode-se dizer que no Brasil, esta forma de entendimento não é muito diferente. Algumas pessoas têm da enfermagem uma idéia romântica, de serviço, compaixão e dedicação, de ajuda a quem sofre; outros vêem nela uma profissão mal remunerada, desgastante e subserviente, sendo que tais idéias encontram justificativa histórica e social⁷.

Alguns aspectos podem influenciar no desempenho e na satisfação de um profissional durante o seu trabalho, dentre eles, o fato do indivíduo fazer a melhor escolha da profissão. A atual estrutura de ensino brasileira leva um aluno entre 16 e 19 anos de idade a escolher uma profissão a qual, na maioria das vezes, irá exercer ao longo de toda a sua vida. Esta, portanto, é uma decisão importante e em se tratando da área da saúde, envolve uma responsabilidade ainda maior, pelo fato dos profissionais desta área atuarem diretamente na promoção da saúde dos indivíduos.

A Tabela 1 apresenta a distribuição numérica e percentual de sujeitos que tiveram a enfermagem como a primeira escolha profissional, com 65%.

Para os demais, 35% dos egressos, foram citadas como primeira opção profissional: medicina, psicologia e educação física, entre outras.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos egressos das turmas 2005 e 2006 do curso de Enfermagem das FIPA que tiveram a graduação em enfermagem como primeira opção profissional

Enfermagem como primeira opção	Nº.	%
Sim	30	65
Não	16	35
Total	46	100

Quanto aos motivos que levaram à escolha da enfermagem como profissão, o fato de "gostar de cuidar

de pessoas” e ou “gostar da área da saúde”, aparece em 80% das respostas; 12% dos sujeitos fizeram a opção por já trabalharem na área de enfermagem.

A opção profissional do aluno de enfermagem foi motivada pelo relacionamento humano, pela atuação na área da saúde, conhecimentos anteriores sobre enfermagem, facilidades proporcionadas pela opção, entre outros⁸.

A principal expectativa em relação à profissão, para 65% dos entrevistados, foi encontrar um trabalho como enfermeiro, rapidamente, logo depois de formados.

Oportunidades no mercado de trabalho

A expectativa de um profissional atuar na área de sua formação parece algo um tanto óbvio, porém nem sempre isso acontece.

A Tabela 2 mostra que neste estudo, esta expectativa é atendida, uma vez que, 74% dos sujeitos começaram a trabalhar como enfermeiros após o término da graduação; 7% iniciaram uma atividade profissional, porém não como enfermeiros, e apenas 8% do total de entrevistados não estavam trabalhando.

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual dos egressos 2005 e 2006 do curso de Enfermagem de Catanduva quanto à primeira experiência profissional após o término da graduação

Após o término do curso de Graduação em Enfermagem	Nº.	%
Começou a trabalhar como enfermeiro (a)	34	74
Começou a trabalhar, mas não como enfermeiro (a)	3	7
Ainda não começou a trabalhar	4	8
Continua a trabalhar como auxiliar ou técnico de enfermagem	2	4
Outra resposta	3	7
Total	46	100

Um estudo realizado em 2005 sobre a empregabilidade dos enfermeiros no Brasil, em que se buscou investigar o tempo entre a conclusão da graduação e a inserção no mercado de trabalho, observou-se que 85,3% conseguiram o primeiro emprego com menos de um ano de formados e 6,6% com um ano. Assim, com um ano de formado, 91,9% dos enfermeiros já estavam empregados⁹.

Resultados complementares à primeira experiência profissional dos egressos do curso de Enfermagem das FIPA demonstraram que dos 74% atuando como enfermeiros, 62% estavam na área assistencial; 24% gerencial e os 14% restantes, nas áreas

de ensino ou outra não especificada, e que 68% recebiam entre dois e seis salários mínimos. Quanto ao tipo de empresa, 35% trabalhavam em instituições filantrópicas; 28% em particulares; 19% em prefeituras e 18% no serviço público Estadual ou Federal; 20% foram selecionados por meio de concurso público e 54% por processo seletivo na própria empresa contratante; 58% tinham contrato de trabalho por tempo indeterminado, o que pode sugerir maior estabilidade quanto ao vínculo profissional.

Formação acadêmica e formas de atualização profissional

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos egressos das turmas 2005 e 2006 do curso de Enfermagem das FIPA quanto à formação acadêmica recebida na IES ter sido ou não suficiente para a sua primeira inserção no mercado de trabalho

A formação acadêmica foi suficiente para a inserção no mercado de trabalho ?	Nº.	%
Sim	35	76
Não	10	22
Não declararam	1	2
Total	46	100

Dos egressos que estavam trabalhando como enfermeiros, 76% responderam que a formação acadêmica recebida no curso de Enfermagem das FIPA foi suficiente para a sua primeira inserção no mercado de trabalho, porém 72% do total de participantes referiram a disciplina de farmacologia como tendo deixado a desejar no aspecto da formação deste conhecimento para o enfermeiro. Apenas 11% dos participantes deram sugestões para melhorar a formação acadêmica, tais como: “ter mais oportunidades de realizar procedimentos”; “ter mais plantões noturnos durante os estágios” e “que os professores continuem tendo vontade de ensinar, motivar e cobrar mais dos alunos”.

A média salarial ficou entre 4 e 6 salários mínimos para 35% dos participantes do estudo (valor vigente no Brasil em 2008= R\$450,00), seguido de 2 a 4 salários mínimos para 33% dos enfermeiros. A forma de ingresso para 54% dos sujeitos foi através de processo seletivo na própria empresa e para 20%, por concurso público; 52% tinham um único vínculo empregatício e 58% contrato de trabalho por tempo indeterminado.

No que se refere às formas de atualização citadas pelos sujeitos, 22% já tinham concluído um curso de pós-graduação; 30% estavam cursando; 39% não estavam cursando no momento da pesquisa, mas pretendem fazê-lo, e 9% disseram que não têm intenção de fazer nenhum curso.

Cada vez mais, no perfil dos trabalhadores, são exigidas novas características que transformam radicalmente a forma de se conceber a formação para o trabalho em sua concepção institucional, em suas formas de detecção de necessidades e na estruturação de seus programas formativos¹⁰.

Quanto à participação em eventos científicos relacionados à profissão, 74% não têm participado, sendo que 52% alegaram falta de tempo; 15% motivos financeiros; questões familiares entre outras aparecem com 9% cada uma e 15% não declararam o motivo da não participação.

Sobre a realização de trabalhos científicos, também 74% responderam não ter feito nenhum após o término da graduação; 24% afirmaram que sim e 2% não responderam. Este resultado pode estar relacionado ao fato de que atualmente, a maioria dos cursos de pós-graduação exige um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), o que pode estabelecer alguma relação entre o percentual de egressos que já concluíram um curso de pós-graduação e que referiram ter realizado trabalho científico após o término da graduação.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados deste estudo, podemos reiterar a importância de dar continuidade a investigações que demonstrem de forma local, como no caso do presente estudo ou de maior abrangência, aspectos do perfil atual do egresso em enfermagem.

A pesquisa mostrou que em relação ao gênero houve um predomínio do sexo feminino com 93% e da faixa etária entre 20 e 24 anos, com 59%; 65% dos

sujeitos eram solteiros, o que apresenta correspondência em estudos realizados em outros locais.

O percentual de sujeitos que referiram ter sido a enfermagem a sua primeira opção de curso foi 65% e, após o término da graduação, 74% começaram a trabalhar como enfermeiros, sendo que na opinião de 43% deles, o maior percentual de vagas se encontra na rede pública.

Dos egressos atuando como enfermeiros, 62% estão na área assistencial, 24% na área gerencial; 35% trabalhando em instituições filantrópicas, 28% em instituições particulares e 19% em prefeituras.

A contribuição do curso de Enfermagem das FIPA no que se refere à formação profissional foi suficiente para a inserção dos egressos no mercado de trabalho, na opinião de 76%.

Um aspecto bastante positivo foi o fato de que 22% dos participantes já tinham concluído um curso de pós-graduação; 30% estavam cursando e 39% ainda não estavam cursando, mas pretendiam fazê-lo assim que possível. No entanto, observou-se que 74% destes profissionais não participaram de eventos científicos e 72%, não realizaram trabalhos científicos após o término da graduação.

No que diz respeito à importância da educação continuada para o enfermeiro, o curso de Enfermagem das FIPA tem como estratégias a promoção do encontro anual de egressos, o incentivo às pesquisas institucionais relacionadas a este tema, o Congresso de Iniciação Científica e de Pós-Graduação, a implementação de cursos de pós-graduação entre outras.

Conclui-se que os egressos, sujeitos deste estudo, tiveram uma boa inserção no mercado de trabalho, visto que a principal expectativa era trabalhar como enfermeiros. Além disso, os conhecimentos adquiridos no curso foram suficientes e contribuíram para esta inserção.

REFERÊNCIAS

1. Santos MSA (In) satisfação do enfermeiro no trabalho: implicação para o gerenciamento das ações de enfermagem – aspectos teóricos. 1999 [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
2. Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. São Paulo: Ltr; 1999.
3. Domenico EBL. Enfermagem: uma articulação entre escolha profissional, graduação e mercado de trabalho. *O Mundo da Saúde*. 1998; 22(5):287-290.
4. Colucci FC, Romano JM, Ângelo MNC. Os egressos da Faculdade de Enfermagem de Catanduva-SP: Expectativas pessoais e as reais oportunidades do mercado de trabalho [TCC]. Catanduva: Faculdade de Enfermagem de Catanduva; 2005.
5. Bezerra ALQ. O contexto da educação continuada em enfermagem. São Paulo: Lemar e Martinari; 2003.
6. Souza SNDH. O egresso do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: perfil sócio-demográfico, inserção no mercado de trabalho, atuação profissional e contribuição do curso [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
7. Vieira M. Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência. Lisboa: Universidade Católica Editora; 2007.
8. Takahashi RT. A opção profissional do aluno de enfermagem: um estudo na Escola de Enfermagem da USP [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo; 1994.
9. Souza CIS., Bezerra ALQ., Munari DB., Medeiros M. Empregabilidade de egressos de um curso de graduação em enfermagem. *Rev Enf UERJ*. 2007; 15(3):356-63.
10. Varella TC. Mercado de trabalho de enfermeiro no Brasil: configuração de emprego e tendências no campo do trabalho [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2006.



Artigos de Revisão

PESQUISANDO A HUMANIZAÇÃO NO PARTO

SEARCHING THE HUMANIZATION OF CHILDBIRTH

HUMANIZAR LA INVESTIGACIÓN AL NASCER

Michelle de Oliveira Martins Costa*, Denise Gonzalez Stellutti Faria**, Zaida Aurora Sperli Geraldes Soler***

Resumo

O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição e compreende, dentre vários aspectos, o espaço e apoio para a presença de um (a) acompanhante que a parturiente deseje. Porém, ainda há desconhecimento, preconceitos e dificuldades no atendimento a este direito da parturiente. Assim, realizou-se este estudo com objetivo de abordar o tema humanização no parto, buscando na literatura esclarecimentos sobre os aspectos do acompanhante da parturiente. Concluiu-se pela análise dos estudos que se trata de um direito da parturiente, essencial para que a humanização seja realizada.

Palavras-chave: Parto humanizado. Parto. Paternidade. Saúde materno-infantil.

Abstract

The concept of humanization of childbirth care requires a relationship of respect that health professionals have with women during the parturition process and includes, among many things, space and support for the presence of (a) accompanying the parturient wants. But there is still ignorance, prejudice and difficulties in meeting this right for parturient. Thus, organized a study was conducted to address the issue humanization of childbirth, the literature seeking clarification on aspects of the companion of the parturient. It was concluded by the analysis of studies that it is a right of the mother, essential for the humanization be held.

Keywords: Humanizing delivery. Childbirth. Paternity. Maternal and child health.

Resumen

El concepto de la humanización de la asistencia del parto requiere una relación de respeto que los profesionales de la salud establecen con las mujeres durante el proceso de parto y incluye, entre otras cosas, el espacio y apoyo a la presencia de un compañero caso la parturienta queire. Pero todavía hay ignorancia, los prejuicios y dificultades en el cumplimiento de este derecho para las mujeres embarazadas. Así, realizó este estudio para abordar el tema de la humanización del parto, la búsqueda de la literatura para aclarar estos aspectos de la compañera de la parturienta. Se concluyó el análisis de los estudios que se trata de un derecho de la parturienta, esencial para la humanización se lleva a cabo.

Palabras clave: Humanización del parto. Parto. Paternidad. Salud materno-infantil.

* Enfermeira, aluna do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Contato: michelle.sjrp@bol.com.br

** Enfermeira obstétrica, mestre em Ciências da Saúde, docente e orientadora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Contato: denisefaria14@hotmail.com

*** Obstetrix, livre-docente em Enfermagem. Docente e orientadora da graduação e da pós-graduação da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Contato: zaida@famerp.br

INTRODUÇÃO

O cuidado prestado à mulher durante o processo de parir sofreu muitas modificações através dos tempos, decorrentes da medicalização e institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento científico na medicina, principalmente após 1960, quando se favoreceu a criação de um modelo intervencionista e curativo de assistência médica. Tais mudanças tornaram o parto um processo impessoal em prol da redução da mortalidade materna e neonatal¹.

No Brasil ainda predomina um modelo assistencial marcado pelo peso da herança higienista nas rotinas hospitalares e nas práticas profissionais, centrado no profissional médico como condutor do processo assistencial. Dificuldades de organização institucional e de estrutura física, a rotinização das ações hospitalares e, sobretudo, práticas e posturas individuais dos profissionais de saúde oferecem resistências e barreiras que, conjuntamente, dificultam a implantação do modelo humanizado na assistência parto/nascimento².

O desconhecimento das parturientes sobre o parto humanizado e a necessidade de reconhecerem seus direitos na assistência também é real, pois suas expectativas estão diretamente voltadas para o acesso ao serviço, atendimento específico ao parto e não para a qualidade da assistência oferecida. A falta de conhecimentos sobre as intercorrências e evolução do trabalho de parto, bem como dos direitos assegurados pela lei, submete a parturiente às imposições e condutas da equipe profissional, impedindo-a de questionar, de se expressar livremente ou realizar seus desejos e até de se movimentar durante a evolução do trabalho de parto na maternidade³.

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem se empenhando, ao longo de sua história, no desenvolvimento de atitudes políticas que buscam modificar o modelo de assistência obstétrica dominante. Há esforços orientados nesta direção e quanto à necessidade de se olhar a conformação das ações prestadas; de se constituírem espaços nos quais o foco seja o relato das experiências das usuárias dos serviços, fundamentais nos processos avaliativos e de implantação das ações propostas, visando à modificação desse modelo⁴.

Em grande medida, estão disponíveis no país os elementos técnicos, como manuais e normas, para

implementar transformações na assistência ao parto. No entanto, é preciso avançar na promoção de mudanças institucionais, para contemplar esses avanços. Essas alterações exigem a mobilização das mulheres, profundas mudanças na formação dos profissionais de saúde, além de coragem e firmeza dos responsáveis pelas políticas públicas⁵.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu uma proposta para a atenção à gestação de baixo risco, incluindo um número reduzido de consultas e atenção focalizada na identificação do risco. O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Ministério da Saúde no Brasil, pressupõe vários direitos às gestantes e propõe uma série de critérios mínimos, quantitativos e qualitativos, para uma atenção técnica e humanizada, adequada, principalmente, à gestação de baixo risco no país⁶.

A proposta de humanizar a assistência no parto caracteriza-se por apresentar/implementar uma mudança nas práticas de atendimento, considerando os direitos das mulheres a uma maternidade segura e prazerosa, cerceada também pelo acompanhamento de um familiar. A humanização do parto refere-se, portanto, ao respeito e à promoção dos direitos de mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica de segurança, eficácia e participação, enquanto sujeito da ação, e não apenas na conveniência de instituições ou dos profissionais da área da saúde.

Corroborando tais premissas, o propósito deste estudo foi identificar na literatura nacional conhecimentos produzidos acerca da humanização no parto e aspectos referentes ao acompanhamento à parturiente e, dessa forma, contribuir para fortalecer esse tipo de assistência e propor a implantação do acompanhamento durante o trabalho de parto em um hospital do interior paulista.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi identificar na literatura nacional, através de uma revisão bibliográfica, pesquisas que contemplavam a humanização no parto.

METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica sobre o tema

humanização no parto. Utilizou como descritores: parto, parto humanizado, paternidade, saúde materno-infantil. Foram selecionadas publicações das bases de dados LILACS, no período de 2000 a 2008. O número de estudos, após refino segundo os critérios de inclusão (estudos nacionais, indexados pelo LILACS) foram 27. Após seleção, os estudos foram analisados e apresentados sequencialmente de forma descritiva, por meio de seis categorias, visando contemplar aspectos essenciais à humanização do parto.

Humanização da assistência ao parto

O termo "humanizar" têm adquirido sentidos diversos. O conceito de humanização adotado pelo movimento feminista é oferecer atenção que reconheça os direitos fundamentais de mães e crianças, além do direito à tecnologia apropriada, baseada na evidência científica e inclui: o direito à escolha do local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e o apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal; a proteção contra abuso e negligência⁵.

No Brasil, como em outros países, as recomendações da OMS vêm sendo sistematicamente desconsideradas. Condutas que deveriam ser estimuladas durante o parto, como a presença de acompanhante, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, a oferta de líquidos e o uso de técnicas não-invasivas para alívio da dor (como massagem, banho e relaxamento) e liberdade de posição no parto, com o encorajamento de posturas verticais, ainda não vigoram enquanto práticas assistenciais⁵.

Sérios obstáculos já foram revelados na assistência obstétrica, dentre os quais: atitudes desrespeitosas, negligentes e violentas, devendo ser banidas do campo do cuidado à saúde. Entretanto, ainda se repetem no cenário da assistência obstétrica no Brasil, constatado no discurso de mulheres e na mobilização do Ministério da Saúde pela humanização do parto e nascimento, através do lançamento de um programa em âmbito nacional⁶.

O projeto de humanização, da atenção em maternidades, construído por meio de um conjunto de

critérios e procedimentos técnicos para mobilizar os profissionais que atuam direta ou indiretamente nos cuidados à mulher e à criança, objetiva aumentar a cobertura e a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde por meio de orientação adequada a gestantes, como uma das estratégias prioritárias para a obtenção da eficácia da assistência e, conseqüentemente, a redução da morbi-mortalidade materna e infantil⁷.

Para o trabalho assistencial em saúde materno-infantil, os profissionais devem possuir qualificação e competência para executar funções obstétricas essenciais nas diferentes fases do processo gestacional e do parto, como assistência à mulher no pré-natal, no trabalho de parto, no parto, no puerpério e no planejamento familiar. Devem prover apoio social e psicológico, aconselhamento e educação às clientes, a suas famílias e às comunidades onde vivem⁷.

A garantia de assistência humanizada ao parto – orientada pelos direitos e baseada na evidência - constitui uma importante estratégia na busca da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em um momento tão especial de suas vidas⁵.

A política de saúde na atenção ao parto ocupa um importante espaço na agenda sanitária na maioria dos países. A assistência pré-natal apresentou elevada cobertura e adesão dos profissionais por meio de protocolos assistenciais. Na assistência hospitalar, encontrou-se um elevado nível de orientações fornecidas quanto à importância do aleitamento materno e diminuído a taxa de algumas práticas, sabidamente prejudiciais, como a realização de enema, de amniotomia precoce e uso rotineiro de agentes ocitócicos. Estas medidas se caracterizam por avanços importantes na implementação da política de humanização do parto e nascimento durante a avaliação dos principais serviços de assistência ao parto⁸.

Os principais significados atribuídos pelos gestores às iniciativas de humanização envolvem: 1) a qualidade da relação interpessoal entre profissionais e usuários; 2) o reconhecimento dos direitos do paciente; 3) a democratização das relações de poder entre profissionais e pacientes; 4) a desmedicalização da atenção ao parto e nascimento; 5) a promoção de vínculos entre familiares, mãe e recém-nascidos hospitalizados; e 6) a valorização dos profissionais de saúde⁹.

Muitas vezes os profissionais da área de saúde identificam como aspectos da humanização, principalmente, o ato de tratar bem e atender às necessidades da puérpera por meio apenas da comunicação interativa. Contudo, na prática, a comunicação entre informantes e as puérperas evidencia posições radicais e autoritárias. Na percepção de enfermeiros obstetristas, o processo de humanização decorre de estratégias políticas que objetivam a melhoria da assistência e o resgate do parto mais natural possível e, também, acreditam na necessidade de mudança do paradigma atual para concretização do processo de humanização. Segundo Castro e Clapis¹⁰, os enfermeiros, atualmente, já se apresentam mais integrados ao parto como um processo e não enquanto apenas um evento.

Especialmente onde não há a implantação do parto humanizado não é permitida a entrada de acompanhantes e nem são utilizadas técnicas de relaxamento para a parturiente, evidenciando, assim, a necessidade de intensificação desses cuidados para melhorar a qualidade assistencial¹¹. A satisfação no parto é fortemente associada a um ambiente acolhedor e à presença de companhia durante todo o processo. O acompanhante pode ser uma "doula", denominado como acompanhante de parto profissional, ou o companheiro, um familiar ou pessoa amiga¹².

É preciso reforçar a necessidade de se estimular a realização de partos normais e diminuir o número de cesarianas, pois se verifica, cotidianamente, uma grande incidência de cesáreas, apesar do incentivo para a realização do parto normal e humanizado¹³. Técnicas de humanização incentivam o contato precoce entre mãe/filho, bem como outras formas de atendimento humanizado, dentre elas: a privacidade, a escolha de acompanhantes, o alojamento conjunto, o exercício da amamentação, o manejo de sucção e modo de pegar o bebê corretamente. São formas de garantir a qualidade da assistência, mostrando as possibilidades de práticas humanas e seguras que visam melhorar a qualidade interpessoal entre mãe-filho¹⁴.

As necessidades e expectativas da cliente/família devem ser uma das metas das equipes na humanização durante o parto e o nascimento, oferecendo maior atenção às relações no binômio mãe-filho, família,

considerados sujeitos detentores de direitos, visando contribuir com a melhor qualidade de vida física e emocional das gerações futuras, pois o parto institucionalizado e as intervenções tecnológicas tornaram o nascimento um evento "pertencente" à equipe de saúde, interferindo diretamente nos elos afetivos entre pais e bebê. Araújo¹⁵ demonstrou a importância da prévia utilização da pesquisa de clima organizacional, para conhecimento do nível de satisfação ou insatisfação do cliente hospitalizado quanto ao trabalho assistencial e quando se pretende implantar a humanização da assistência em instituições de saúde. Este aspecto facilitará os processos e fatores críticos presentes na relação entre as gerências e demais servidores, viabilizando o prévio acolhimento do cliente interno, colaborando, assim, na implantação da assistência humanizada ao parto e nascimento.

Atualmente, um novo conceito de atenção à saúde, que focaliza a garantia de qualidade de vida desde o nascimento, vem sendo proposto pela humanização dos atores sociais das áreas da saúde, visando evitar intervenções desnecessárias e preservar a privacidade e autonomia da mulher cidadã¹.

Direito ao acompanhamento

As formas de acompanhamento têm variado segundo o contexto social e histórico, sendo moduladas a partir de diferentes valores culturais. Com o advento do parto hospitalar a mulher passou a ser afastada do seu meio e de seus entes queridos durante o ato, concorrendo para que nesse ambiente, muitas mulheres passassem a associar a vivência do parto ao sentimento de isolamento e abandono. Diversas pesquisas indicam que a ausência de suporte emocional interfere na fisiologia do parto¹⁶.

Evidências científicas revelam que a presença de um acompanhante contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido, pois aumenta a satisfação da mulher e reduz significativamente o percentual de cesáreas, a duração do trabalho de parto, a utilização de analgesia/anestesia e de uso de ocitocina para apressar o parto, e o tempo de hospitalização dos recém-nascidos¹⁶.

Essas evidências levaram a OMS a recomendar a presença de acompanhantes no parto por ocasião da

Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto, em 1985, e também inspiraram a Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA) a iniciar uma campanha pelo direito da parturiente a um acompanhante de sua escolha. Inicialmente, o objetivo era dar visibilidade à lei nº. 10.241, de 1999, em vigor no Estado de São Paulo, referente aos direitos dos usuários do SUS, que assegura esse direito às parturientes paulistas, e também trabalhar em prol de sua implementação¹⁶.

Faz parte da proposta de humanização do nascimento a escolha do apoio amoroso do pai da criança ou de outra acompanhante durante o trabalho de parto e o parto. No Brasil, o Ministério de Saúde é sensível a esse tema e, atualmente, reconhece o direito da gestante a acompanhamento durante o trabalho de parto por pessoa de sua escolha. O isolamento e abandono da mulher na hora do parto são considerados uma manifestação de violência institucional e uma violação do direito humano de não ser submetido/a a tortura ou a tratamentos cruéis e degradantes. Porém, a maioria das brasileiras continua desacompanhada nesse evento¹⁶.

A implantação de um projeto de inserção do acompanhamento no parto requer preparação prévia da equipe multiprofissional e visa evitar desgastes desnecessários dos profissionais e contribuir no êxito do projeto. Boaretto⁸ observou a introdução, ainda que parcial, de algumas práticas que envolvem reorientações do modelo de assistência, como a hierarquização da assistência pela introdução do parto realizado por enfermeiros obstétricos, e o direito à presença de acompanhante no parto, onde a satisfação das usuárias com o atendimento recebido também era grande.

Com a hospitalização do nascimento emergiu a necessidade de inserção do acompanhante no processo de parturição, na tentativa de suprir a estranheza e solidão no ambiente hospitalar. A escolha da parturiente pelo acompanhante/pai busca contemplar o fortalecimento dos laços familiares e a afirmação da paternidade. O novo modelo de pai, atualmente, é o de um homem que procura se preparar emocionalmente para assumir, tanto quanto a mulher, um papel pro ativo neste momento. As expectativas da mulher em relação ao papel do acompanhante/pai

limitam-se ao apoio emocional e, na visão do casal, a participação do mesmo no trabalho de parto e parto está diretamente ligada ao sentimento de segurança e tranquilidade¹⁷.

Acompanhante durante o ato de parir

O ambiente hospitalar trouxe novos personagens à sala de parto, encarregados da fisiologia do parto, da saúde da mulher, da saúde do bebê, das necessidades dos médicos e dos protocolos hospitalares. No entanto, a mulher nunca esteve tão só em um momento que, em períodos que antecedem a prática atual, era caracterizado pela reunião da família e a presença de mulheres experientes em um ambiente domiciliar acolhedor¹⁸.

As doulas, acompanhantes de parto profissionais, encarregadas de prover o conforto físico, emocional e afetivo à mulher que está dando à luz, por meio do trabalho de acolhimento verbal e físico, oferecem à mulher a confiança necessária para uma experiência de parto positiva e o mais próximo possível do seu desejo real¹⁸.

A palavra doula vem do grego, "mulher que serve", e indica aquela que dá suporte físico e emocional à parturiente. As doulas usam recursos diversos em seu trabalho, como massagens, técnicas de respiração, estímulo à livre movimentação, visualizações, exercícios de alongamento, além de muito carinho e afeto, o que dificilmente pode ser oferecido por uma equipe de atendimento tradicional. Ultimamente, em muitos hospitais públicos, em várias regiões do Brasil, vêm se desenvolvendo projetos de incorporação e treinamento de doulas, às vezes em parceria com movimentos populares em prol da saúde¹⁸.

O grupo Doulas do Brasil foi criado em 2002 por iniciativa de quatro mulheres doulas de São Paulo e Campinas. O trabalho se iniciou com a criação de um *site* onde são oferecidas informações sobre a profissão de doula, o parto, depoimentos, fotos e um cadastro nacional para essa função, cujos objetivos são: oferecer às gestantes a possibilidade de uma experiência de parto fortalecedora e positiva, divulgar a idéia do parto natural como a melhor opção nas gestações de baixo risco e incentivar essa profissão pela divulgação entre médicos, enfermeiras e nos meios de comunicação¹⁸.

Atualmente as doulas brasileiras oferecem cursos de capacitação e de humanização do parto para futuros profissionais nessa área, envolvendo enfermeiros e equipes de atendimento em instituições públicas e privadas. O Ministério da Saúde indica a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados SUS, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento¹⁸.

Em estudo realizado por Negrão¹⁹, as gestantes apontaram a necessidade de atenção como fator determinante para a escolha do local do parto, pois o medo e o risco obstétrico interferem na opção pelo local de parto e nascimento. As clientes gestantes e puérperas necessitam de atenção obstétrica diferenciada e humanizada; que o cuidado seja caracterizado pela presença e proximidade, auxiliando na decisão da escolha pelo local do parto; que haja maior envolvimento, relacionamento interpessoal entre os profissionais de saúde e os clientes, além de investimentos por parte dos gestores para oferecer melhorias na prestação de ações à saúde da mulher.

Apreende-se que a questão cultural possui sistemas conceituais implícitos, e que por esse meio, cada parturiente percebe, seleciona e participa da experiência por meio de um processo social, muitas vezes desigual e desumanizado.

A presença do pai

Desde 1980 a literatura científica e de apoio direto às ações/intervenções assistenciais na maternidade, vem buscando despertar e envolver cada vez mais a participação dos homens durante a gestação da mulher, evitando alimentar a visão de que a não participação masculina na vida doméstica decorre exclusivamente do "machismo" do homem. Concebe-se a idéia de que é necessário compreender as condições criadas pela sociedade para facilitar ou dificultar o envolvimento dos homens na vida familiar²⁰.

Tendo em vista essa organização da vida social em função da desigualdade de gênero ainda vigente, regida, principalmente, pelo princípio da divisão do trabalho por gênero, haverá barreiras para que homens e mulheres

assumam mais ou menos atividades públicas e privadas em consonância com suas orientações individuais. As mulheres continuam a assumir, desproporcionalmente, grande parte das responsabilidades familiares, especialmente aquelas referentes aos filhos e ao ambiente doméstico, e os pais responsáveis primários pela manutenção material do lar²⁰.

Ampliar a aceitação do cuidado desempenhado pelo pai pode expandir seu papel junto aos filhos. Estudos mostram que, em geral, homens que desempenham mais atividades de cuidado com as crianças relatam uma maior satisfação na relação conjugal. O pai de amanhã será um homem a quem serão devolvidas (e que construirá), no contato com o bebê e a criança, as reações complexas e ambivalentes até aqui reservadas apenas à mãe. Portanto, não apenas contemplada numa ação pai-mãe retratada em uma mera e simples troca de lugares, relatada por alguns, mas um homem-pai, na construção de um outro lugar e de outros sentidos²⁰.

Embora nem todo homem deseje "paternar" ou vivenciar a paternidade, ou mesmo ter filhos, do mesmo modo, um bom marido pode não ser necessariamente um bom pai. Nesse terreno, a única certeza é a diversidade de experiências, de arranjos familiares e de possibilidades. É de fundamental importância desenvolver uma escuta atenta a esses aspectos e respeitar os desejos, direitos e compromissos que o ato de amamentar envolve²⁰.

Dificuldades durante o acompanhamento no parto

O parto ainda hoje é vivenciado por muitas mulheres de forma passiva e aterrorizante. A humanização dessa assistência vem conquistando espaço e sensibilizando os profissionais da área. A prática do grupo de gestantes durante o pré-natal pode ajudar na preparação para o parto²¹.

Buscando conhecer o impacto da política de humanização ao parto e nascimento, para mulheres e profissionais de saúde, Griboski e Guilhem²² apontaram que as mulheres ainda vivenciam o processo parturitivo com a sensação de medo e desconhecimento do processo; e a humanização, nesse momento, significa submeter-se às ações intervencionistas a elas dirigidas, colocando-as em situação de extrema vulnerabilidade.

Profissionais verbalizam a existência de uma hierarquização nas relações entre eles e as mulheres, delimitando o espaço social e de saberes, evidenciando a falta de comunicação efetiva na assistência às mulheres.

As questões relativas à melhoria do acesso e da referência para o pré-natal e parto constituem ainda grandes desafios a serem enfrentados pelo SUS e necessários à conformação de uma cultura de reconhecimento da parte dos profissionais da medicina e demais pessoas da área da saúde, baseada em evidências científicas, além de relações interpessoais que evitem a assimetria, permeando um novo modelo comunicacional entre os sujeitos, no qual se pressupõe o respeito às mulheres, enquanto pessoas, assegurando seus direitos, tanto humanos quanto reprodutivos⁴.

Profissionais da área médica são os que oferecem maior resistência ao desenvolvimento do processo de humanização, enquanto os auxiliares de enfermagem são os mais colaborativos. São ainda citados fatores relevantes à violência institucional, a comunicação insatisfatória entre as lideranças, entre estas e os demais profissionais, estrutura física e equipamentos de trabalho inadequados. Alto nível de conformismo sinaliza uma falsa resignação por parte do cliente interno, vista como postura negativa e de pessimismo¹⁵.

Delegação de responsabilidades ineficientes por parte das instituições concorre para a falta de dedicação, a insatisfação pessoal por problemas não resolvidos e, frequentemente ignorados, retornando geralmente agravados, além de significativo absenteísmo setorial, sobretudo nas áreas de maiores demandas. Provavelmente, devido ao pequeno nível de recompensas, observa-se no trabalho uma atmosfera de impessoalidade e queda da doação espontânea de *feedback* entre equipes e profissionais. O nível de calor humano e apoio são referidos como sendo baixo por quase metade das parturientes em ambientes hospitalares refletindo a carência de amizade e baixa solidariedade e gentileza nas instituições. Alto nível de verticalidade, excesso de hierarquia e pouca flexibilidade são variáveis contribuintes para a resistência institucional à mudança e comprometimento da qualidade assistencial¹⁵.

Benefícios ao acompanhante durante o parto

A experiência de acompanhamento no contexto institucional, embora nova, poderá se dar de forma positiva, dependendo da aceitação e respeito aos direitos da mulher e ao seu parceiro durante o nascimento¹⁷. Existem muitos aspectos positivos no comportamento e participação das parturientes com acompanhante, dentre eles: atitudes mais humanas e menos rotineiras; despertamento e vivência de sentimentos positivos e emoção de prazer e satisfação pela experiência, contribuindo para o equilíbrio emocional e sensação de estar sendo bem recebidos pelos profissionais²³.

Carraro e colaboradores²⁴ estudaram a adaptação aos métodos de cuidado e conforto, proporcionando um trabalho de parto humanizado, buscando reforçar na parturiente a confiança em si mesma e na equipe, facilitando e incentivando o parto normal e o exercício saudável da sexualidade, promovendo também a prevenção de mortes maternas.

Mulheres-parturientes comumente chegam ao hospital para dar a luz, acompanhadas de ansiedade, sentimentos de solidão, medo, angústia e com a expectativa de que alguém as trate com respeito e humanidade. Quando incluídas a opinar sobre o tipo de parto, relatam inúmeros benefícios na presença do marido na sala de parto, maior confiança na equipe assistencial, descrevendo o parto como uma experiência maravilhosa e gratificante^{25,26}.

Embora para alguns profissionais da saúde não haja muita diferença em prestar assistência à parturiente com a presença ou não de um acompanhante por elas escolhido, durante o trabalho de parto e parto, as parturientes destacam mudanças positivas na assistência, principalmente pelo apoio emocional, garantindo satisfação, maior segurança e tranquilidade²³.

As expectativas de gestantes e as avaliações quanto à assistência recebida no parto estão centradas em três elementos principais: admissão rápida na internação, garantia de vaga na maternidade e o atendimento por uma equipe atenciosa e competente para o cuidado à saúde da mãe e do bebê. As informações discordantes sobre a qualidade da assistência na maternidade trazem a essas mulheres uma tensão a mais no momento do

parto, haja vista, algumas pessoas entenderem que a qualidade do cuidado dependerá mais de sorte do que da rotina institucional²⁷.

A prática desses modelos assistenciais de enfermagem que valorizam a mulher no processo do trabalho de parto, parto e nascimento possibilita a participação ativa do enfermeiro no processo de trabalho por ocasião do nascimento, proporcionando, fundamentalmente, satisfação a ambos. A humanização requer, portanto, por parte do enfermeiro uma visão humanística, decorrente não apenas do conhecimento inovado e aprimorado, mas, principalmente, de maturidade e respeito próprio, dos sujeitos e às diversidades. Respeito à individualidade, utilizando como veículo as técnicas que deverão ser humanizadas e, assim, proporcionarão mais efetividade às ações/intervenções, beneficiando as interações cliente/profissionais.

CONCLUSÃO

A maternidade é um momento especial, no qual uma assistência humanizada, permeada pela sensibilidade em todos os atos e atitudes da equipe multiprofissional, constituída por profissionais conscientes do papel que desempenham nesse processo, trará segurança e bem-estar à mulher e a sua família, especialmente pelo acolhimento e contemplação de suas necessidades.

Portanto, a qualidade da atenção humanizada deverá empregar esforços e sinergia integrada das pessoas envolvidas em todos os níveis de gestão para a oferta de serviços mais qualificados às parturientes e seus familiares, contemplando a dignidade e os direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

O Ministério da Saúde, ao instituir o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento, visa integrar a capacitação técnica à humanização no processo de atenção à mulher durante a gestação e o parto e resgatar a singularidade desse momento para as mulheres e profissionais da saúde. As diretrizes do PHPN devem ser incorporadas de forma mais ampla nas práticas de saúde voltadas à mulher, recomendando-se a adoção de

indicadores específicos para avaliação das dimensões do cuidado assistencial.

Embora as equipes de saúde ainda apresentem limitações para incorporar as diretrizes do Ministério da Saúde no cotidiano da assistência, é preciso também oferecer conhecimentos específicos a gestantes durante o processo de gestação/nascimento e aos acompanhantes, para humanizar essa prática, por meio de educação, reciclagem, acompanhamento e reflexões contínuas sobre como humanizar o parto.

O avanço científico e tecnológico permite um trabalho mais eficiente na veiculação rápida das informações. Há investimentos na formação de enfermeiros obstétricos e de doulas, reconhecidos como profissionais que legalmente podem realizar e auxiliar na assistência ao parto normal, bem como, para que as próprias mulheres exerçam sua cidadania, exigindo e usufruindo dos benefícios e direitos relacionados à saúde reprodutiva.

O resgate da autonomia feminina frente ao processo parturitivo e a transformação nas relações interpessoais e profissionais são aspectos relevantes vinculados às mudanças propostas pela Política de Humanização. São necessárias ações educativas para o parto, voltadas à assistência humanizada, pois muitas vezes as mulheres não têm uma participação efetiva, ao serem controladas pela equipe no decorrer da hospitalização, principalmente pelo despreparo para vivenciar a parturição. A hierarquização do poder necessita ser revista, pois independente de se ter ou não um plano de saúde, não se pode negligenciar nem os direitos às usuárias, nem os deveres e responsabilidades das equipes de saúde para uma assistência digna, capaz de viabilizar o atendimento humanizado.

Á luz do entendimento sobre a humanização no parto, a presença do acompanhante, os tipos de acompanhamento, tratamento das dificuldades e os benefícios desta proposta devem ser assimilados, refletidos e implantados nos hospitais e instituições, garantindo o direito aos clientes e maior satisfação à equipe de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Seibert SL, Barbosa JL da S, Santos JM dos, Vargens OMC. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. Rev Enferm UERJ. 2005; 13(2):245-51.
2. Nagahama EEI, Santiago, SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. Cad. saúde pública; 24(8): 1859-1868, ago. 2008.
3. Moura MAV, Araújo CLF, Flores PVP, Muniz PA, Braga MF. Necessidades e expectativas da parturiente no parto humanizado: a qualidade da assistência. Rev Enferm UERJ. 2002; 10(3):187-93.
4. Rocha FAF. A trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
5. Rede Feminista de Saúde. Humanização do parto: dossiê. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2002.
6. Cecatti JG, Serruya S. Atenção pré-natal: de Ballantyne a Villar. Femina. 2005; 33(8):623-9.
7. Versiani CC, Mendonça JMG de, Vieira MA, Sena RR de. Maternidade segura: relato de experiência. Rev APS. 2008; 11(1):109-14.
8. Boaretto MC. Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
9. Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(3):615-26.
10. Castro JC de, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev latinoam enferm. 2005; 13(6):960-7.
11. Wrobel LL, Ribeiro STM. A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo. Acta sci., Health sci. 2006; 28(1): 17-22.
12. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obst Gynec. 2002; 186(5 Suppl):160-72.
13. Guimarães EER, Chianca TCM, Oliveira AC. Puerperal infection from the perspective of humanized delivery care at a public maternity hospital. Rev latinoam Enferm. 2007; 15(4):536-42.
14. Simões SMF, Jesus DV, Boechat JS. Assistência ao parto e nascimento: um estudo quantitativo. Online Braz J Nurs (Online). 2007; 6(2).
15. Araújo Moraes SDT de. Humanização da assistência materno-neonatal: uma contribuição à sua implantação [doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP; 2005.
16. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad Saúde Pública. 2002; 18(5):1303-11.
17. Storti JPL. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 2004.
18. Duarte AC. In: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos Humanização do parto: dossiê São Paulo; Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2002. p.20.
19. Negrão CW. A realidade obstétrica em um município da região metropolitana de Curitiba: proposta de implantação do cuidado humanizado [monografia]. Curitiba: Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, Universidade Federal do Paraná; 2002.
20. Medrado B, Lyra J. O homem no processo de ter filhos. In: Rede Saúde. Dossiê humanização do parto. São Paulo: Rede Nacional Feminista da Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2002.
21. Monteiro MAA, Tavares TJL. A prática do grupo de gestantes na efetivação da humanização do parto. Rev RENE. 2004; 5(2):73-8.
22. Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(1):107-14.
23. Brüggemann OM, Osis MJ, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saúde Pública. 2007; 41(1):44-52.
24. Carraro TE, Knobel R, Radünz V, Meincke SMK, Fiewski MFC, Frello AT et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(esp):97-104.
25. Calça AA. O parto humanizado na visão da mulher-parturiente [monografia]. Curitiba: Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, Universidade Federal do Paraná; 2001.
26. Merighi MAB, Carvalho GM de, Suletroni VP. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. Acta Paul Enferm. 2007; 20(4):434-40.
27. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Cad Saúde Pública. 2006; 22(12):2647-55.

CÂNCER DE PULMÃO E HÁBITO DE FUMAR: REVISÃO DE LITERATURA

LUNG CANCER AND SMOKING: LITERATURE REVIEW

CÁNCER DE PULMÓN Y HÁBITO DE FUMAR: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Adriele Souza da Silva*, Francine Fontanezi*, Alessandra Mazzo**, Helena Megumi Sonobe**

Resumo

Averiguar na literatura Latino Americana a relação entre o hábito de fumar, o câncer de pulmão e o nível de escolaridade da população, consistiu o objetivo deste estudo. Estudo descritivo exploratório realizado através da revisão de literatura. Para a busca dos artigos foram definidos os unitermos câncer, tabagismo e pulmão e selecionados os artigos que responderam à questão: qual a relação entre o hábito de fumar, o câncer de pulmão e o nível de escolaridade dos indivíduos; publicados entre 2002 a 2007. Dos 107 artigos encontrados foram lidos os títulos e resumos, sendo inclusos seis, os quais foram lidos na íntegra. Os seis artigos analisados foram agrupados de acordo com o ano de publicação e a abordagem dos temas relação entre o hábito de fumar e o aparecimento do câncer de pulmão; incidência de câncer de pulmão entre os fumantes, morbidade e mortalidade do câncer de pulmão relacionada ao hábito de fumar e nível de escolaridade relacionado ao hábito de fumar. Observa-se que o uso do fumo relaciona-se ao aparecimento do câncer de pulmão, sendo atualmente um importante problema de saúde pública pela sua alta incidência, morbidade e mortalidade, estando relacionado a níveis de escolaridade mais baixos e representando um desafio para os profissionais de saúde e enfermeiros.

Palavras-chave: Câncer. Tabagismo. Pulmão.

Abstract

To analyse in Latin American literature the relation between smoking, lung cancer and the education level of the population, consisted the aim of this study. Descriptive and exploratory study, accomplished through literature review. Articles were searched using the uniterms neoplasms, smoking and lung. Articles published between 2002 and 2007 and which answered the question what is the relationship between smoking, lung cancer and individual's educational level, were selected. Firstly the titles and abstracts of the 107 found articles were read, six of them were selected to be included and were fully read. The six analyzed articles were grouped according to the publication year and the approach of the themes relationship between smoking and the outcome of lung cancer; incidence of lung cancer among smokers, morbidity and mortality of lung cancer related to smoking and educational level related to smoking. It is observed that smoking is related to the outcome of lung cancer, and is currently an important public health problem due to its high incidence, morbidity and mortality, being related to lower educational levels and representing a challenge for health professionals and nurses.

Keywords: Neoplasms. Smoking. Lung.

Resumen

Averiguar, en la literatura latino americana, la relación entre el hábito de fumar, el cáncer de pulmón y el nivel de escolaridad de la población tuvo como objetivo este estudio. Estudio descriptivo y exploratorio, realizado por medio de revisión de la literatura, tuvo como objetivo Para la búsqueda de los artículos fueron definidos los unitermos cáncer, tabaquismo y pulmón, y seleccionados los artículos que respondieron a cuestión: cuál es la relación entre el hábito de fumar, el cáncer de pulmón y el nivel de escolaridad de los individuos; publicados entre 2002 y 2007. Los títulos y resúmenes de los 107 artículos encontrados fueron leídos, seis fueron incluidos y leídos por completo. Los seis artículos analizados fueron agrupados de acuerdo con el año de publicación y la aproximación de los temas relación entre el hábito de fumar y la aparición el cáncer de pulmón; incidencia de cáncer de pulmón entre los fumadores, morbilidad y mortalidad del cáncer de pulmón relacionada al hábito de fumar y nivel de escolaridad relacionado al hábito de fumar. Se observa que fumar se relaciona con la aparición del cáncer de pulmón, siendo actualmente un importante problema de salud pública por su alta incidencia, morbilidad y mortalidad, está relacionado a niveles de escolaridad más bajos y representa un desafío para los profesionales de salud y enfermeros.

Palabras clave: Neoplasias. Tabaquismo. Pulmón.

*Enfermeiras.

**Professoras. Doutoradas do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Centro Colaborador da OMS. Contato: amazzo@eerp.usp.br.

INTRODUÇÃO

Até o início do século XX, o câncer de pulmão era uma doença rara. Nos dias atuais está entre os mais frequentes tipos de neoplasias, tanto em países industrializados quanto em países subdesenvolvidos. Somente no ano 2000, surgiram, aproximadamente, 1,2 milhões de casos novos da doença no mundo, sendo $\frac{3}{4}$ deles entre homens^{1,2,3}.

Câncer caracteriza-se como um termo comum para todos os tumores malignos. Os tumores malignos originários de tecido mesenquimal são, geralmente, chamados de sarcomas porque têm pouco estroma de tecido conjuntivo. Os neoplasmas malignos originários de célula epitelial, derivados de qualquer uma das três camadas germinativas, são chamados de *carcinomas*. Entre eles classificam-se: o *adenocarcinoma* e o *carcinoma de célula escamosa*. Cerca de 95% das neoplasias de pulmão derivam de células epiteliais (carcinoma), sendo na maioria dos casos letais⁴.

O câncer de pulmão acomete principalmente homens, com faixa etária acima de 40 anos. Conforme dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), a taxa de mortalidade por câncer de pulmão acima de 40 anos no Brasil em 2000 foi de 14.715. Pode ser considerado como uma neoplasia com baixas taxas de cura e dificuldades de diagnóstico precoce^{5,6}.

Constitui um dos tipos de tumores malignos de maior incidência, apresenta anualmente um aumento de 2% na sua incidência mundial, podendo apresentar localização central ou periférica no pulmão. Os tumores pulmonares de localização central provocam sintomas como tosse, sibilos, roncocal, dor torácica, escarros hemópticos, dispnéia e pneumonia. Os tumores de localização periférica geralmente são assintomáticos, invadem a pleura ou a parede torácica, causando dor, tosse e dispnéia do tipo restritivo^{2,7,8}.

As terapêuticas utilizadas no tratamento consistem em cirurgia, radioterapia e quimioterapia, as quais podem ser associadas com o intuito de melhores resultados. Tumores restritos ao tecido pulmonar geralmente são removidos por procedimentos cirúrgicos. As chances de cura dependem do estágio no qual o tumor se encontra e variam de 30 a 75%^{2,5,6}.

O uso do tabaco está relacionado diretamente ao aparecimento do câncer de pulmão e a mais importante e eficaz prevenção do câncer de pulmão é a primária, ou seja, o combate ao tabagismo, associado a adoção de hábitos de vida saudáveis. A ação permite a redução da morbi-mortalidade de maneira significativa².

O tabaco caracteriza-se por ser o único agente que, não sendo bactéria, nem vírus, adquiriu características epidêmicas pelos malefícios que causa à saúde pública mundial. O incremento do seu uso deu-se na era Napoleônica, na Europa, sendo, posteriormente, disseminado durante a Guerra da Criméia, em 1900. Por ocasião da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) passou a ser utilizado por homens e mulheres, fato esse consolidado por ocasião da Segunda Guerra Mundial (1939-1945)^{2,3,8}.

O tabaco é responsável por um de cada dez óbitos de homens adultos acima de 40 anos de idade. No Brasil existem cerca de 30 milhões de fumantes (33% da população), sendo 59,6% homens e 40,4% mulheres. Introduzido no organismo do ser humano durante um longo período, o tabaco é composto por cerca de 7.000 substâncias químicas, das quais 4.720 identificadas. Em cada tragada, o tabagista inala cerca de 2.500 elementos^{2,3,8}.

A nicotina é um alcalóide (substância derivada de plantas que exercem função sobre o SNC e aparelhos nervosos periféricos) altamente lesivo do sistema cardiocirculatório e ao sistema nervoso, sendo responsável pela dependência física do fumante. Seu mecanismo farmacológico é semelhante ao da cocaína e ao da heroína. Após ser tragada, a nicotina chega ao cérebro entre 9 e 12 segundos. Os que consomem cerca de 20 cigarros por dia, com média de 10 tragadas por cigarro, sofrem 73.000 impactos de nicotina por ano³.

Além da nicotina presente no tabaco, sua fumaça contém hidrocarbonos policíclicos (como benzopireno), as nitrosaminas e as aminos aromáticas. Estas substâncias promovem dano no ácido desoxirribonucleico (DNA) por ativação de pró-carcinógenos, o que é contrabalançado pela capacidade de carcinógenos. A capacidade de reparo do DNA é significativamente menor em pacientes com Câncer de Pulmão^{3,6}.

Fumantes ativos caracterizam-se por pessoas que fazem uso direto do tabaco. Nesses casos os elementos tóxicos do fumo passam pelo filtro, ficando cerca de 40% do total em seus pulmões. O restante é expirado e vai poluir o meio ambiente. Os fumantes passivos são aqueles que estão expostos à poluição tabágica, sem fazer uso direto do fumo. Nesses indivíduos, após 4 horas de permanência em recintos onde se fuma, podem apresentar valores equivalentes aos que fumaram cerca de cinco cigarros. Os efeitos sobre o aparelho respiratório dos fumantes passivos variam com as condições da poluição tabágica, com o tempo de exposição, com a idade entre outros fatores. As chances dos fumantes ativos e passivos desenvolverem câncer de pulmão, variam de acordo com a quantidade de cigarros utilizada e o tempo de utilização dessa prática e os hábitos de vida^{3,8}.

No intuito de controle desse quadro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu a Convenção Quadro de Controle Global do Tabaco, com medidas administrativas, legislativas e educacionais. A ela integraram-se cerca de 200 países, dentre os quais o Brasil.

A informação pode ser considerada como uma das melhores maneiras para a prevenção do Câncer de Pulmão e de todas as patologias provenientes do tabaco. Para tanto, os profissionais da saúde, dentre os quais destaca-se o enfermeiro, desenvolvem um papel fundamental no processo de educação e promoção à saúde, motivando e desenvolvendo estratégias que levem os fumantes a pararem de fumar e, sobretudo, orientando os demais indivíduos da população, principalmente os jovens, a não darem início ao hábito de fumar^{2,3}.

Pelo fato da temática ser assunto de extrema importância na área de saúde e na prática do enfermeiro, além de muitos jovens terem se iniciado na prática, realizou-se o presente trabalho, no intuito de averiguar junto à literatura latino americana a relação entre o hábito de fumar, o câncer de pulmão e o nível de escolaridade da população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório realizado através de revisão bibliográfica. As pesquisas descritivas exploratórias estabelecem variáveis por

técnicas padronizadas de busca de dados e realizam uma caracterização inicial do problema^{9,10}.

A pesquisa foi realizada através do levantamento crítico e sistemático dos artigos que responderam a questão: qual a relação entre o hábito de fumar, o câncer de pulmão e o nível de escolaridade dos indivíduos?

A busca foi realizada em um banco de indexação de periódicos científicos, o qual contou o levantamento de artigos na Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Assim, o idioma pesquisado foi o português. Para tanto, de acordo com o catálogo de palavras-chave da Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde) foram definidos os unitermos câncer, tabagismo e pulmão. A busca resultou em 107 artigos.

Após a leitura exaustiva dos títulos e resumos dos artigos encontrados, foram incluídos os estudos publicados no período de cinco anos retrospectivos (2002 a 2007), que responderam a pergunta deste estudo. Assim, a amostra resultou em um total de seis (6) artigos, os quais foram obtidos na íntegra.

Os artigos selecionados foram agrupados em forma de resenha, de acordo com o ano de publicação e a abordagem dos temas, a relação entre o hábito de fumar e o aparecimento do câncer de pulmão; incidência de câncer de pulmão entre os fumantes, morbidade e mortalidade do câncer de pulmão relacionada ao hábito de fumar; nível de escolaridade e sua relação ao hábito de fumar. Foi realizada análise descritiva dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A literatura sobre a associação do câncer de pulmão e uso do fumo está demonstrada na Tabela 1, fato que tem suscitado discussões na literatura nacional nos últimos anos. Observa-se que existe uma frequência na discussão dos assuntos relação entre o hábito de fumar e câncer de pulmão (2002, 2004, 2005, 2006 e 2007); incidência de câncer de pulmão entre os fumantes (2002, 2004, 2005, 2006 e 2007). A morbidade e mortalidade relacionadas ao câncer de pulmão entre os fumantes foram abordadas nos estudos realizados em 2002, 2004, 2005 e 2006. Quanto ao nível de escolaridade relacionado ao hábito de fumar, foram encontradas publicações nos anos de 2002 e 2005. No ano de 2003, não houve

nenhum tipo de publicação que relacionasse o hábito de fumar ao câncer de pulmão.

Conforme a Tabela 1, dentre os seis (100%) artigos analisados, todos mencionaram a relação entre o hábito de fumar e o câncer de pulmão, cinco (27,8%) relacionavam à incidência de câncer

de pulmão entre os fumantes, cinco (27,8%) mencionavam a morbidade e mortalidade relacionadas ao câncer de pulmão entre os fumantes e dois (11,1%) fizeram menção ao nível de escolaridade e o hábito de fumar. Cada artigo abordou mais de um aspecto.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos artigos publicados que relacionam o câncer de pulmão ao hábito de fumar, por período de publicação

Assunto abordado	Período		2002		2003		2004		2005		2006		2007		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Relação entre o hábito de fumar e o câncer de pulmão	2	33,3	0	0	1	33,3	1	25,0	1	33,3	1	50,0	6	33,3		
Incidência de câncer de pulmão entre os fumantes	1	16,7	0	0	1	33,3	1	25,0	1	33,3	1	50,0	5	27,8		
Morbidade e mortalidade relacionadas ao câncer de pulmão entre os fumantes	2	33,3	0	0	1	33,3	1	25,0	1	33,3	0	0	5	27,8		
Nível de escolaridade relacionado ao hábito de fumar	1	16,7	0	0	0	0	1	25,0	0	0	0	0	2	11,1		
TOTAL	6	100,0	0	0	3	99,9	4	100,0	3	99,9	2	100,0	18	100,0		

Obs: Cada artigo abordou mais de um aspecto.

No início do século XX o câncer de pulmão era tido como uma doença rara. Os primeiros trabalhos científicos que relacionaram o uso do tabaco ao câncer de pulmão surgiram na década de 50^{8,11}.

Estudos demonstram que o principal fator de risco para se adquirir o câncer de pulmão é o uso do fumo. O uso do tabaco aumenta de 10 a 30 vezes a chance do desenvolvimento das neoplasias, o que torna o uso do tabaco e as ocorrências que implica, num grande problema de saúde pública. Estima-se que até o ano de 2030 morrerão, aproximadamente, 10 milhões de pessoas por câncer de pulmão, devido ao hábito de fumar¹²⁻¹⁴.

Nos últimos anos as neoplasias estão entre as doenças com as maiores taxas de mortalidade no Brasil, sendo o câncer de pulmão uma das principais. Reconhece-se que o tabagismo é a principal causa da neoplasia pulmonar e está associado às neoplasias de laringe, faringe, esôfago, cavidade oral, leucemias, pâncreas, colo uterino, bexiga e rins. E ao aparecimento de cataratas, pneumonias, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) entre outros^{2,8,11}.

Conforme o INCA, a taxa de mortalidade por câncer em um determinado grupo populacional relaciona-se as taxas de incidência, de sobrevida após o diagnóstico, riscos competitivos de morte e composição etária da população. Além da análise do câncer em uma determinada região, estudos de mortalidade se fazem necessários para averiguar a efetividade das estratégias de prevenção primária, secundária, além da qualidade e do impacto do

tratamento na sobrevida das vítimas desta patologia^{11,14}.

De acordo com o INCA, os dados relacionados ao câncer de pulmão são alarmantes. Ele é o mais comum de todos os tumores malignos do mundo, apresentando um aumento de 2% ao ano em sua incidência a nível mundial e somando anualmente cerca de 1,2 milhões de casos novos. No período de 2002 a 2006, em indivíduos que apresentaram relação direta com o fumo, observou-se um aumento na incidência do câncer de pulmão entre homens (de 7,73/100.000 para 12,13/100.000) e mulheres (de 2,33/100.000 para 5,33/100.000), sendo os números de óbitos por taxas brutas de mortalidade de 13,00/100.000 entre homens e, 5,45/100.000 entre mulheres^{8,14}.

A incidência de câncer de pulmão aumenta significativamente entre jovens e mulheres. O empenho das campanhas publicitárias e a inserção e consolidação da atuação das mulheres no mercado de trabalho, aliadas a conquista pela sua independência, têm sido atribuídas ao fato. Entre as mulheres desde a década de 1980, o câncer de pulmão vem superando as taxas de mortalidade por câncer de mama^{2,11,14}.

Os estudos demonstram que a indústria do fumo tem realizado forte investimento em campanhas publicitárias nos países em desenvolvimento, com atenção especial para a população menos favorecida econômica e socialmente, com foco, principalmente na população adolescente. Destacam ainda que atualmente os indivíduos com menor nível de escolaridade consomem mais o tabaco quando comparados a indivíduos com nível de escolaridade superior^{2,8}.

O controle e o tratamento do hábito de fumar tornou-se prioritário aos órgãos governamentais de saúde, uma vez que os custos de doenças relacionadas ao fumo resultaram em investimento de cerca de US\$ 200 bilhões por ano, sendo a metade deles em países de baixa renda. Nesse contexto, salienta-se que o Brasil é o maior exportador de folhas de tabaco e o quarto produtor de fumo no mundo, com concentração de plantação de fumo no Rio Grande do Sul¹¹.

A enfermagem desempenha um papel primordial na Educação e Promoção da Saúde da população, atuando no planejamento, execução e monitoramento de atividades (individuais e em grupo) quanto ao uso do tabaco. No entanto, medidas de maior impacto seriam alcançadas com a mobilização contínua de equipes multidisciplinares de saúde e da própria população, quando esclarecidas sobre os danos ocasionados pela utilização do tabaco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do tabaco apresenta-se nos dias atuais como um importante problema de saúde pública, acometendo homens e mulheres, indistintamente, através do câncer de pulmão. O hábito de fumar tem relação direta com o aparecimento do câncer de pulmão, aumentando sua incidência, mortalidade e morbidade, acometendo nos dias atuais uma maior parcela de pessoas de baixa renda, e com menor nível de escolaridade, o que torna necessário um maior investimento político e dos profissionais de saúde nas atividades multidisciplinares educacionais, com intervenções e monitoramento da população.

Ressalta-se ainda a importância da adoção de hábitos saudáveis de vida, como a realização de atividades físicas regularmente e o controle da obesidade e da dieta alimentar, que podem prevenir a ocorrência deste tipo de câncer.

REFERÊNCIAS

1. Boing AF, Rossi TF. Tendência temporal e distribuição espacial da mortalidade por câncer de pulmão no Brasil entre 1979 e 2004: magnitude, padrões regionais e diferenças entre sexos. *J Bras Pneumol.* 2007; [acesso em 31 maio 2008]; 33(5). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.
2. Zeilmann E, Nedel F, Sandin G, Costa M. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em uma comunidade da região sul de Santa Catarina, Brasil. *Arq Cat Med.* 2005; [acesso em 31 de maio de 2008]; 34(3):19-25. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.
3. Rosemberg J. Tabagismo e doenças pulmonares. In: Tarantino AB. *Doenças pulmonares.* 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A; 2002. 155-166.
4. Robbins SL. Neoplasias. In: Robbins SL. *Pathologia Basis of Disease.* 5ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 213-214.
5. Jamnik S, Uehara C, Silva VV. Localização do carcinoma pulmonar em relação ao vício tabágico e ao sexo. *J Bras Pneumol.* 2006; [acesso em 31 maio 2008]; 32(6). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.
6. Duarte RLM, Paschoal MEM. Marcadores Moleculares do câncer de pulmão: papel prognóstico e sua relação com o tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2006; [acesso em 31 maio 2008]; 32(1). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.
7. Instituto Nacional de Câncer. [acesso em 31 maio 2008]. Disponível em <http://www.inca.gov.br/>.
8. Zamboni M. Epidemiologia do câncer do pulmão. *J Bras Pneumol.* 2002; [acesso em 31 maio 2008]; 28(1). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.
9. Menezes AMB, Horta BL, Oliveira ALB, Kaufmann RAC, Duquia R, Diniz A, Molta LH, Centeno MS, Estanislau G, Gomes L. Risco de Câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. *Rev. Saúde Pública* [periódico da Internet] 2002 abr. [citado em 22 set. 2008]; 36(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000200002&lng=pt&nrm=isso.
10. Ruiz JA. Guia para eficiência nos estudos. 4ª. ed. São Paulo: Atlas; 1996.
11. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos da metodologia científica. São Paulo (SP): Atlas; 2001.
12. Castro MSM, Vieira VA, Assunção RM. Padrões espaço-temporais da mortalidade por câncer de pulmão no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* [periódico da Internet] 2004 jun. [citado em 22 set. 2008]; 7(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
13. Guimarães CA. Mortalidade por câncer do pulmão. *J Bras Pneumol.* 2007; [acesso em 22 set. 2008]; 33(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000500002&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.
14. Barros JA, Valladares G, Faria AR, Fujita EM, Ruiz AP, Vianna AGD et al. Diagnóstico precoce do câncer de pulmão: o grande desafio. Variáveis epidemiológicas e clínicas, estadiamento e tratamento. *J. Brás. Pneumol.* 2006; [acesso em 22 set. 2008]; 32(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO

NURSE'S PROFESSIONAL SATISFACTION: A REVIEW

SATISFACCIÓN PROFESIONAL DEL ENFERMERO: UNA REVISIÓN

Damaris Eloá Lúcio*, Débora Biase Sperandio*, Elizandra Dias*, Luciana Bernardo Miotto**, Maristela Aparecida Magri Magagnini***

Resumo

A profissão de enfermagem é considerada uma das mais estressantes, pois os enfermeiros estão expostos a fatores de risco e condições inadequadas de trabalho. Assim, é fundamental avaliar a (in)satisfação do trabalhador, importante indicador na busca da qualidade da assistência prestada. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a satisfação profissional dos enfermeiros no seu ambiente de trabalho. Pesquisa exploratória com os seguintes critérios de inclusão: artigos e teses do banco de dados LILACS, 1998 a 2008/2009, na língua portuguesa. Descritores: satisfação x atuação x enfermagem; satisfação x enfermagem x trabalho; satisfação profissional x enfermagem. Os artigos foram organizados segundo o ano de publicação, periódico, autoria, título, objetivos e delineamento. Categorias de análise: fatores de (in)satisfação profissional; ideal da profissão x realização profissional. Foram encontrados nove artigos e três teses. Destaca-se o dilema vivenciado pelo enfermeiro: se por um lado a profissão é motivo de satisfação, por outro é fator de desgaste e tensão quando as condições de trabalho e o contexto social/organizacional não contribuem para sua auto-realização.

Palavras-chave: Enfermagem. Satisfação profissional. Trabalho.

Abstract

The nursing profession is considered one of the most stressful ones, because nurses are exposed to risk factors and inadequate work conditions. Therefore, it is essential to assess the (dis)satisfaction of the worker, an important indicator in the quest for quality care. The aim of this study was to review the literature on the professional satisfaction of nurses in their work environment. Exploratory research with the following inclusion criteria: papers and theses from the LILACS database, 1998 to 2008/2009 in Portuguese. Keywords: satisfaction x actuation x nursing; satisfaction x nursing x work; professional satisfaction x nursing. The papers were organized according to the year of publication, journal, author, title, objectives and outline. Analysis categories: factors of professional (dis)satisfaction; profession ideal x professional achievement. Nine papers and three theses were found. We highlight the dilemma experienced by nurses: on one hand the work is satisfying, on the other hand it is a factor of fatigue and tension when job conditions and the social / organizational context do not contribute to their self-realization.

Keywords: Nursing. Satisfaction. Work.

Resumen

La profesión de enfermería es considerada una de las más estresantes, ya que los enfermeros están expuestos a factores de riesgo y condiciones inadecuadas de trabajo. Luego, es fundamental evaluar la (in)satisfacción del trabajador, importante indicador en la búsqueda de la calidad de la atención prestada. El objetivo de este estudio ha sido realizar una revisión bibliográfica sobre la satisfacción profesional de los enfermeros en su ambiente de trabajo. Investigación exploratoria con los siguientes criterios de inclusión: artículos y tesis del banco de datos LILACS, 1998 a 2008/2009, en lengua portuguesa. Descriptores: satisfacción x actuación x enfermería; satisfacción x enfermería x trabajo; satisfacción profesional x enfermería. Los artículos fueron organizados según el año de publicación, publicaciones periódicas, autoría, título, objetivos y delineación. Categorías de análisis: factores de (in)satisfacción profesional; ideal de la profesión x realización profesional. Fueron encontrados nueve artículos y tres tesis. Se destaca el dilema vivenciado por el enfermero: si por un lado la profesión es motivo de satisfacción, por otro es factor de desgaste y tensión cuando las condiciones de trabajo y el contexto social/organizacional no contribuyen para su autorrealización.

Palabras clave: Enfermería. Satisfacción profesional. Trabajo.

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

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

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

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS

O trabalho na atualidade

O trabalho, tanto intelectual quanto manual, pode ser razão de satisfação ou insatisfação, ou seja, potencialmente gerador de prazer ou sofrimento. A forma como o trabalho está organizado, o ambiente institucional e as condições de trabalho podem contribuir significativamente para o (des)prazer do trabalhador.

O indivíduo moderno, inserido no modo de produção capitalista, é continuamente convidado ao consumo, a tal ponto que o trabalho, para ele, passa a representar o sentido da vida, um meio que lhe dará sustentabilidade e dignidade. Neste contexto, o trabalho torna-se algo essencial, uma produção social que lhe confere identidade¹.

Em decorrência da globalização e do neoliberalismo ocorreram mudanças no trabalho, acarretando consequências em todo o mundo. No contexto do modo de produção capitalista, há uma nova forma de gerir recursos humanos no interior das empresas, sendo composta por uma série de exigências, traduzidas pelos gestores, no cotidiano, como uma maior pressão por metas e cobranças personificadas em resultados quantitativos crescentes².

Essas alterações tornam o ambiente de trabalho hostil, desumano e qualitativamente desequilibrado, afetando profundamente a saúde mental do trabalhador, tornando a pessoa empregada vulnerável, pois permanece grande parte de sua vida desenvolvendo suas relações interpessoais e sociais no ambiente de trabalho. Portanto, a qualidade de vida depende e está diretamente relacionada à qualidade do ambiente de trabalho².

Nesse sentido, pode-se afirmar que o ambiente de trabalho acompanhou o avanço das tecnologias com mais velocidade do que a capacidade de adaptação dos trabalhadores. Os profissionais vivem hoje sob contínua tensão, não só no trabalho, como também na vida em geral.

Torna-se necessário e importante o surgimento de uma nova visão empresarial que valorize a perspectiva humana voltada para a satisfação das necessidades dos trabalhadores, garantindo a qualidade dos produtos e a sobrevivência das empresas³.

O trabalho na área da saúde

As mudanças no mundo do trabalho afetam também os trabalhadores na área da saúde, além das particularidades desse campo de atuação. Atualmente, os profissionais da área da saúde enfrentam muitos problemas como a sobrecarga de trabalho, o risco constante de acidentes (manipulam materiais cortantes, preparam medicamentos, realizam procedimentos complexos) e ainda estão sujeitos a uma série de patologias infectocontagiosas. Também enfrentam problemas com o ambiente de trabalho, pois muitos locais são precários e mal estruturados.

As dificuldades decorrentes da grande demanda de trabalho e a pouca disponibilidade de recursos materiais e humanos caracterizam a área da saúde. O trabalhador encontra-se dividido entre a grande demanda de cuidados à saúde por parte da população e a precariedade de recursos⁴.

Especificamente, em relação ao trabalho nas unidades hospitalares, Elias e Navarro⁵ afirmam que o trabalho no hospital reproduz as características da organização do trabalho industrial. A incorporação de novas tecnologias requer, por parte dos profissionais de saúde, esforço cada vez maior no desenvolvimento de mecanismos de assimilação e adaptação às crescentes mudanças. Desse modo, o hospital também se tornou um campo de práticas onde o trabalho é intenso, dotado de situações geradoras de desgaste e tensão.

O ambiente de trabalho hospitalar também é considerado insalubre, por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas, e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os profissionais de saúde⁶. Desta forma, existem riscos potenciais aos quais os profissionais de saúde podem estar expostos, dependendo da atividade que desenvolvem e do setor em que atuam.

O trabalho do enfermeiro

Entre os profissionais de saúde encontra-se a equipe de enfermagem formada por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, todos trabalhando por um objetivo comum: desenvolver cuidados que garantam o bem estar do ser humano. Visam, além do

aprimoramento da qualidade do cuidado prestado, a melhoria da qualidade de vida pessoal e profissional⁷.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece que praticamente todos os profissionais padecem de estresse, porém a área da enfermagem é considerada como uma das mais estressantes. Os enfermeiros encontram-se expostos a fatores de risco de natureza física, química e biológica, o que justifica a inclusão da profissão de enfermagem no grupo das profissões desgastantes⁸.

A história da enfermagem mostra problemas relacionados à profissão observados já no seu início, tanto no Brasil como em outros países, como a marginalização que leva o enfermeiro a buscar, constantemente, sua afirmação profissional perante outros profissionais⁸.

Existem ainda vários outros problemas relacionados ao estresse na enfermagem, como o número reduzido de enfermeiros na equipe, a falta de reconhecimento profissional e os baixos salários que levam o profissional a atuar em mais de um local de trabalho, desempenhando uma longa jornada de trabalho⁸.

Destaca-se também o fato do trabalho da enfermagem ser caracterizado como profissão essencialmente integrada por pessoas do sexo feminino que convivem com a dinâmica das organizações de suas atividades profissionais e, ao mesmo tempo, gerenciam suas vidas como pessoas, esposas e mães⁹.

Satisfação profissional do enfermeiro

A satisfação no trabalho é uma ferramenta indispensável na busca da qualidade e da produtividade. A escassez de estudos a respeito da satisfação no trabalho, no segmento da enfermagem, está relacionada à própria história da profissão que sempre esteve pautada na filantropia e na abnegação, associadas à condição de gênero. Contudo, não se pode pensar em qualidade e produtividade se os recursos humanos não forem vistos pelas lideranças como fundamentais ao desenvolvimento das instituições³.

A satisfação profissional ocorre quando é atingido um resultado esperado. Se o profissional estiver insatisfeito pode desenvolver estados patológicos como estresse, depressão ou ansiedade, além de violência, assédio e intimidação no trabalho¹⁰.

Acredita-se que a satisfação possa ser um importante indicador da qualidade dos serviços prestados numa instituição de saúde, pois quando o profissional está satisfeito com sua profissão e seu trabalho, o relacionamento e o compromisso com a empresa serão melhores. A satisfação resulta da avaliação que cada trabalhador faz de acordo com sua realização profissional, baseada nos valores individuais, necessidades, preferências e expectativas profissionais⁷.

A insatisfação profissional pode ocasionar uma multiplicidade de fatores negativos interferindo na qualidade dos serviços. Faz-se necessário manter o prazer no trabalho, pois a satisfação e a auto-realização serão maiores quanto maior o envolvimento do trabalhador.

A alta rotatividade na enfermagem é um problema existente em muitos países e representa um desafio para lideranças e administradores em hospitais. Assim, conhecer os fatores que influenciam os enfermeiros e enfermeiras a deixarem seus empregos é fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços prestados^{11,12}.

Diante do exposto, o objetivo geral deste estudo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a satisfação profissional dos enfermeiros no seu ambiente de trabalho.

METODOLOGIA

Pesquisa exploratória com base em uma revisão bibliográfica sobre a satisfação profissional do enfermeiro no seu ambiente de trabalho. A revisão bibliográfica apresenta um resumo da literatura especializada sobre determinado tema. Trata-se de uma visão abrangente acerca de achados relevantes¹³.

Os artigos e teses foram selecionados mediante os seguintes critérios: banco de dados da LILACS; período de 1998 a 2008/2009; artigos em periódicos indexados na língua portuguesa; teses na língua portuguesa; descritores: satisfação x atuação x enfermagem; satisfação x enfermagem x trabalho; satisfação profissional x enfermagem.

Os artigos foram organizados de acordo com: ano de publicação, periódico, autoria, título, objetivos, materiais e métodos (delineamento). Tanto os artigos quanto as teses foram analisados e, com base nos

resultados encontrados, foram criadas categorias: a) fatores de (in)satisfação profissional; b) ideal da profissão *versus* realização profissional.

RESULTADOS

Foram encontrados nove artigos e três teses, observando-se as palavras-chave propostas. No caso das teses, foram todas solicitadas às instituições em que foram defendidas, porém somente uma foi entregue até a conclusão deste trabalho. Todo material obtido foi submetido à extensa leitura e

análise. Os artigos foram organizados de acordo com os critérios estabelecidos.

São muitos os estudos relacionados à temática do trabalho de enfermagem, porém referem-se, em sua maioria, a questões relativas ao trabalho, de modo geral, e a acidentes envolvendo estes profissionais. Pelo Quadro 1, pode-se observar que os artigos selecionados trazem especificamente a questão da satisfação profissional do enfermeiro e pertencem a diversos periódicos; utilizam diferentes metodologias e alternam-se entre estudos qualitativos e quantitativos.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos de acordo com o ano de publicação, periódico, autoria, título, objetivos e delineamento

Ano	Periódico	Autoria	Título	Objetivos	Delineamento
1999	Rev Latinoam Enferm.	Cura, Rodrigues	Satisfação profissional do enfermeiro	Efetuar um estudo da satisfação no trabalho apresentada por enfermeiros psiquiátricos e por enfermeiros de outras especialidades que trabalham em uma mesma instituição de saúde.	Pesquisa com base em um método de coleta de dados através de escalas (QMST), com análise quantitativa e considerações qualitativas dos resultados.
1999	Texto e Contexto Enferm	Capella, Berndt, Gelbcke, Scheir, Silva, Klein et al.	Vitalizar para viver e trabalhar melhor: um projeto de atuação do NAP	Superar a dicotomia vida e trabalho, buscando a satisfação dos trabalhadores e a qualidade da assistência.	Projeto elaborado segundo os princípios metodológicos e didáticos do sistema de aprendizagem vivencial.
2002	Texto e Contexto Enferm	Gonzales, Beck	O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem	Identificar o sofrimento e o prazer no dia-a-dia dos trabalhadores de enfermagem.	Abordagem qualitativa, a partir de entrevistas realizadas com amostras estratificadas de enfermeiros e auxiliares de enfermagem.
2003	Nursing	Matsuda, Évora	Satisfação profissional em uma UTI adulto: subsídios para a gestão da equipe de enfermagem	Determinar os índices de satisfação no trabalho (IST) de uma equipe de enfermagem de uma UTI adulto.	Estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa; dados coletados por meio de um questionário auto-explicativo, denominado índice de satisfação no trabalho.
2003	Cogitare Enfermagem	Cecagno, Cecagno, Siqueira	Satisfação de uma equipe de enfermagem quanto à profissão e emprego num hospital do Sul do estado do Rio Grande do Sul	Investigar a satisfação profissional e empregatícia de trabalhadores de enfermagem num hospital do Sul/RS.	Pesquisa quantitativa utilizando-se um questionário fechado com 50 profissionais de enfermagem.
2004	Rev Min Enf	Almeida, Santos, Beininger	Fixação de enfermeiros no Vale do Jequitinhonha/ MG, considerando a satisfação profissional	Avaliar o processo de evasão dos enfermeiros nos municípios do Vale do Jequitinhonha.	Estudo descritivo do perfil profissional dos enfermeiros atuando na região do alto e médio Vale do Jequitinhonha.
2006	Arq Ciênc Saúde	Carvalho, Lopes	Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral	Avaliar a satisfação profissional em uma unidade de emergência de hospital geral.	Instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário de medida de satisfação no trabalho composto de 80 questões.
2006	Rev Bras Enfermagem	Vitória Regis, Porto	A equipe de enfermagem e Maslow: (in) satisfações no trabalho	Expor e refletir sobre uma nova proposta de estudo aplicada a enfermagem, que envolve as (in) satisfações no trabalho dos integrantes da equipe de enfermagem.	Discussão sobre a teoria da motivação humana ou hierarquia das necessidades humanas básicas de Abraham Maslow correlacionando-a com as ações dentro da enfermagem.
2008	Rev Enferm UERJ	Santos, Braga, Fernandes	Nível de satisfação dos enfermeiros com seu trabalho	Identificar o nível de satisfação dos enfermeiros referente a seu trabalho hospitalar.	Método descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa e análise de conteúdo de Bardin.

Pesquisa de Cura e Rodrigues¹⁴, realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, com 91 enfermeiros nas seguintes unidades de internação: cirúrgica, clínica, dermatologia e obstetrícia, neurologia, oftalmologia-otorrinolaringologia, ortopedia, e pediatria, teve por objetivo efetuar um estudo da satisfação no trabalho apresentada por enfermeiros psiquiátricos e por enfermeiros de outras especialidades que trabalham em uma mesma instituição de saúde.

Para tanto, os autores utilizaram um Questionário de Medida de Satisfação no Trabalho (QMST) composto por 80 itens capazes de dar origem a sete fatores ou dimensões: Satisfação geral; Desgaste Físico e Psicológico; Status da Função; Localização da empresa; Benefícios Compensadores; Reconhecimento; Desenvolvimento pessoal.

De acordo com o fator satisfação geral, 100% dos enfermeiros cirúrgicos mostraram-se os mais

satisfeitos, seguidos pelos enfermeiros psiquiátricos com idade acima de 30 anos que também revelaram alta satisfação geral, coincidindo com maior tempo de permanência no hospital, tempo de trabalho na referida unidade e tempo de graduação. Os enfermeiros da Clínica Médica revelaram também elevado percentual de satisfação, seguidos pelos enfermeiros da Ginecologia/Obstetrícia.

Com relação ao fator desgaste físico e psicológico aparece mais acentuado nos enfermeiros da Pediatria composta por uma população mais jovem, menos experiente e por estarem trabalhando em unidades consideradas altamente estressantes em função da presença de crianças com patologias graves. Os enfermeiros psiquiátricos são os mais satisfeitos neste aspecto, fato justificado por ser uma população mais experiente e pela própria dinâmica de seu trabalho.

O fator status da função indicou a relevância dada ao trabalho no contexto social. Em relação a este aspecto, encontra-se nítida insatisfação dos enfermeiros, sentimento gerado pela desvalorização e falta de reconhecimento do trabalho. Contribuem para isso a falta de recompensa financeira, o acúmulo de serviço burocrático e a falta de expectativa de ascensão na carreira.

Quanto ao fator localização da empresa, verificaram-se sentimentos neutros em geral e até franca insatisfação nos enfermeiros de Neurologia/Dermatologia e Oftalmologia/Ortopedia/Otorrinolaringologia, devido ao deslocamento físico.

O fator benefícios compensadores mostrou alto índice de insatisfação de todos os enfermeiros. Assim, o esforço despendido por eles no desempenho de suas funções não é compensado pelo salário ou outros benefícios.

O fator reconhecimento apresentou um índice de satisfação acima da média, especialmente nos enfermeiros de Ginecologia/Obstetrícia, Clínica Médica e Psiquiatria, onde o enfermeiro parece estar satisfeito com os aspectos intrínsecos de seu trabalho. O fator desenvolvimento pessoal é visto pelos enfermeiros como altamente satisfatório.

Utilizando o mesmo instrumento de coleta de dados, pesquisa de Carvalho e Lopes¹⁰, realizada com 15

enfermeiros em uma Unidade de Emergência do Hospital de Base de São José do Rio Preto, com duas unidades de internação, uma unidade de terapia intensiva e uma unidade de pronto atendimento, teve por objetivo avaliar a satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. Os resultados mostraram que os enfermeiros, de modo geral, encontram-se satisfeitos.

Com relação ao desgaste físico e psicológico, o resultado indicou que para essa população, o trabalho não é somente uma necessidade, mas também uma fonte de prazer. O fator status da função mostrou insatisfação com relação à importância dada ao trabalho no contexto social. Nesse sentido o profissional espera que as pessoas reconheçam a relevância do seu cargo, deseja ganhar mais, ter mais prestígio e mais segurança.

O fator localização da empresa, relacionado com o deslocamento físico do empregado até o trabalho, indicou satisfação, o que reflete a boa localização da instituição hospitalar, com fáceis vias de acesso. Em relação aos benefícios compensadores, há insatisfação do profissional com benefícios assistenciais e remuneração.

Quanto ao reconhecimento, os sujeitos apresentaram-se preocupados com a importância dada à qualidade dos serviços prestados, demonstrando insatisfação em termos de auto-realização e com a opinião das pessoas sobre seu trabalho.

O fator desenvolvimento pessoal sugere a falta de interesse dos sujeitos em se aprimorarem na profissão. Quando se correlaciona esse resultado com o tempo de trabalho na unidade, observa-se que quanto maior o tempo, menor é a satisfação.

Estudo de Capella e colaboradores¹⁵, realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, foi feito com base em um projeto desenvolvido pelos integrantes do Núcleo de Apoio Permanente ao Programa Vivendo e Trabalhando Melhor, implantado pela diretoria de enfermagem desde agosto de 1996.

O programa tem o objetivo de superar a dicotomia vida e trabalho, buscando a satisfação dos trabalhadores e a qualidade da assistência. Este projeto elaborado segundo os princípios metodológicos e didáticos do Sistema de Aprendizagem Vivencial, configura-se como o primeiro exercício de práxis deste

Núcleo que o reconhece como um espaço de interação dos seres humanos.

Estudo qualitativo desenvolvido por Gonzales e Beck¹⁶ foi realizado com 20 enfermeiros e 20 auxiliares de enfermagem que trabalham nos hospitais e unidades básicas de atendimento a saúde da população da cidade de Santa Maria-RS. Para tanto, os autores fizeram uma entrevista por meio de um questionário composto por questões abertas e fechadas, tendo como objetivo específico avaliar o sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem.

A primeira entrevista continha dados relativos a identificação dos sujeitos envolvidos e foi realizada no início do turno de trabalho, tendo como objetivos captar como o profissional estava preparado para enfrentar seu cotidiano laboral, identificando sentimentos e sensações; conhecer as limitações que o trabalhador sentia para realização do seu trabalho (ordem física, administrativa, relacional ou outras); identificar as fontes de prazer ou satisfação apontadas pelos informantes do estudo e as fontes de sofrimento ou insatisfação geral levantadas pelo grupo.

A segunda entrevista foi efetuada no final do turno de trabalho, tendo como finalidade propiciar aos trabalhadores de enfermagem um momento no qual eles pudessem refletir e, objetivamente, discriminar o sofrimento ou o prazer originados no trabalho. Quando indagados sobre sensações ou sentimentos, o grupo afirmou preocupação, cansaço, angústia, tensão e estresse.

Em relação às fontes de prazer e satisfação, os enfermeiros destacaram o fato de o serviço fluir bem, sem intercorrências, dentro da rotina de trabalho. Os auxiliares colocaram em primeiro plano, como fonte de prazer no trabalho, a melhora do cliente ou a satisfação deste com os cuidados recebidos.

Sobre as fontes de sofrimento ou insatisfação no trabalho, os enfermeiros referiram que elas se manifestam no momento em que não conseguem solucionar os problemas dos pacientes, da equipe ou da instituição, e quando há falta de entrosamento na equipe. Para os auxiliares, o sofrimento é produzido pelo acompanhamento de pacientes graves, em que não há previsão de restabelecimento, ou quando ocorre a morte.

Pesquisa de Matsuda e Évora³, realizada com 7 enfermeiras na UTI adulto de um hospital universitário (HU), situado na região noroeste do estado do Paraná, teve como objetivo determinar os índices de satisfação no trabalho de uma equipe de enfermagem.

Os autores utilizaram um questionário auto-explicativo, denominado Índice de Satisfação no Trabalho (IST), que aborda seis componentes de satisfação – Status Profissional, Requisitos do Trabalho, Normas Organizacionais, Remuneração, Interação e Autonomia. O questionário foi dividido em: Parte A: determina a importância atribuída aos seis componentes citados; Parte B: escala do tipo Likert, com 44 questões que investigam a importância percebida desses mesmos componentes.

De acordo com a importância atribuída a cada um dos seis componentes citados, obteve-se: 1º Autonomia; 2º Interação; 3º Remuneração; 4º Normas Organizacionais; 5º Status Profissional; 6º Requisitos do Trabalho.

Quanto aos níveis de importância percebidos, obteve-se a seguinte ordem: 1º Remuneração; 2º Interação; 3º Requisitos do Trabalho; 4º Normas Organizacionais; 5º Autonomia; 6º Status Profissional.

Estudo de Cecagno, Cecagno e Siqueira⁷, realizado em hospital da região Sul do país, com 50 profissionais de enfermagem escolhidos aleatoriamente abrangendo os três turnos de trabalho e as três funções exercidas (enfermeiros, auxiliares e técnicos), objetivou investigar a satisfação profissional e empregatícia de trabalhadores de enfermagem.

Para tanto, os autores utilizaram uma abordagem quantitativa, e as variáveis pesquisadas foram idade, sexo, turno de trabalho, tempo de formação, tempo de atuação na profissão, satisfação com a profissão e satisfação com o emprego atual. De acordo com o sexo: 83% eram do sexo feminino e 17% masculino; a média de idade de 33,4 anos; o tempo de formação de 6,2 anos e a média de tempo de trabalho foi 5,8 anos.

Quando analisada a variável turno de trabalho, pode-se observar que 36% dos sujeitos da amostra trabalhavam no horário noturno, 32% no horário da manhã e 32% no horário da tarde. Quanto à satisfação profissional, utilizando-se uma escala entre zero e dez, os valores (notas) atribuídos pelos enfermeiros foram:

três enfermeiros atribuíram nota 6, quatro enfermeiros atribuíram nota 8 e quatro enfermeiros atribuíram nota 9. Com relação ao emprego atual, os valores foram: quatro enfermeiros atribuíram nota 6 e seis enfermeiros atribuíram nota 7.

Estudo de Almeida, Santos e Beinner¹⁷, realizado com 30 enfermeiros de 28 municípios do Vale do Jequitinhonha, teve o objetivo de avaliar o processo de evasão dos enfermeiros nos municípios da região. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo do perfil profissional dos enfermeiros atuando nesta região, abrangendo a caracterização da atuação dos profissionais, além do grau de motivação, satisfação e problemas enfrentados.

Quanto à origem dos profissionais, verificou-se que 30% eram provenientes do próprio estado de Minas Gerais e 70% originários de outros estados, especialmente Rio de Janeiro e Bahia. Quanto ao tipo de vínculo empregatício indicou que entre os contratos celebrados, aqueles de caráter temporário foram 90%, e somente 10% dos contratos foram decorrentes de concurso público oficial.

Os enfermeiros relataram dificuldades com problemas de ordem político-administrativa, associados à baixa qualificação dos gestores municipais. De uma forma geral todos apontaram como principais problemas, para um desempenho profissional satisfatório, a baixa qualificação de recursos humanos e a insuficiência de recursos materiais voltados à saúde do município. Quanto ao perfil do enfermeiro, há predomínio de pessoas do sexo feminino (80%), com média de idade de 29 anos, sendo na maioria solteiros (70%) e sem titulação (70%) em nível de especialização.

A distribuição dos enfermeiros, por satisfação com atividades desenvolvidas, mostra que a maioria dos profissionais atuantes na região encontrava-se insatisfeita com a atual situação, 80% dos profissionais manifestaram interesse em permanecer trabalhando na região, mas não necessariamente na localidade atual.

Estudo de Vitória Regis e Porto¹⁸ foi realizado através da teoria da motivação humana ou hierarquia das necessidades humanas básicas de Abraham Maslow correlacionando-a com as ações da enfermagem. O objetivo dos autores foi expor e refletir sobre uma nova

proposta de trabalho dos profissionais da enfermagem referindo-se à teoria das necessidades humanas básicas de Maslow.

Wanda Horta adaptou as teorias de Maslow ao processo de cuidar. De acordo com esta abordagem, o enfermeiro é o agente responsável pelo planejamento do cuidar no processo de assistência ao cliente. Por meio desta adaptação, Wanda Horta trouxe para a enfermagem a observação, a interação e a intervenção junto ao cliente para satisfazer suas necessidades humanas básicas.

A teoria da motivação humana de Maslow é baseada na hierarquia das necessidades humanas básicas. Esta teoria parte do princípio de que todo ser humano tem necessidades comuns que motivam seu comportamento no sentido de satisfazê-las. Maslow classifica hierarquicamente as necessidades em cinco níveis:

1. Necessidades básicas ou fisiológicas: relacionadas à existência e à sobrevivência do ser humano;
2. Necessidades de segurança: relacionadas à proteção individual contra perigos e ameaças;
3. Necessidades sociais: englobam a necessidade de convívio, amizade, respeito;
4. Necessidades do ego (estima): relacionadas com a auto-satisfação; a satisfação destas necessidades conduz a sentimentos de autoconfiança;
5. Necessidades de auto-realização: expressam o mais alto nível das necessidades, estando relacionadas à realização integral do indivíduo.

As autoras concluíram que na interação entre a teoria de Maslow e algumas características da prática da enfermagem, as necessidades humanas podem influenciar o desenvolvimento das atividades da equipe de enfermagem no trabalho.

Estudo de Santos, Braga e Fernandes¹⁹, realizado com 10 enfermeiros envolvidos na assistência direta aos pacientes em duas unidades de clínica médica de um Hospital Universitário da cidade de Fortaleza – Ceará, em Outubro de 2004, teve como objetivo identificar o nível

de satisfação dos enfermeiros referente a seu trabalho hospitalar. Os resultados foram apresentados em quatro tópicos: caracterização da população, satisfação com a escala de serviço, a área de atuação e local de trabalho.

Com relação à caracterização da população, dos 10 enfermeiros que responderam ao questionário, 9 são do sexo feminino, com média de idade de 30,4 anos. O grupo tem um tempo de trabalho na instituição entre 5 a 9 anos e 8 enfermeiros possuem mais de um emprego. No que se refere à satisfação com a escala de serviço, os resultados dos depoimentos demonstraram que todos os enfermeiros expressam satisfação.

No tópico satisfação com a área de atuação, dos 8 enfermeiros que possuem mais de um emprego, somente dois preferem o hospital universitário, estando satisfeitos com essa instituição, enquanto três preferem o outro local de trabalho e três não responderam. Dos 10 enfermeiros pesquisados, sete não estão satisfeitos com o setor onde atuam; a área de ensino e unidades fechadas (UTIs, Centro Cirúrgicos) são as mais citadas como preferenciais. No entanto, dos três servidores com interesse em unidade fechada, apenas um tem especialização na área pretendida; somente um manifestou desejo de exercer a atividade em saúde pública. Através das falas dos depoentes, ficou evidenciado que o enfermeiro relaciona o seu desenvolvimento e satisfação à área de atuação pretendida.

Em relação à satisfação com o local de trabalho, cinco enfermeiros se sentem bem trabalhando na instituição, enquanto os outros cinco mostraram-se insatisfeitos. Apenas um dos que se sentia bem atribuiu o motivo da satisfação à característica de ensino da instituição. Os fatores citados que mais levam a satisfação no trabalho: realização pessoal, reconhecimento, o trabalho em si e a responsabilidade. Fatores que geram insatisfação ou descontentamento: política e administração da empresa, supervisão técnica, salário, supervisão de pessoal e as condições de trabalho.

A única tese analisada refere-se a uma pesquisa realizada por Santos¹. Trata-se de um estudo teórico com base em uma questão norteadora: a busca dos fatores geradores de satisfação e insatisfação do enfermeiro no trabalho, relacionada com possíveis implicações para o gerenciamento das ações de enfermagem. O autor utilizou

a análise de conteúdo com base em Bardin e chegou a seis áreas temáticas: a) ambiente de trabalho; b) significado da assistência de enfermagem; c) clima organizacional e relacionamento interpessoal; d) gerenciamento do trabalho; e) sofrimento psíquico do trabalho do enfermeiro; e f) política organizacional, profissional e salarial. Os resultados mostram que grande parte da insatisfação no trabalho surge no ambiente de trabalho. Por exemplo, afastar-se do objeto de trabalho (distanciar-se da assistência direta) é tido como razão de sofrimento e insatisfação. Destacam-se ainda as longas jornadas, os relacionamentos interpessoais e a política da empresa.

DISCUSSÃO

Fatores de (in)satisfação profissional

Os estudos levantados identificam em suas análises uma série de fatores de (in)satisfação do enfermeiro com seu trabalho e/ou profissão. Foram citadas variáveis que interferem no grau de satisfação do enfermeiro com sua vida profissional: tempo de atuação, idade, tempo de formação e tempo de trabalho em uma mesma instituição ou em uma mesma unidade e maior tempo de permanência no hospital.

Entre as fontes de insatisfação, podem ser citadas a própria dinâmica do trabalho: a escala não fixa, as rotinas dos setores, a infra-estrutura (falta de materiais e equipamentos) e os relacionamentos interpessoais (falta de entrosamento na equipe). Destaca-se ainda a área em que atua o enfermeiro, pois se não corresponde a sua área de atuação e interesse representa grande fonte de insatisfação. Diferentemente de outros profissionais da área da saúde, o enfermeiro não tem poder de escolha sobre a área de atuação, estando sujeito à política organizacional das instituições.

É citada também a relação entre o esforço despendido pelos enfermeiros no desempenho de suas funções com o salário que recebem ou outros benefícios^{10,14}.

Outra grande fonte de insatisfação seria a falta de solução para os problemas dos clientes, da equipe ou da instituição. No caso da instituição, são referidos aspectos relacionados à política e à administração da empresa, à supervisão técnica, ao salário, à supervisão

de pessoal e às condições de trabalho¹⁹. Há, porém, estudos que mostram a remuneração também como fator de satisfação³. Fatores que geram insatisfação ou descontentamento ocasionam sentimentos como preocupação, cansaço, angústia, tensão e estresse.

De modo geral, a pesquisa realizada por Santos¹ sintetiza uma série de fatores relacionados à insatisfação do trabalhador: fragmentação das tarefas; o número de trabalhadores à procura de emprego quase sempre é maior que a oferta de trabalho; esvaziamento das experiências e vivências profissionais em decorrência da pulverização de responsabilidades; baixos salários; condições insalubres de trabalho; pouco reconhecimento; política organizacional.

Quanto aos fatores que levam à satisfação profissional do enfermeiro, destaca-se a melhora do cliente, ou a satisfação deste com os cuidados recebidos; bem como o fato de o serviço fluir bem e sem intercorrências dentro da rotina de trabalho. Outros fatores que levam a satisfação no trabalho citados foram: realização pessoal, reconhecimento, o trabalho em si e a responsabilidade¹⁹. Quanto ao reconhecimento, há estudos que demonstram a insatisfação dos enfermeiros quando se trata da opinião das pessoas sobre seu trabalho¹⁰.

Pode-se afirmar que uma estrutura organizacional que valorize o profissional de enfermagem, promova um ambiente de trabalho harmonioso e mantenha uma política de cargos e salários, condizente com as responsabilidades da área proporcionará maiores sentimentos de satisfação aos seus funcionários.

Ideal versus realização profissional

O trabalho não é somente uma necessidade, pois para muitos profissionais representa uma fonte de grande satisfação. No caso específico da enfermagem, é possível afirmar que os profissionais geralmente encontram-se satisfeitos com sua escolha profissional. Contudo, as condições de trabalho representam um dos maiores fatores de insatisfação.

Predomina, principalmente, a insatisfação com relação à importância dada ao trabalho do enfermeiro no contexto social. O profissional da área espera que as pessoas reconheçam a importância do seu trabalho, conferindo-lhe maior prestígio e reconhecimento.

O ser humano avalia suas experiências no trabalho utilizando a bagagem de atitudes, crenças e valores que traz consigo, gerando um estado emocional que, se agradável produz satisfação, se desagradável, leva a insatisfação¹⁴.

O trabalho, tendo a finalidade de desenvolver as potencialidades humanas, libera o trabalhador para (re)criar a si próprio. Neste sentido os resultados daquilo que faz leva-o à satisfação e à conscientização do seu papel, não só para a organização, mas também para a sociedade.¹

A satisfação no trabalho tem influência direta no fator motivacional, sendo que o clima organizacional, por sua vez, influencia a ambos. Como visto, são vários os fatores de insatisfação do enfermeiro no trabalho. Muitas empresas instituíram a ginástica laboral e intervalos para o café e a troca de experiências, como formas de combate à tensão e à fadiga¹. Assim, nota-se que é fundamental o envolvimento das empresas com seus funcionários, promovendo atividades e ações que levem ao reconhecimento profissional e à valorização dos trabalhadores como seres humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo de trabalho pode representar tanto fator de satisfação quanto de insatisfação para o profissional. Para muitos indivíduos, o trabalho confere identidade e acaba representando o próprio sentido da vida.

Na atualidade, as transformações no mundo do trabalho, compostas por novas exigências e a busca constante de qualificação, tornaram-se fontes geradoras de tensão e estresse, com reflexos profundos na saúde dos trabalhadores.

Na área da saúde não é diferente, pois além das particularidades das profissões envolvidas, os trabalhadores enfrentam uma série de problemas que ocasionam grandes desgastes e sentimentos de insatisfação.

A profissão de enfermagem é considerada uma das mais estressantes, pois os enfermeiros estão expostos a fatores de risco e condições inadequadas de trabalho.

Neste cenário é fundamental avaliar a (in)satisfação do trabalhador, enquanto uma importante ferramenta na busca da qualidade da assistência prestada,

pois trata-se de um indicador da qualidade dos serviços de uma instituição de saúde. Profissionais satisfeitos com o seu trabalho podem apresentar maior compromisso com a instituição em que atuam.

Estas reflexões foram a base deste estudo, cujo objetivo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a satisfação profissional dos enfermeiros no seu ambiente de trabalho. Foram encontrados, no período de 1998 a 2008/2009 nove artigos em periódicos nacionais indexados e três teses. Embora existam muitos estudos publicados sobre o trabalho do enfermeiro, poucos se referem especificamente sobre a questão da satisfação.

Os artigos analisados referem uma série de fatores de (in)satisfação do enfermeiro com seu trabalho e/ou profissão. Entre as fontes de insatisfação, foram citadas: a dinâmica do trabalho, a política organizacional, condições de trabalho, relacionamentos interpessoais, as áreas de atuação (quando não correspondem ao interesse profissional do enfermeiro), a falta de

reconhecimento, a baixa remuneração e, principalmente, a falta de solução para os problemas dos clientes, da equipe ou da instituição.

Os principais fatores de satisfação apontados foram a melhora do cliente, ou a satisfação deste com os cuidados recebidos; bem como o fato de o serviço fluir bem e sem intercorrências.

Observa-se, pelos estudos analisados, o dilema vivenciado pelos profissionais da enfermagem: se por um lado a profissão é motivo de satisfação, por outro é fator de desgaste e tensão quando as condições de trabalho e o contexto social e organizacional não contribuem para a auto realização destes profissionais.

Não se pode pensar em qualidade na assistência a saúde, humanização no atendimento prestado e aumento de produtividade no trabalho se os recursos humanos não forem reconhecidos pelas lideranças como parte fundamental da política da empresa. Neste sentido, ainda há um longo caminho a ser percorrido pelas instituições de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- Santos MS dos. A (in)satisfação do enfermeiro no trabalho: implicações para o gerenciamento das ações de enfermagem – aspectos teóricos [mestrado]. Ribeirão Preto: Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
- Freire PA. Assédio moral e saúde mental do trabalhador. *Trab Educ Saúde*. 2008; 6(2):367-80.
- Matsuda LM, Évora YDM. Satisfação profissional em uma UTI adulto: subsídios para a gestão da equipe de enfermagem. *Nursing*. 2003; 56(6):22-7.
- Fernandes SMBdeA; Medeiros SMde; Ribeiro LM. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. *Rev Eletrônica Enferm*. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 abr. 24]; 10(2):414-27. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>.
- 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 Latinoam.Enferm*. 2006; 14(4):517-25.
- Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NMC. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm*. 2004; 12(2):204-11.
- Cecagno D, Cecagno S, Siqueira HCH de. Satisfação de uma equipe de enfermagem quanto à profissão e emprego num hospital do sul do Estado do Rio Grande do Sul. *Cogitare Enfermagem*. 2003; 8(1):34-8.
- Ferreira LRC, De Martino MMF. O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. *Rev Ciênc Med*. 2006; 15(3):241-8.
- Spindola T, Santos R da S. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2003; 11(5):593-600.
- Carvalho G, Lopes S. Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. *Arq Ciênc Saúde*. 2006; 13(4):209-14.
- Ma JC, Lee PH, Yang YC, Chang WY. Predicting factors related to nurses' intention to leave, job satisfaction, and perception of quality of care in acute care hospitals. *Nurs Econ*. 2009; 27(3):178-84.
- Kovner CT, Brewer CS, Greene W, Fairchild S. Understanding new registered nurses' intent to stay at their jobs. *Nurs Econ*. 2009; 27(2):81-98.
- Vieira S, Hossne WS. Metodologia científica para a área de saúde. Rio de Janeiro: Campus; 2001.
- Cura MLAD, Rodrigues ARF. Satisfação profissional do enfermeiro. *Rev Latinoam Enferm*. 1999; 7(4):21-8.
- Capella BB, Berndt FPG, Gelbcke FL, Scheir J, Silva RDM da, Klein TCR. Vitalizar para viver e trabalhar melhor: um projeto de atuação do NAP. *Texto & Contexto*. 1999; 8(3):263-75.
- Gonzales RMB, Beck CLC. O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*. 2002; 11(1):169-86.
- Almeida MAV de, Santos AS, Beininger RPC. Fixação de enfermeiros no Vale do Jequitinhonha/ MG considerando a satisfação profissional. *REME - Rev Min Enf*. 2004; 8(4):470-4.
- Vitória Regis LFL, Porto IS. A equipe de enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(4):565-8.
- Santos MCL, Braga VAB, Fernandes AFC. Nível de satisfação dos enfermeiros com seu trabalho. *Rev Enferm*. 2008; 15(1):101-5.

ELIMINAÇÕES URINÁRIAS: PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ENFERMAGEM

URINARY ELIMINATION: SCIENTIFIC PRODUCTION IN NURSING.

ELIMINACIONES URINARIAS: PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN LA ENFERMERÍA

Laís Fumincelli*, Alessandra Mazzo**, Silvia Helena Tognolli***, Isabel Amélia Costa Mendes****, Amanda de Assunção T. da Silva*****, Barbara J. da Costa Pereira*****

Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar qual é a produção científica da enfermagem nacional quanto às eliminações urinárias. Para tanto, foi realizada a revisão sistemática da literatura, junto ao Medical Literature Analysis and Retrieval System on line (MEDLINE). Foram definidos de acordo com o catálogo da Bireme: 30 unitermos relacionados à fisiologia do sistema urinário, alterações urinárias e enfermagem, em artigos publicados na língua portuguesa e em periódicos de enfermagem; no período de 1999 a 2009, que estivessem disponíveis na íntegra. Foram selecionados 9 artigos publicados por enfermeiros. Os artigos encontrados foram lidos na íntegra e analisados por instrumento de coleta de dados quanto ao ano de publicação, tipo de estudo e assunto abordado. Dentre estes, 9 (100%) eram estudos quantitativos, 2 (22,2%) foram publicados de 2002 a 2005 e 7 (77,8%) de 2006 a 2009. Os assuntos estudados foram incontinência urinária na mulher 4 (44,4%), prevalência de incontinência urinária 1 (11,1%), retenção urinária 1 (11,1%), alterações nas eliminações urinárias 1 (11,1%), infecção urinária 1 (11,1%) e reabilitação de bexiga neurogênica 1 (11,1%). Conclui-se que as publicações sobre o assunto na enfermagem nacional são escassas e utilizam com deficiência a classificação tecnológica da base de dados.

Palavras-chave: Eliminação urinária. Enfermagem. Produção científica.

Abstract

This research aimed to verify Brazilian nursing's scientific production on urinary elimination. A systematic literature review was carried out in the Medical Literature Analysis and Retrieval System on line (MEDLINE). According to the Bireme catalogue, 30 uniterms were defined, related to the physiology of the urinary system, urinary alterations and nursing, in articles published in Portuguese and in nursing journals, between 1999 and 2009, whose full version was available on-line. Nine articles published by nurses were selected. The full versions of the identified articles were read and analyzed with the help of a data collection instrument, looking at the publication year, study type and theme. Nine (100%) were quantitative studies, 2 (22,2%) were published between 2002 and 2005 and 7 (77,8%) between 2006 and 2009. The study themes were urinary incontinence in women 4 (44,4%), prevalence of urinary incontinence 1 (11,1%), urinary retention 1 (11,1%), urinary elimination alterations 1 (11,1%), urinary tract infection 1 (11,1%) and neurogenic bladder rehabilitation 1 (11,1%). In conclusion, Brazilian nursing publications on the theme are scarce and the use of the database's technological classification is deficient.

Keywords: Urinary elimination. Scientific production. Nursing.

Resumen

La finalidad de este estudio fue la producción científica de la enfermería brasileña respecto a las eliminaciones urinarias. Para eso, fue realizada una revisión sistemática de la literatura en el Medical Literature Analysis and Retrieval System on line (MEDLINE). Fueron definidos de acuerdo con el catálogo de la Bireme: 30 uniterminos relacionados a la fisiología del sistema urinario, alteraciones urinarias y enfermería, en artículos publicados en portugués y en periódicos de enfermería; en el período de 1999 a 2009, con disponibilidad de su versión completa. Fueron seleccionados 9 artículos publicados por enfermeros. Las versiones completas de los artículos encontrados fueron leídas y analizados por instrumento de recolecta de datos respecto al año de publicación, tipo de estudio y tema discutido. Entre estos, 9 (100%) eran estudios cuantitativos, 2 (22,2%) fueron publicados de 2002 a 2005 y 7 (77,8%) de 2006 a 2009. Los temas estudiados fueron incontinencia urinaria en mujeres 4 (44,4%), prevalencia de incontinencia urinaria 1 (11,1%), retención urinaria 1 (11,1%), alteraciones en las eliminaciones urinarias 1 (11,1%), infección urinaria 1 (11,1%) y rehabilitación de vejiga neurogénica 1 (11,1%). Se concluye que las publicaciones sobre el tema en la enfermería brasileña son escasas y utilizan con deficiencia la clasificación tecnológica de la base de datos.

Palabras clave: Eliminación urinaria. Producción científica. Enfermería.

*Aluna de Graduação do Curso de Bacharel em Enfermagem, bolsista Programa Aprender com Cultura e Extensão, EERP-USP, Centro Colaborador da OMS.

**Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, EERP-USP, Ribeirão Preto - SP, Brasil. Centro Colaborador da OMS. Contato: amazzo@eerp.usp.br

***Enfermeira, Bolsista de Apoio Técnico do CNPq, EERP-USP, Centro Colaborador da OMS.

****Professora Titular, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, EERP-USP, Centro Colaborador da OMS.

*****Aluna de Graduação do Curso de Licenciatura em Enfermagem, bolsista PET, EERP-USP, Centro Colaborador da OMS.

*****Aluna de Graduação do Curso de Licenciatura em Enfermagem, bolsista RUSP, EERP-USP, Centro Colaborador da OMS.

INTRODUÇÃO

As principais funções do sistema urinário são a formação e a excreção da urina. A formação da urina compreende três fases, a filtração de grandes partículas presentes no sangue como eritrócitos, a reabsorção de substâncias importantes para o organismo como eletrólitos e a secreção de metabólitos nocivos ao ser humano como creatinina e amônia.

A eliminação urinária é função básica do organismo, dependente das funções dos rins, ureteres, bexiga e uretra. A urina é transparente, com odor típico e a quantidade do volume diário individual de urina no adulto é cerca de 1.200 a 1.500 ml/dia, em intervalos que correspondem a um padrão rotineiro e individual. Sua coloração varia desde um amarelo claro até um amarelo âmbar, dependendo do estado de hidratação do cliente^{1,2}.

No entanto, os indivíduos podem apresentar fatores predisponentes para alterações na eliminação urinária, tais como idade avançada, morbidades, hospitalização, gravidez, necessidade de cateterização, imunocomprometimento entre outros. Quando ocorrem anormalidades no funcionamento do sistema urinário, os pacientes apresentam distúrbios no ato da micção¹.

A enfermagem desempenha um papel importante na assistência prestada aos pacientes nas eliminações urinárias, seja nos aspectos de promoção, preventivos e de intervenção aos problemas de saúde. Na implementação do cuidado o enfermeiro desenvolve ações que vão da promoção a saúde aos cuidados agudos nas alterações das eliminações urinárias.

Nas ações voltadas a promoção da saúde o enfermeiro deve atuar no ensino do paciente, familiar e/ou cuidador, ressaltar a necessidade do consumo adequado de líquidos; encorajar uma rotina urinária, destacar a necessidade de uma adequada higiene perineal, ensinar aos pacientes os principais sintomas das infecções do trato urinário (ITUs), indicando os fatores que devem levar a procura de assistência clínica. Em alguns casos, como em ambiente hospitalar, o enfermeiro deve promover a micção em um local privativo, permitir tempo adequado para o ato, estar

atento aos hábitos do paciente no seu plano de cuidados e fornecer estímulos sensoriais para o relaxamento e a capacidade de urinar. Aos clientes que apresentam a função urinária alterada medidas interventivas e de impacto se fazem necessárias, como a cateterização vesical e a coleta de exames^{1,2}.

A enfermagem necessita acompanhar todo o processo de coleta de exames no paciente nas alterações das eliminações urinárias, ou seja, realizar o preparo prévio aos procedimentos, a assistir o paciente durante o exame e ministrar os cuidados pós procedimentos. Além disso, cabe ao enfermeiro o esclarecimento das dúvidas e anseios dos pacientes e familiares ou acompanhantes. Os exames utilizados rotineiramente na prática clínica são a urinálise e urocultura. A urinálise analisa a coloração da urina, a aferição da gravidade específica do pH, e a determinação da concentração de glicose, proteínas, corpos cetônicos, hemoglobinas e bilirrubinas na urina. A urocultura identifica qualquer microorganismo que inicie uma ITU^{2,3}.

A amplitude de possibilidades de atuação junto ao tema, paralela a sua relevância e frequência de vivência na prática clínica, têm mostrado que muitas vezes as ações relacionadas à assistência de enfermagem nas eliminações urinárias são negligenciadas; não integram teoria e prática, o que traz danos aos pacientes e aos profissionais. Assim compreende-se que a assistência de enfermagem nas eliminações urinárias deve alicerçar-se no conhecimento teórico, prático e científico, os quais necessitam estarem presentes na prática diária da assistência de enfermagem ao paciente⁴.

Com base nessa temática, o objetivo desse estudo foi verificar qual a produção científica na enfermagem nacional sobre eliminações urinárias nos últimos 10 anos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório realizado através de revisão bibliográfica. Para o cumprimento do objetivo foi realizado o levantamento crítico e sistematizado dos artigos, através da revisão integrativa. A revisão

integrativa da literatura propõe um profundo entendimento de um fenômeno com base em trabalhos anteriores e reúne dados de diferentes tipos de delineamento de pesquisas, o que amplia as conclusões^{5,6}.

Para tanto, a pergunta elaborada para a seleção dos artigos foi: qual o conhecimento científico produzido na enfermagem nacional quanto às eliminações urinárias do paciente adulto, nos últimos dez anos. A busca dos artigos utilizou a base de dados do *Medical Literature Analysis na Retrieval System on line* (MEDLINE).

Observou-se que o catálogo de unitermos da Bireme apresenta uma grande quantidade de descritores para o tema em estudo. A interligação entre esses descritores demonstrou que o unitermo enfermagem é fator limitante para a pesquisa do assunto. Por isso, a pesquisa acrescentou como critério de inclusão a seleção de artigos em periódicos de enfermagem. Os descritores utilizados na busca foram: tratamento urinário, enfermagem, plano de cuidados de enfermagem, assistência de enfermagem, fenômenos fisiológicos do sistema urinário, sistema urinário, urina, cateterismo urinário, coletores de urina colônicos, coletores de urina, bexiga urinária, infecções urinárias, transtornos urinários, doenças do aparelho urinário, aparelho urinário, urianálise, doença da bexiga urinária, cálculos urinários, doenças do sistema urinário, vias urinárias, tratamento, prevenção, reabilitação, alterações, conhecimento, controle.

Foram selecionados os artigos que responderam a pergunta do estudo, publicados na língua portuguesa, em periódicos de enfermagem, que tivessem como país de origem o Brasil, no período compreendido entre 1999 a 2009.

Dos 196 artigos encontrados na busca, nove artigos atenderam aos critérios de inclusão, compondo a amostra.

Todos os artigos selecionados foram lidos na íntegra e, posteriormente, analisados com o auxílio de um instrumento de coleta de dados, proposto por Ursi⁶, que contemplava dados relacionados à identificação de autoria, ano e periódico de

publicação, delineamento metodológico, intervenção estudada, principais resultados e conclusões encontrados⁶.

A análise do detalhamento metodológico foi fundamentada em Polit, Beck e Hungler⁷⁻⁸. A apresentação dos resultados foi realizada de forma descritiva⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os descritores encontrados nas publicações foram: reabilitação da bexiga neurogênica, medula, enfermagem, incontinência urinária, epidemiologia, pacientes internados, fatores de risco, saúde da mulher, diagnósticos de enfermagem, infecção hospitalar, prevalência, incidência, retenção urinária, cateterismo urinário, analgesia controlada pelo paciente. Embora todas as pesquisas tenham sido realizadas e divulgadas por enfermeiros, não houve referência ao descritor enfermagem num dos estudos selecionados, que faz referência ao trabalho da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente com problemas urinários. Tal fato pode possibilitar a diminuição da visibilidade dos resultados de pesquisa da área de enfermagem.

Conforme observado no Quadro 1, 8 (88,9%) artigos analisados eram estudos quantitativos, descritivos e exploratórios, e um (11,1%) era um estudo obtido com dados de forma sistemática, de revisão de literatura. Quanto ao ano de publicação, dois (22,2%) foram publicados de 2002 a 2005 e sete (77,7%) de 2006 a 2009. Os assuntos estudados foram quatro (44,4%) incontinência urinária na mulher, um (11,1%) prevalência de incontinência urinária, um (11,1%) retenção urinária, um (11,1%) alterações nas eliminações urinárias, um (11,1%) infecção urinária e um (11,1%) reabilitação de bexiga neurogênica.

Dentre os nove (100%) artigos encontrados, quatro (55,5%) estudam a incontinência urinária (IU) e um (11,1%) pesquisa alterações nas eliminações urinárias, com ênfase no diagnóstico de IU, ou seja, seis (66,6%) artigos refletem as várias vertentes relacionadas à IU.

Quadro 1 – Publicações realizadas por enfermeiros associadas a eliminações urinárias, segundo ano de publicação, delineamento do estudo, assunto abordado e unitermos utilizados

Ano de publicação do artigo	Delineamento do estudo	Assunto abordado	Unitermos utilizados
2002	descritivo exploratório	reabilitação e prevenção de complicações no gerenciamento de bexiga neurogênica em pacientes com lesão medular	reabilitação, bexiga neurogênica, medula, enfermagem e reabilitação
2005	descritivo exploratório	incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados	incontinência urinária, epidemiologia, pacientes internados
2006	descritivo exploratório	incontinência urinária na população feminina e impacto na vida	incontinência urinária, saúde da mulher, diagnósticos de enfermagem
2007	descritivo exploratório	infecção hospitalar em UTI geral e pronto socorro	enfermagem, infecção hospitalar e prevalência
2007	descritivo exploratório	retenção urinária pelo uso de opióides	incidência, retenção urinária, cateterismo urinário, analgesia controlada pelo paciente, enfermagem
2007	descritivo exploratório	incontinência urinária entre os profissionais de enfermagem	incontinência urinária, saúde da mulher e enfermagem
2008	revisão bibliográfica	incontinência urinária na mulher	incontinência urinária, fatores de risco, saúde da mulher e enfermagem
2008	descritivo exploratório	alteração nas eliminações urinárias	incontinência urinária, sistemas especializados, diagnósticos de enfermagem
2009	descritivo exploratório	incontinência urinária no atendimento da mulher nas Unidades Básicas de Saúde	incontinência urinária, qualidade de vida, saúde da mulher

A IU associa-se à ocorrência de sintomas pela perda do controle sobre a micção. Como fatores associados estão a gravidez, o envelhecimento, o parto, a queda dos níveis de estrógeno na menopausa, o tratamento do câncer de próstata, incapacidades físicas e mentais e algumas patologias como acidente vascular cerebral e doença de Parkinson. O tratamento da IU é cirúrgico ou clínico, podendo o problema agravar-se com o desenvolvimento de ITUs e disúria^{2,9}.

A IU pode ocorrer por estresse com perda súbita e involuntária de urina; por pressão na incapacidade do indivíduo perceber a bexiga repleta; reflexa devido ao comprometimento neurológico com perda de urina quando um novo volume vesical é completado; funcional pela incapacidade ou falta de vontade de urinar por barreiras ambientais, fatores cognitivos ou emocionais; e total com perda de urina contínua, involuntária e imprevisível devido a uma lesão neurológica ou traumática².

Possui uma maior incidência entre as mulheres, esta associada ao aumento da idade e a processos de hospitalização, ginecológicos, índice de massa corpórea elevada e hipertensão arterial. A relevância do tema relaciona-se ao fato do problema ocasionar restrições físicas e sociais, profissionais e sexuais; constrangimentos e desconforto, o que pode levar ao isolamento social e ocasionar distanciamento entre pacientes e profissionais da área da saúde; por vergonha e/ou falta de

informações, comprometendo a sua qualidade de vida. Acomete mulheres em todos os níveis, inclusive profissionais de saúde⁹⁻¹³.

Na IU, o enfermeiro atua junto à equipe multiprofissional como ator na busca de informações clínicas. Deve disponibilizar informações sobre os tratamentos e oferta de serviços, promoção de ações educativas e consultas de enfermagem para proporcionar uma melhor qualidade de vida. Os cuidados de enfermagem na recuperação das funções de micção são ações essenciais para o restabelecimento físico e da auto-estima, sendo indicados o fortalecimento dos músculos pélvicos, com ênfase aos que apresentam dificuldades para iniciar ou interromper o jato urinário; o retreinamento da bexiga por meio da repetição, o estabelecimento de rotinas quanto aos horários de micção, reforço positivo aos pacientes nas ações desempenhadas e a autocateterização para os que têm distúrbios crônicos ou com lesão medular. Dentre os problemas relacionados a eliminações urinárias em mulheres, estudo demonstrou que cerca da metade delas possui problemas relacionados à IU^{1,9-13}.

A retenção urinária (RU) ou o acúmulo de urina na bexiga enquanto resultado da incapacidade da bexiga se esvaziar, torna-se outra complicação do trato urinário. Em casos graves, o paciente acumula aproximadamente 2.000 a 3.000 ml de urina, pela perda do tônus vesical secundário ou estiramento

excessivo das fibras do músculo detrusor. A RU possui maior incidência entre o sexo masculino, pacientes de idade avançada, em uso de analgesia, com comprometimento neurológico e no pós-parto vaginal. O agravamento da RU pode levar a perda do tônus vesical, a ITUs e a formação de cálculos renais por estase urinária e hidronefrose^{2,14}.

A assistência de enfermagem na RU utiliza métodos não invasivos, tais como compressas mornas na região supra-púbica, a promoção de privacidade ao paciente e a disponibilidade do barulho de água corrente, para obter a micção espontânea. Todavia, em alguns casos, o cateterismo intermitente asséptico deve ser o tratamento de escolha, fato este que incorre na necessidade de uma equipe de enfermagem treinada para detectar o problema e agir de maneira adequada. Conforme estudo observa-se que o uso de opióides como analgésico no trans-operatório, principalmente em cirúrgicas ortopédicas, pode levar a RU¹⁴.

Surpreende que dentre os estudos encontrados na busca realizada, apenas um (11,1%) destaca as infecções do trato urinário (ITUs), as quais aumentam o risco de falência do sistema principalmente quando atingem ureter e túbulos renais, uma vez que nas últimas décadas as ITUs vem sendo abordadas como fator de preocupação entre os profissionais da saúde, representam cerca de 40% das infecções hospitalares, resultando em repercussão econômica, sequelas, complicações e danos imensuráveis a população. A grande maioria dos casos de ITUs está relacionada com a cateterização vesical e cerca de 10% dos pacientes hospitalizados são expostos a este procedimento. Relacionam-se a problemas intrínsecos como co-morbidades, e extrínsecos, como tempo de permanência e manuseio do cateter pela equipe de enfermagem. Necessitam de vigilância constante e estão relacionadas ao agravamento das condições dos pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva. Além disso, o enfermeiro deve vislumbrar questões relacionadas ao auto-cateterismo intermitente, o qual

tem sido muito utilizado na prática de cuidado dos lesados medulares¹⁵⁻¹⁷.

Observa-se que os artigos indexados que refletem o investimento da pesquisa em enfermagem junto aos problemas relacionados a eliminações urinárias são restritos em número e a um pequeno contingente de assuntos, embora essa prática seja rotineira da assistência clínica na qual o enfermeiro faz parte. Não se observou pelos trabalhos descritos ênfase na promoção e prevenção à saúde, assim como na assistência de enfermagem aos exames clínicos, tão presentes, e que ao imporem dificuldades, trazem ônus aos serviços, retardam diagnósticos e causam transtornos a vida diária do paciente. É eminente a necessidade de um maior investimento e visibilidade das pesquisas em eliminações urinárias por parte dos enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do número de artigos encontrados no Brasil relacionados a eliminações urinárias é superior ao número de artigos que tratam do assunto nos periódicos de enfermagem. Embora se tenha delineado a busca para uma única base de dados, fica evidente que existe um pequeno número de artigos relacionados às eliminações urinárias publicados em periódicos de enfermagem no Brasil, o que causa baixo impacto na visualização das pesquisas na profissão.

Os estudos encontrados demonstram que a pesquisa relacionada às eliminações urinárias está embasada em estudos não experimentais, com ênfase em assuntos relacionados à incontinência urinária. Todavia, acredita-se que o tema possibilita uma amplitude de intervenções de enfermagem, nos mais diferentes aspectos e complexidades da assistência, o que invoca aos enfermeiros o compromisso de utilizar o método científico na sua prática clínica, na assistência às eliminações urinárias, divulgando os resultados das pesquisas, no intuito de qualificar a assistência de enfermagem aos pacientes nestas condições.

REFERÊNCIAS

1. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 1187-227.
2. Craven RF, Hirnle, CJ. Fundamentos de enfermagem. Saúde e Função Humanas. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
3. Carvalho GF, Rocha LCA, Monti PR. Urucultura e exame comum de urina: considerações sobre sua coleta e interpretação. *Rev AMRIGS*. 2006; 50(1):59-62.
4. Souza ACS, Tipple AFV, Barbosa JM, Pereira MS, Barreto RASS. Cateterismo urinário: conhecimento e adesão ao controle de infecção pelos profissionais de Enfermagem. *Rev Eletr Enfermagem*. 2007; 9(3):724.
5. Mendes KDSM, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto*, 2008, 17(4):758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_arttext.
6. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005, 128p.
7. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
8. Silva APM, Santos VLCG. Prevalência de incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(1):36-45.
9. Higa R, Lopes MHB. Avaliação de um sistema especialista em diagnóstico de enfermagem relacionado à eliminação urinária. *Rev Bras Enf*. 2008; 61(5):565-69.
10. Higa R, Lopes MHB. Porque profissionais de enfermagem com incontinência urinária não buscam tratamento. *Rev Bras Enf*. 2007; 60(5):503-6.
11. Higa R, Lopes MHB, Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. *Rev Esc Enf USP*. 2008; 42(1):187-92.
12. Silva L, Lopes MHB. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1):72-8.
13. Fernandes MCB de, Costa VV da, Saraiva RA. Retenção urinária pós-operatória: avaliação de pacientes em uso de analgesia com opióides. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15(2): 318-22.
14. Center for disease control and prevention (CDC). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections, EUA, 1981. [acessado em 01 jul. 2008]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_catheter_assoc.htm>.
15. Gagliardi EMD, Fernandes AT, Cavalcante NJF. Infecção do trato urinário. In: Fernandes AT, editor. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p.459-78.
16. Morooka M, Faro ACM. A técnica limpa do autocateterismo vesical intermitente: descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. *Rev Esc Enf USP*. 2002; 36(4):324-31.
17. Rodrigues EAC. Infecções hospitalares prevenção e controle. São Paulo: Savier; 1997. p.135-67.

CURRÍCULO DE ENFERMAGEM: COMPETÊNCIAS E HABILIDADES PARA FORMAÇÃO DE DOCENTES

NURSING CURRICULUM: ABILITIES AND SKILLS FOR TEACHER EDUCATION

CURRÍCULO DE ENFERMERÍA: APTITUDES Y HABILIDADES PARA LA FORMACIÓN DE DOCENTES

Andressa Alves Molina*, Luciana Bernardo Miotto**

Resumo

Este estudo propõe uma revisão da literatura sobre questões relativas ao currículo de Graduação em Enfermagem, destacando-se a questão das competências e habilidades requeridas para um futuro docente na área. Foram incluídos artigos científicos publicados em periódicos indexados, no período de 1998 a 2008, em língua portuguesa, na base de dados LILACS, com os seguintes descritores: educação em enfermagem, docência em enfermagem, competência e currículo. Foram encontrados onze artigos recentes, organizados em: autoria, ano de publicação, título, periódico, objetivos e delineamento. A análise se baseou nas categorias: competências e habilidades, diretrizes curriculares e práticas pedagógicas. A primeira mostra a preocupação com o significado de um currículo baseado em competências. Quanto às Diretrizes Curriculares, é citado o papel da Associação Brasileira de Enfermagem na reforma curricular da área, no contexto das transformações no atendimento a saúde no Brasil. Em relação às práticas pedagógicas, conclui-se que o docente enfermeiro só pode promover uma ação pedagógica transformadora da realidade se atuar de forma humana. Não se pode formar enfermeiros generalistas e críticos sem que a prática docente também possua essas características. Neste sentido, são importantes os programas de formação continuada voltados à docência.

Palavras-chave: Currículo. Competência. Habilidade. Docência em Enfermagem. Educação em Enfermagem.

Abstract

This study proposes a literature review on issues relating to the Nursing Graduation curriculum, emphasizing the abilities and skills required for a future teacher in the area. Scientific papers published in indexed journals were included, from 1998 to 2008, in Portuguese language, in the database LILACS, with the following keywords: nursing education, nursing teaching, expertise and curriculum. Eleven recent papers were found, organized according to: author, year of publication, title, journal, goals, and outline. The analysis was based on the following categories: abilities and skills, curricular guidelines and pedagogical practices. The first shows the concern with the meaning of a curriculum based on abilities. Regarding the Curriculum Guidelines, the role of the Brazilian Nursing Association in the area's curricular reform is mentioned, in the context of health care changes in Brazil. In relation to pedagogical practices, it is concluded that the nursing teacher can only promote a reality transforming pedagogical action if he/she acts humanely. You cannot educate generalist and critical nurses without an educational practice with these characteristics. In this sense, continued education programs focused on teaching are very important.

Keywords: Curriculum. Competency. Aptitude. Nursing teaching. Nursing education.

Resumen

Este estudio propone una revisión de la literatura sobre cuestiones relativas al currículo de Graduación en Enfermería, destacándose la cuestión de las aptitudes y habilidades requeridas para un futuro docente en el área. Fueron incluidos artículos científicos publicados en publicaciones periódicas indexadas, en el período de 1998 a 2008, en lengua portuguesa, en la base de datos LILACS, con los siguientes descriptores: educación en enfermería, docencia en enfermería, aptitud y currículo. Fueron encontrados once artículos recientes, organizados en: autoría, año de publicación, título, publicaciones periódicas, objetivos y delineación. El análisis se basó en las Categorías: aptitudes y habilidades, directrices curriculares y prácticas pedagógicas. La primera muestra la preocupación con el significado de un currículo basado en aptitudes. En cuanto a las Directrices Curriculares, se menciona el papel de la Asociación Brasileña de Enfermería en la reforma curricular del área, en el contexto de las transformaciones en la atención a la salud en Brasil. En cuanto a las prácticas pedagógicas, se ha concluido que el docente enfermero sólo puede promover una acción pedagógica transformadora de la realidad si actúa de forma humana. No se puede formar enfermeros generalistas y críticos sin que la práctica docente también tenga esas características. En este sentido, son importantes los programas de formación continuada destinados a la docencia.

Palabras clave: Curriculum. Competencia. Aptitud. Docencia en Enfermería. Educación en Enfermería.

* Enfermeira graduada pelas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil. Discente do curso de Especialização em Formação de Docentes em Saúde das FIPA.
** Doutora em Sociologia pela UNESP-Araraquara. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem das Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva-SP, Brasil. Contato: lubibis@uol.com.br

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVAS

As transformações no mundo do trabalho em curso desde 1970, em virtude da transição do modelo fordista para o modelo de acumulação flexível, ocasionaram mudanças na qualificação dos trabalhadores. O surgimento dos mercados globalizados, com o aumento da competitividade e a incorporação de novas tecnologias, requer um trabalhador flexível e dotado de habilidades diferenciadas. Isso se refletiu no processo de ensino, atualmente baseado na concepção de competência.

Dessa forma, a preocupação com a qualificação dos egressos do ensino superior tem sido objeto de discussão desde o final de 1980 e no Brasil está presente nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em várias carreiras. Essas diretrizes propõem um novo perfil profissional com base nos conceitos de competências e habilidades, de forma a atender às novas demandas do setor produtivo.

No Brasil, novas exigências na formação profissional em saúde estão refletidas nas Diretrizes Curriculares, inclusive para a Enfermagem, e propõem um novo perfil profissional fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competência dos egressos dessa área¹.

A orientação dos currículos por competência, na área da saúde, promove a inserção dos estudantes, desde o início do curso, em ambientes voltados à prática profissional. Neste contexto são desenvolvidas atividades educacionais para o desenvolvimento de competências específicas¹. Tanto na graduação quanto na pós-graduação, a formação de enfermeiros têm estreita relação com o cenário laboral atual².

Durante a formação do estudante, são estimulados o desenvolvimento crescente da autonomia e o domínio em relação às áreas de competência. Desse modo, estabelece-se uma estreita relação entre a academia e os serviços de saúde, pois o processo de ensino-aprendizagem é construído pela junção de teoria e prática¹.

Também é importante destacar a importância de uma formação humanista em que o conhecimento de outras ciências seja contemplado pelo currículo de Enfermagem. A qualidade na formação deste profissional não depende somente de conhecimentos, habilidades intelectuais e profissionais contemplados no currículo, mas também do conhecimento de um complexo sistema de valores que regulam a prática e a ética profissional³.

As transformações na formação do profissional de Enfermagem, conforme estabelecido pelas Diretrizes Curriculares, implicam repensar a prática pedagógica do enfermeiro professor, tanto no ensino superior quanto no ensino técnico, em relação às mudanças curriculares e metodológicas.

A construção de um novo perfil profissional para as carreiras da saúde vem sendo discutida de acordo com as diferentes concepções de competência. Há necessidade de uma transformação da prática profissional. Experiências interessantes, apoiadas por organizações internacionais, foram realizadas principalmente em programas de Medicina e Enfermagem, em algumas instituições brasileiras, a partir da década de 1990⁴.

Assim, este estudo propõe uma revisão da literatura sobre questões relativas ao currículo de Graduação em Enfermagem, destacando-se a questão das competências e habilidades requeridas para um futuro docente na área.

Noções gerais sobre currículo

Em linhas gerais, o currículo é um plano pedagógico e institucional que orienta a aprendizagem dos alunos de forma sistemática⁵. No sentido tradicional, o currículo é compreendido como "grade curricular", "conteúdos de ensino" ou "conjunto de disciplinas"⁶.

De forma geral, o currículo tem como função orientar a prática educativa, apresentando informações sobre os conteúdos, atividades e formas de avaliação a serem desenvolvidas durante o processo de ensino.

A concepção tradicional de currículo vem sendo questionada desde a década de 1970, devido às mudanças na forma de aquisição e construção do conhecimento⁶. Isso se deve às mudanças no mundo do trabalho, conforme citado anteriormente. Como deve ser o ensino tendo em vista a formação do trabalhador em suas diversas áreas de atuação? Como garantir que ele aprenda o que é realmente necessário para uma atuação efetiva, responsável, ética, levando em conta as particularidades do contexto social onde se insere?⁶

O currículo tradicional se baseava na aquisição de conhecimentos por meio dos conteúdos adquiridos. O novo currículo, com base na concepção de competências, prioriza a relação entre teoria e prática, já que as competências são construídas ao longo do processo de ensino-aprendizagem.

Para se entender no que consiste o currículo por competência é necessário fazer uma opção conceitual em relação ao que se configura como competência. Existem diferentes matrizes referenciais, as quais têm distintas raízes histórico-sociais nos países em que se desenvolveram¹. A seguir, são apresentadas diversas concepções teóricas acerca dos significados que assume o termo.

Abordagens conceituais do termo competência

Um dos sentidos de competência é: “[...] qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa [...]”, assumindo, assim, os significados de “capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade”⁷. Esta concepção ainda se mostra dominante no contexto atual.

Na literatura educacional existem três importantes abordagens conceituais sobre competência: uma considera competência como sendo uma coleção de atributos pessoais; outra vincula o conceito aos resultados observados/obtidos (tarefas realizadas) e uma terceira propõe a noção de competência dialógica, originada na combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em

contextos específicos, visando atingir determinados resultados¹. O conceito de competência que perpassa as Novas Diretrizes Curriculares assemelha-se à terceira opção citada.

O Ministério da Educação define competências como as habilidades estruturais de inteligência, ou seja, ações e operações utilizadas para estabelecer relações com e entre objetos, situações, fenômenos e pessoas que se deseja conhecer. O conceito de habilidades decorre do conceito de competência, pois está relacionado ao saber fazer, isto é, por meio das ações e operações as habilidades são aperfeiçoadas levando a um reordenamento das competências⁸.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem aprovadas em 2001, pelo parecer CNE/CES 1.133, o Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem deve estar capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem. Entre as competências gerais requeridas, estão: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. O enfermeiro deve ter também competências específicas de natureza técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas⁹.

Neste mesmo documento também podem ser encontrados aspectos que privilegiam a formação do enfermeiro-educador e a influência da relação professor-aluno. As competências e habilidades específicas relacionadas indicam que o enfermeiro egresso deve ser capaz de planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde. Além disso, deve planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, levando em conta a especificidade dos diferentes grupos sociais e processos de vida, saúde, trabalho e doença¹⁰.

O enfermeiro professor e seu processo de formação

A formação, o desempenho e o desenvolvimento profissional do professor passaram a

ser discutidos a partir do movimento de transformação do ensino superior no Brasil. Assim, a formação do professor passa a ser vista como um dos principais fatores que podem levar à melhoria da qualidade do ensino¹¹. Neste sentido, uma das competências específicas para a docência superior é o domínio na área pedagógica.

Historicamente, tem sido atribuída à pós-graduação a responsabilidade de formar docentes através das disciplinas Metodologia do Ensino Superior e Didática, representando para muitos profissionais a única oportunidade de uma reflexão sistemática sobre o exercício da docência¹².

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação de Enfermagem os conteúdos curriculares indicam claramente a necessidade de capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da licenciatura em enfermagem⁹. Este aspecto facilita o aprendizado da postura de educador, já que o enfermeiro desenvolve ações educativas na comunidade e nos mais variados e/ou adversos campos de atuação profissional¹⁰.

Entretanto, a formação do enfermeiro educador constitui um enorme desafio e uma grande responsabilidade das instituições formadoras, pois estas devem colocar em ação as indicações das Diretrizes Curriculares Nacionais.

O Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo - COREN-SP identifica cada vez mais enfermeiros atuando na formação profissional sem qualquer preparo técnico ou conhecimento da prática pedagógica, da gestão escolar e da construção de competências. Dessa forma, em 1997, o Conselho Nacional de Educação, através da Câmara de Ensino Básico, determinou, pela Resolução nº 2, de 26 de junho de 1997 (Resolução CNE/CEB 02/97), a obrigatoriedade do preparo do docente em nível de pós-graduação (*lato sensu*), para atuação na Educação Profissional de nível médio. O curso deve ter o mínimo de 540 horas, das quais, 300 horas em estágios e,

para ser válido para fins de docência de nível técnico, deve ter direcionamento para áreas específicas da formação técnica, como Gestão Escolar, Organização Curricular, Construção de Competências e demais aspectos relacionados com a estrutura organizacional de uma escola¹³.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, com base em uma revisão bibliográfica da literatura nacional. A revisão bibliográfica ou de fontes secundárias abrangem um conjunto de conhecimentos e conceitos reunidos nas obras literárias já tornadas públicas. Podem levar a reflexões relevantes e contribuir para a mudança ou construção de conceitos para a prática educacional¹⁴.

Foram incluídos no levantamento bibliográfico artigos científicos publicados em periódicos indexados, no período de 1998 a 2008, em língua portuguesa. Foi pesquisada a base de dados LILACS e utilizados os seguintes descritores: educação em enfermagem, docência em enfermagem, competência e currículo.

A organização dos artigos levantados considerou os seguintes critérios: autoria, ano de publicação, título, periódico, objetivos e delineamento. Para análise dos estudos foram criadas as seguintes categorias: competências e habilidades, diretrizes curriculares e práticas pedagógicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a revisão bibliográfica realizada, observa-se, de acordo com o Quadro 1, que foram encontrados onze artigos científicos. Embora o período de busca tenha compreendido o intervalo de 1998 a 2008, nota-se que os artigos pertinentes à temática proposta são recentes. O ano com maior número de publicações é 2007 (n=6). Em sua maioria, os trabalhos baseiam-se em análises teóricas sobre a questão do currículo de Enfermagem.

Quadro 1 – Artigos encontrados de acordo com ano de publicação, autoria, título, periódico, objetivos e delineamento (1998-2008)

	Ano de Publicação	Autoria	Título	Periódico	Objetivos	Delineamento
1	2004	Fernandes	Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro.	Rev Latinoam Enferm	Propiciar a reflexão à luz das Novas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, a respeito das características apontadas no documento sobre a formação do enfermeiro no papel de educador, através de reflexão teórica, balizada pelo documento do MEC e a literatura especializada sobre o tema.	Reflexão teórica.
2	2004	Munari, Fernandes	Coordenar grupos: reflexão à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.	Rev Gaúcha Enferm	Discutir as características necessárias ao enfermeiro como coordenador de grupos e analisar nas Novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem aspectos em que é necessário conhecimento específico acerca da coordenação de grupos.	Análise da literatura específica sobre o tema e do documento oficial do MEC sobre as Diretrizes Curriculares.
3	2005	Fernandes, Xavier, Ceribelli, Bianco, Maeda, Rodrigues	Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica.	Rev Esc Enferm USP	Contribuir para a implementação de nova proposta pedagógica na formação de enfermeiras (os); trazer algumas reflexões conceituais e metodológicas que possam objetivar e direcionar as escolas/cursos de graduação em enfermagem, além de apontar estratégias para a implementação da mudança a partir do desafio das DCENF.	Experiências de participação na elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem e análise da literatura pertinente ao tema.
4	2005	Lima	Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde.	Interface Comum Saúde Educ	Apresentar algumas das principais concepções sobre currículos orientados por competência.	Análise das distintas abordagens em função do referencial teórico que as fundamenta, de suas dimensões constituintes e das consequentes implicações na organização curricular.
5	2006	Vale, Fernandes	Ensino de Graduação em Enfermagem: a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem.	Rev Bras Enferm	Apresentar algumas das ações mais relevantes da contribuição da ABEn com o ensino de graduação em enfermagem no Brasil, contextualizando essas ações com o momento histórico em que elas aconteceram.	Análise histórica.
6	2007	Rodrigues, Mendes Sobrinho	Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica.	Rev Bras Enferm	Refletir sobre a formação pedagógica, numa perspectiva reflexiva, do enfermeiro professor.	Revisão bibliográfica incluindo publicações em livros e periódicos nacionais.
7	2007	Araujo	Noção de competência e organização curricular.	Rev Baiana Saúde Pública	Aprofundar os diferentes sentidos do termo competência e entender como estão articulados com o processo de construção de currículos.	Revisão teórica acerca das diversas concepções sobre competência, assim como dos princípios norteadores da organização de currículos baseados em competências.
8	2007	Pinhel, Kurcgant	Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem.	Rev Esc Enferm USP	Discutir os conceitos de competências docentes no ensino de Enfermagem no Brasil, partindo do resgate deste conceito no mundo do trabalho.	Estudo teórico-analítico.
9	2007	Pinto, Pepe	A formação do enfermeiro: contradições e desafios à prática pedagógica.	Rev Latinoam Enferm	Descrever e explicar a prática docente, no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) em sua coerência com os princípios e pretensões do currículo atual (Portaria 1721/94 do MEC); caracterizar a prática pedagógica dos docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da UESC; analisar se tal prática é compatível/atende as pretensões filosófico-metodológicas e científicas da proposta curricular nacional; analisar a proposta curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UESC, no que se refere a concepções filosófico-metodológicas (pressupostos e objetivos); características/perfil do profissional que objetiva formar e organização curricular.	Estudo de natureza descritiva realizado na Universidade Estadual de Santa Cruz, SC.
10	2007	Rodrigues, Zagonel, Mantovani	Alternativas para a prática docente no ensino superior de enfermagem.	Esc Anna Nery Rev Enferm	Apontar alternativas à prática docente nos Cursos de Graduação em Enfermagem tendo como base as Diretrizes Curriculares Nacionais.	Reflexão teórica.
11	2007	Bagnato, Rodrigues	Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas.	Rev Bras Enferm	Contextualizar e resgatar o processo histórico de elaboração das diretrizes curriculares para enfermagem no Brasil; discutir o conteúdo final que foi aprovado; e fornecer elementos para orientar a elaboração de projetos político-pedagógicos nas escolas de enfermagem.	Uso de fontes bibliográficas, documentos e depoimentos orais.

Competências e habilidades

Estudo de Lima¹ mostra que no contexto da formação de profissionais de saúde, a abordagem da concepção de competência possibilita a reflexão sobre a prática profissional. Os currículos orientados por esta abordagem são desenvolvidos em torno de eixos que articulam e integram a teoria e a prática. Apesar de haver resistência ao processo reflexivo sobre a prática profissional e insegurança em relação aos elementos inovadores dessa abordagem, as atuais políticas de saúde e de educação têm estimulado iniciativas e oferecido oportunidades que podem ser consideradas como fatores positivos para o enfrentamento dessas dificuldades. Assim, o currículo com base no conceito de competência apresenta-se como uma alternativa consistente e estratégica para a formação de profissionais de saúde orientada às necessidades sociais.

Araújo⁶ observa que o conceito de competência na educação ainda não foi suficientemente explorado, gerando dificuldades em sua aplicação em termos pedagógicos. O termo surgiu no mundo do trabalho e está ligado ao processo atual de globalização. Por isso critica-se o ensino baseado na ideia de competência já que este é entendido apenas em seus aspectos técnicos e operacionais. Contudo, a ideia de competência e a organização curricular nela baseada vêm adquirindo força, e é preciso saber aplicá-la, levando-se em conta as particularidades de cada área do conhecimento humano. Se a ideia de competência não for compreendida, o processo de ensino-aprendizagem continuará repetindo modelos ultrapassados.

Pinhel e Kurcgant⁸ afirmam que o ensino de enfermagem é realizado em um ambiente social específico, onde os fenômenos pedagógicos ocorrem de forma complexa, pois além do professor e aluno, existe a pessoa do paciente. Assim, a formação profissional dos egressos dos cursos de enfermagem deve ser ampla, crítica, flexível e solidamente alicerçada em conhecimento técnico-científico e fundamentação ética. Devem ainda serem promovidas a autonomia, a criatividade, a comunicação e a capacidade de identificar problemas e buscar alternativas para superá-los. Para as autoras, as competências docentes são construídas ao longo das trajetórias pessoal e profissional do professor.

No caso da enfermagem, a construção das competências docentes ocorre ao longo de um processo de contínua capacitação profissional⁸.

Em relação à discussão acerca das ideias de competências e habilidades nota-se pelos trabalhos analisados, que primeiramente é preciso entender o que significa o currículo baseado em competências. Estes currículos articulam teoria e prática em um ambiente de formação complexo e em contínua transformação. Deste modo, as dificuldades devem ser superadas a fim de que o currículo, com base no conceito de competência, seja uma alternativa consistente longe de repetir as fórmulas tradicionais já ultrapassadas.

Além disso, observa-se que o campo de atuação da enfermagem apresenta particularidades que tornam o processo de ensino aprendizagem mais complexo, pois além de aluno e professor existe a figura do paciente. Assim, o docente enfermeiro deve construir continuamente a sua prática docente e seu processo de capacitação profissional.

Diretrizes curriculares

Segundo pesquisa realizada por Bagnato e Rodrigues¹⁵, no contexto das mudanças na educação superior brasileira na década de 1990 e a reforma curricular dos cursos de graduação e, dentre eles, da enfermagem, a formação do enfermeiro foi direcionada para atender às necessidades sociais oriundas de processos internos, relativos às condições de saúde do país. Era preciso romper com a formação baseada apenas no modelo clínico, voltando-se para o atendimento à saúde de forma integral. Assim, o novo modelo de formação em enfermagem foi influenciado por medidas de cunho preventivo, tanto na área assistencial, quanto na formação profissional. Surgiram ainda terminologias até então não veiculadas, como as noções de competências e habilidades e da pedagogia do aprender a aprender. As autoras defendem que não se negligencie a importância do saber sistematizado, científico e tecnológico, pois é fundamental o equilíbrio entre a formação técnica e humana.

Vale e Fernandes¹⁶ defendem o papel da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) na reforma curricular do curso de enfermagem. Sobre a proposta que

daria origem às Diretrizes Curriculares do Curso de Enfermagem, este órgão representativo posicionou-se de forma a considerá-la, primeiramente, um texto técnico, que ignorava todo um processo de discussão e produção democrática efetivada pela categoria sobre o modelo pedagógico de ensinar e aprender em enfermagem. A ABEn considerou que o conteúdo da proposta negava às Instituições de Ensino Superior (IES) o direito de implementar o seu próprio projeto pedagógico, além de dificultar a formação integral do profissional, fragmentando o processo ensino-aprendizagem, descaracterizando a articulação entre o ensino, a pesquisa, a assistência e a extensão. Desde então a ABEn trabalhou para que mudanças importantes fossem realizadas.

Para Fernandes e colaboradores¹⁷, de acordo com o novo currículo de enfermagem baseado na noção de competências e habilidades espera-se que o profissional egresso tenha a capacidade de utilizar uma diversidade de conhecimentos na solução de problemas do seu dia-a-dia. Ele deve ser capaz de relacionar aspectos que envolvam a cultura, a sociedade, a saúde, a ética e a educação. Para tanto, precisa dominar conteúdos e metodologias em níveis crescentes de complexidade. É interessante observar que cada escola constrói, coletivamente, o seu Projeto Pedagógico e define estratégias de renovação capazes de fazerem frente ao desafio de qualificar enfermeiras(os) de forma contextualizada ao modelo de atenção à saúde proposto. O aluno é o sujeito na construção da sua aprendizagem, tendo o professor como facilitador e orientador.

Munari e Fernandes¹⁸ consideram importante que as Novas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem apresentem a gestão de pessoas, grupos e equipes como uma competência a ser desenvolvida. O ensino dessa temática deve ser incorporado na formação do enfermeiro, de modo a instrumentalizá-lo para a tarefa de coordenador de grupos de maneira mais sistematizada.

Quando às Diretrizes Curriculares, é citado o papel da ABEN na defesa de um projeto pedagógico democrático e consistente. Além disso, é fundamental entender que a reforma curricular do curso de enfermagem surgiu no contexto das transformações no atendimento a saúde no Brasil. Passou-se do modelo clínico para o atendimento à saúde de forma integral,

com ênfase no aspecto preventivo. Pelas novas Diretrizes Curriculares, o egresso deve ser capaz de estabelecer relações diversas, aplicando o conhecimento adquirido cotidianamente, no contexto do modelo de atenção a saúde proposto.

Práticas pedagógicas

Fernandes¹⁰ preocupa-se com a relação professor aluno e seus reflexos no processo de formação do enfermeiro. As Novas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem abordam a formação do enfermeiro enquanto sujeito capaz de oferecer assistência holística para desempenhar o papel de educador em todas as suas atuações. É importante que o professor atue de forma humanizada a fim de promover uma ação pedagógica transformadora. Consequentemente, será por meio dessa perspectiva que o enfermeiro poderá transformar a realidade no contexto da área da saúde através da sua ação educativa.

Rodrigues e Mendes¹⁹ afirmam que não é possível formar enfermeiros generalistas, críticos e reflexivos sem que os enfermeiros professores tenham uma adequada formação. Para isso, a formação do docente enfermeiro precisa ser redirecionada de forma a se basear na reflexão sobre a prática cotidiana. Assim, são importantes os programas de formação continuada voltados para a formação/capacitação docente.

Pinto e Pepe²⁰ ressaltam a marcante carência de estudos referentes à Prática Pedagógica dos docentes de Graduação em Enfermagem, bem como aqueles voltados ao currículo desse mesmo Curso. Em estudo realizado com docentes da área, no ensino superior, constataram que estes tinham dificuldade em conceituar currículo. Além disso, os docentes tiveram limitações ao citar as principais mudanças trazidas pelo novo Currículo para o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade onde atuavam. Outro dado significativo mostrou que a concepção de prática pedagógica dos docentes aproxima-se da concepção tradicional, em detrimento de abordagem e ações humanistas, preconizadas pela atual reforma curricular.

Rodrigues, Zagonel e Mantovani²¹ observam que para formar um novo enfermeiro é necessário que o docente desenvolva um processo de (des)construir-se.

Isto significa que ele deve dialogar com seus pares sobre a realidade, experimentando vivenciar novas oportunidades e formas de atuação. As atuais demandas sociais e de saúde requerem um profissional docente com capacidades abrangentes para operar as novas tecnologias e estabelecer novas relações sociais. Assim, não é possível formar um enfermeiro crítico, reflexivo e político se a prática profissional docente não seguir esses mesmos princípios.

No contexto das práticas pedagógicas, nota-se, pelos trabalhos analisados, que o docente enfermeiro só pode promover uma ação pedagógica transformadora da realidade se atuar de forma reflexiva e humanizada. Não se pode formar enfermeiros generalistas e críticos sem que a prática docente também possua essas características.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o final dos anos de 1980, tem sido grande a preocupação com a qualificação dos egressos do ensino superior no Brasil. As mudanças na formação em diversas carreiras estão expressas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação. De certa forma, estas mudanças mantêm estreita relação com as novas demandas do setor produtivo e com as transformações dos mercados globalizados.

Na área de Enfermagem, a orientação dos currículos por competência está baseada na formação de um profissional que, desde o início do curso, desenvolva um conjunto de competências específicas que aliem teoria e prática, além de conteúdos que valorizem uma formação humanista e autônoma.

Desse modo, estas mudanças curriculares e metodológicas também ocasionaram uma profunda

reflexão quanto à formação dos docentes de enfermagem, que atuam, tanto no ensino superior, quanto no ensino técnico. Uma revisão sobre a temática encontrou, de acordo com os critérios de inclusão propostos neste estudo, onze artigos científicos que tratam do tema currículo de Enfermagem. São artigos recentes, baseados em análises teóricas sobre o tema.

Em relação às competências e habilidades, há preocupação com o significado de um currículo baseado em competências, pois é preciso tornar o novo currículo uma alternativa consistente e distante das fórmulas tradicionais. O campo de atuação dos enfermeiros apresenta particularidades que tornam o processo de ensino aprendizagem mais complexo, pois além de aluno e professor existe o paciente.

Quanto às Diretrizes Curriculares, é citado o papel da ABEN na reforma curricular da área, no contexto das transformações no atendimento a saúde no Brasil. Passou-se do modelo clínico para o atendimento à saúde de forma integral, com ênfase no aspecto preventivo. Pelas novas Diretrizes Curriculares, o enfermeiro egresso deve ser capaz de estabelecer relações diversas, aplicando conhecimentos adquiridos nas ações/intervenções diárias no seu dia-a-dia, no contexto do modelo de atenção em saúde atualmente proposto.

No contexto das práticas pedagógicas, alguns dos trabalhos analisados indicam que os docentes universitários ainda atuam de acordo com um modelo pedagógico tradicional. No entanto, o docente enfermeiro só pode promover uma ação pedagógica transformadora da realidade se atuar de forma humanizada, pois é inviável formar enfermeiros generalistas e críticos sem que a prática docente também possua essas características.

REFERÊNCIAS

1. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface*, 2005; 9(17):369-79.
2. Jara Concha P; Stjepovic Bertoni J. Currículo por competencias en el postgrado de enfermería. *Invest. Educ Enferm*. 2007; 25(2):122-9.
3. Agramonte del Sol A; Leiva Rodríguez J. Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. *Rev Cuba Enferm*. 2007; 23(1).
4. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança da Educação Médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Davini MC. Currículo Integrado. In: Brasil. Ministério da Saúde. Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor – Área de Saúde. Brasília; 1994. p. 39-48.
6. Araújo D. Noção de competência e organização curricular. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2007; 31(supl.1):32-43.
7. Ferreira ABH. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio. CD-ROM Versão 5.11ª. Positivo Informática; 2004.
8. Pinhel I, Kurcgant P. Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*; 41(4):711-6.
9. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília; 2001. (Relatório).
10. Fernandes CNS. Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. *Rev Latinoam Enferm*. 2004; 12(4):691-3.

11. Rodrigues MTP, Sobrinho JACM. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(4):456-9.
12. Pimenta SM, Anastasiou LGC. *Docência no ensino superior.* São Paulo (SP): Cortez; 2005.
13. Coren SP. nº 73. Ensino precário traz prejuízos ao profissional e ao paciente. *Coren SP.* 2008; (73):4-7.
14. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa.* 4ª. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
15. Bagnato MHS; Rodrigues RM. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(5):507-12.
16. Vale EG, Fernandes JD. Ensino de Graduação em Enfermagem: a contribuição da Associação Brasileira de Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(spe):417-22.
17. Fernandes JD, Xavier IM, Ceribelli MIPF, Bianco MHC, Maeda D, Rodrigues MVC. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(4):443-9.
18. Munari DB, Fernandes CNS. Coordenar grupos: reflexão à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2004; 25(1):26-32.
19. Rodrigues MTP; Mendes Sobrinho JAC. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(4):456-9.
20. Pinto JBT; Pepe AM. A formação do enfermeiro: contradições e desafios à prática pedagógica. *Rev Latinoam Enferm.* 2007; 15(1):120-6.
21. Rodrigues J, Zagonel IPS, Mantovani MF. Alternativas para a prática docente no ensino superior de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(5):507-12.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A *CuidArte Enfermagem*, revista das Faculdades Integradas Padre Albino de Catanduva, com periodicidade semestral, tem por objetivo proporcionar à comunidade científica, enquanto um canal formal de comunicação e disseminação da produção técnico-científica nacional, a publicação de artigos relacionados à área da saúde, especialmente da Enfermagem. Objetiva também publicar suplementos sob a forma de coleções de artigos que abordem tópicos ou temas relacionados à saúde. O artigo deve ser inédito, isto é, não publicado em outros meios de comunicação.

As normas de um periódico estabelecem os princípios éticos na condução e no relatório da pesquisa e fornecem recomendações com relação aos elementos específicos da edição e da escrita. Visam melhorar a qualidade e a clareza dos textos dos artigos submetidos à revista, além de facilitar a edição. Os Editores recomendam que os critérios para autoria sejam contribuições substanciais à concepção e ao desenho, ou à coleta, análise e à interpretação de dados; redação do artigo ou revisão crítica visando manter a qualidade do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a publicar.

CATEGORIAS DE ARTIGOS DA REVISTA

ARTIGOS ORIGINAIS: Trabalho de pesquisa com resultados inéditos que agreguem valores à área da saúde, em especial na área da Enfermagem. Sua estrutura deve conter: resumo, descritores (palavras-chave), introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e referências. Sua extensão limita-se a 15 páginas. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 20, havendo, todavia, flexibilidade. O artigo original não deve ter sido divulgado em nenhuma outra forma de publicação ou em revista nacional.

ARTIGOS DE REVISÃO: Avaliação crítica e abrangente sobre assuntos específicos e de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, já cientificamente publicados. Os artigos deverão conter até 15 páginas.

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO OU DIVULGAÇÃO: Trabalhos descritivos e interpretativos sobre novas técnicas ou procedimentos globais e atuais em que se encontram determinados assuntos investigativos. Os artigos deverão conter até 10 páginas.

ESPAÇO ACADÊMICO: Destinado à divulgação de estudos desenvolvidos durante a graduação, em obediência às mesmas

normas exigidas para os artigos originais. O nome do orientador deverá ser indicado em nota de rodapé e deverão conter no máximo 10 páginas.

RESENHAS E REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS: Análise crítica da literatura científica, publicada recentemente. Os artigos deverão conter até 3 páginas.

Os artigos devem ser encaminhados ao editor-chefe da revista, especificando a sua categoria.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA

DE DIREITOS AUTORAIS: Eu (nós), abaixo assinado(s) transfiro(erimos) todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à *CuidArte Enfermagem*. Declaro(amos) ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Data e Assinatura(s).

Cada artigo deverá indicar o nome do autor responsável pela correspondência junto à Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone e e-mail, e a este autor será enviado um exemplar da revista.

ASPECTOS ÉTICOS: Todas as pesquisas envolvendo estudos com seres humanos deverão estar de acordo com a Resolução CNS-196/96, devendo constar o consentimento por escrito do sujeito e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Caso a pesquisa não envolva seres humanos, especificar no ofício encaminhado. Deverá ser enviada cópia do Parecer do CEP. Quando relatam experimentos com animais, os autores devem mencionar se foram seguidas as diretrizes institucionais e nacionais para os cuidados e a utilização dos animais de laboratório.

ENVIO DE ORIGINAIS: O artigo deve ser enviado pelo correio em 4 vias impressas, com cópia em CD, digitado no programa Microsoft Office Word da versão 97 a 2003. Recomenda-se que os autores retenham uma cópia do artigo. Após o recebimento do material será enviado e-mail de confirmação ao autor responsável.

SELEÇÃO DOS ARTIGOS: Inicialmente, todo artigo submetido à Revista será apreciado pelo Conselho Científico nos seus aspectos gerais, normativos e sua qualidade científica. Ao ser aprovado, o artigo será encaminhado para avaliação de dois revisores do Conselho Científico com reconhecida competência no assunto abordado. Caso os pareceres sejam divergentes o

artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir o terceiro parecer). Os artigos aceitos ou sob restrições poderão ser devolvidos aos autores para correções ou adequação à normalização segundo as normas da Revista. Artigos não aceitos serão devolvidos aos autores, com o parecer do Conselho Editorial, sendo omitidos os nomes dos revisores. Aos artigos serão 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 sequência do texto. Citação "ipsis litteris" usar aspas na sequência do texto.

Autoria, Título e Subtítulo do Artigo: apresentar o título do trabalho (também em inglês e espanhol) conciso e informativo, contendo o nome dos autores (no máximo 6). No rodapé, deverá constar a ordem em que devem aparecer os autores na publicação, a maior titulação acadêmica obtida, filiação institucional, onde o trabalho foi realizado (se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, nome da agência financiadora) e o endereço eletrônico.

Resumo: deverá ser apresentado em português, inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Deve vir após a folha de rosto, limitar-se ao máximo de 250 palavras e conter: objetivo do estudo, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e análise, principais resultados e as conclusões). Redigir em parágrafo único, espaço simples, fonte 10, sem recuo de parágrafo.

Palavras-chave: devem aparecer abaixo do resumo, fonte tamanho 10, conter no mínimo 3 e no máximo 6 termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores, recomendados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e apresentados pela BIREME na forma trilingue, disponível à página URL: <http://decs.bvs.br>. Apresentá-los em letra inicial maiúscula, separados por ponto. Ex: Palavras-chave: Enfermagem hospitalar. Qualidade. Saúde.

Tabelas: as tabelas limitadas a cinco no conjunto, devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem

em que forem citadas no texto, com a inicial do título em letra maiúscula e sem grifo, evitando-se traços internos horizontais ou verticais. Notas explicativas deverão ser colocadas no rodapé das tabelas. Seguir Normas de Apresentação Tabular do IBGE. Há uma diferença entre Quadro e Tabela. Nos quadros colocam-se as grades laterais e são usados para dados e informações de caráter qualitativo. Nas tabelas não se utilizam as grades laterais e são usadas para dados quantitativos.

Ilustrações: deverão usar as palavras designadas (fotografias, quadros, desenhos, gráficos, etc) e devem ser limitadas ao mínimo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto e apresentadas em folhas separadas. As legendas devem ser claras, concisas e localizadas abaixo das ilustrações. Figuras que representem os mesmos dados que as tabelas não serão aceitas. Para utilização de ilustrações extraídas de outros estudos, já publicados, os autores devem solicitar a permissão, por escrito, para reprodução das mesmas. As autorizações devem ser enviadas junto ao material por ocasião da submissão. As ilustrações deverão ser enviadas juntamente com os artigos em uma pasta denominada figuras, no formato BMP ou TIF com resolução mínima de 300 DPI. A revista não se responsabilizará por eventual extravio durante o envio do material. Figuras coloridas não serão publicadas.

Abreviações/Nomenclatura: o uso de abreviações deve ser mínimo e utilizadas segundo a padronização da literatura. Indicar o termo por extenso, seguido da abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecer no texto. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica do produto.

Citações no Texto: devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, de acordo com a ordem de aparecimento no texto. Quando o autor é novamente citado manter o identificador inicial. No caso de citação no final da frase, esta deverá vir antes do ponto final e no decorrer do texto, antes da vírgula. Exemplo 1: citações com numeração sequencial "...de acordo com vários estudos"¹⁻⁹. – Exemplo 2: citações com números intercalados "...de acordo com vários estudos"^{1,3,7-10,12}. Excepcionalmente pode ser empregado o nome do autor da referência como, por exemplo, no início de frases destacando sua importância.

Agradecimentos: deverão, quando necessário, ocupar um parágrafo separado antes das referências bibliográficas.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o "Estilo Vancouver" Requisitos

Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE). Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html e também disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/bssccsm/vancouver.html> traduzido e adaptado por Maria Gorete M. Savi e Maria Salete 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) 3311-3228

Impressão:



RAMON NOBALBOS
GRÁFICA E EDITORA
Tel.: (17) 3522-4453

E-mail: atendimento@nobalbos.com.br
Rua 7 de Setembro, 342 - Higienópolis - CATANDUVA - SP



CuidArte
Enfermagem